

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA  
ESCUELA DE INGENIERIA INDUSTRIAL



**“DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2008 PARA EL HOSPITAL  
NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DOCTOR  
RAÚL ARGUELLO ESCOLÁN”**

PRESENTADO POR:

**MORENA BEATRIZ AVILÉS CÁCERES**

**BENJAMÍN MORÁN PINCHERLI**

**SALVADOR ANTONIO PALACIOS RIVERA**

PARA OPTAR AL TITULO DE:

**INGENIERO(A) INDUSTRIAL**

CIUDAD UNIVERSITARIA, AGOSTO DE 2013

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**RECTOR :**

**ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO**

**SECRETARIA GENERAL :**

**DRA. ANA LETICIA ZAVALA DE AMAYA**

**FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA**

**DECANO :**

**ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL**

**SECRETARIO :**

**ING. JULIO ALBERTO PORTILLO**

**ESCUELA DE INGENIERIA INDUSTRIAL**

**DIRECTOR :**

**MSc. ING. MANUEL ROBERTO MONTEJO SANTOS**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA  
ESCUELA DE INGENIERIA INDUSTRIAL

Trabajo de Graduación previo a la opción al Grado de:

**INGENIERO(A) INDUSTRIAL**

Título

:

**“DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2008 PARA EL  
HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD DOCTOR RAÚL ARGUELLO ESCOLÁN”**

Presentado por

:

**MORENA BEATRIZ AVILÉS CÁCERES  
BENJAMÍN MORÁN PINCHERLI  
SALVADOR ANTONIO PALACIOS RIVERA**

Trabajo de Graduación Aprobado por:

Docentes Directores

:

**ING. MANUEL DE JESÚS MAYORGA GARZONA  
INGA. SONIA ELIZABETH GARCÍA SANDOVAL**

San Salvador, agosto de 2013

Trabajo de Graduación Aprobado por:

Docentes Directores :

**ING. MANUEL DE JESÚS MAYORGA GARZONA**

**INGA. SONIA ELIZABETH GARCÍA SANDOVAL**

## **Agradecimientos**

Agradezco a Dios misericordioso por estar junto a mí desde el inicio de este recorrido, porque fue el quien me dio el impulso, sabiduría y confianza que nunca me iba abandonar, doy gracias por todos los acontecimientos que me ha permitido vivir ya que me han permitido convertirme en la mujer que soy, por enviarme ángeles cuando más los necesitaba, porque a pesar que en ocasiones sentía que ya no podía te manifestabas de una u otra forma y me llenabas de confianza, amor y me decías al oído no temas yo sigo en control.

Quiero darte gracias Virgen María, por tenerme en tu regazo, por tenerme entre tus brazos y amarme y protegerme cada día.

Agradezco a Morena Aracely Cáceres siendo mi madre, mi padre, mi amiga y consejera por dar la vida y no escatimar nada cuando se trataba de mi beneficio, agradezco sus consejos, sus bendiciones, sus palabras de ánimo, su ayuda económica, sus regaños, sus gestos de amor, su tiempo y en fin tantas cosas más, considero que es un regalo invaluable y no tengo palabras para externar este inmenso e infinito agradecimiento.

Doy gracias a mi abuela Jesús Amparo Cáceres Chevez (Q.D.D.G) porque inculco en mí esas ganas de superación, por consentirme y corregirme cuando lo ameritaba.

A mi hermana del alma Erika Avilés por siempre darme ánimos, por ayudarme en todo momento, por darme el apoyo cuando me traslade de oriente a San Salvador, por escucharme de forma atenta todas mis aventuras universitarias por preocuparte junto a mí, por tus oraciones, por tus ayudas y favores, porque aparte de ser mi única hermana eres mi gran amiga.

A mi prometido Ivan Membreño quien se ha convertido en una parte esencial de mi vida, gracias por ser mi novio, mejor amigo, consejero, compañero de locuras y de sueños, gracias por estar en todos los momentos de forma incondicional,

gracias por estudiar junto a mí a la distancia, por preocuparte por mis proyectos porque nunca recibí un no de tu parte, gracias por comprenderme, escucharme, pero sobre todo gracias por amarme, por enseñarme en qué consiste el amor y hacerme suave no un instante sino la vida.

A mi tía Marta Cáceres por apoyarme de forma económica e infundir en mí ese deseo de superación y perseverancia.

A mis tíos, primos, amigos y personas cercanas ya que de una u otra forma han colaborado en este logro y estoy segura que Dios se los recompensara al ciento por uno.

A mis compañeros de tesis Benjamin Moran y Salvador Palacios por apoyarme, aconsejarme, practicar ese compañerismo y complementarnos cada uno con sus virtudes y cualidades en la realización de este trabajo de grado.

A mis asesores Ing. Manuel Mayorga e Ing. Sonia García por su comprensión, apoyo y por compartir su sabiduría a lo largo de todo este proceso.

*Infinitamente agradecida*

***“Tú que habitas al amparo del Altísimo y resides a la sombra del Omnipotente, dile al Señor: "Mi amparo, mi refugio, mi Dios, en quien yo pongo mi confianza".***

***Salmo 91, 1-2.***

***Morena Beatriz Avilés Cáceres***

## **Agradecimientos**

“Si el Señor no construye la casa, en vano se afanan los constructores”

(Sal 127,1)

Agradezco a Dios por haberme dado la fortaleza para alcanzar esta meta. A mi madre de manera especial por haberme sacado adelante en la vida. A mis formadores de la Escuela de Ingeniería Industrial de la Universidad de El Salvador por transmitirme sus conocimientos y prepararme para el desempeño de mi profesión.

Benjamín Morán Pincherli.

## **Agradecimientos**

Un versículo que me impactó al escucharlo, fue Romanos 11:36, que dice: “Porque de él, y por él, y para él, son todas las cosas. A él sea la gloria por los siglos. Amén”. Este versículo en unas pocas palabras me mostró la dependencia que tengo de El Señor Dios, que Él es la fuente de todo (aunque muchas veces no lo quiera reconocer) y que todo lo que hago y alcanzo es para Él y sin olvidar que también es con la ayuda de Él. Algo que no puedo negar a lo largo de la carrera es la ayuda de Dios; al detenerme a pensar como han acontecido las cosas no cabe duda que Dios ha intervenido en cada etapa, así que entre mis agradecimientos no puedo dejar de alabar a mi amado Padre Celestial a quien dedico mi carrera para que sea usada según Él quiera, donde quiera y entre las personas que Él disponga. No quiero ganar el mundo para mí; sino para Él.

Mi gratitud también está dirigida a mi querida familia, mis padres: Salvador Palacios y Ana Rivera de Palacios, mi hermana: Allison, mi abuelo: Antonio Alonso Rivera, mi abuela: Berta de Rivera (de grata recordación), mis tías y tíos: Ibeth, Cris, Carmen, Elba, Luz, Antonio y Robert, mi pastor: Roberto Nieto y mis amigos: Benjamín y Morena, entre otros. Han sido ejemplo a mi vida y de mucho apoyo en mi formación espiritual, personal y académica. Deseo ser parte de la buena cosecha que reciban en esta vida, ya que en la venidera disfrutaremos el estar frente a la presencia de Dios.

A los docentes de la Facultad Multidisciplinaria Oriental y Facultad de Ingeniería y Arquitectura, incluyendo a mis asesores de tesis Ing. Manuel Mayorga e Inga. Sonia García, por compartir de sus conocimientos y contribuir a mi formación profesional.

¡Dios les bendiga!

Salvador Antonio Palacios Rivera



## **Agradecimientos generales**

Agradecemos a las autoridades del Hospital Nacional Especializado en Maternidad:

Al Director Dr. Roberto Sánchez Ochoa

Gracias por permitirnos desarrollar el proyecto en la institución.

Al Ingeniero Roberto Rodas Lazo

Gracias por el tiempo, la información, la colaboración y el apoyo brindado durante el desarrollo de nuestro trabajo de grado.

Al Dr. Eduardo Manfredo Ábrego

Gracias por su colaboración durante el levantamiento de datos.

## CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>TITULO 1: DIAGNÓSTICO .....</b>	<b>3</b>
OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	4
<i>Objetivos General:</i> .....	4
<i>Objetivos específicos:</i> .....	4
CAPITULO 1: MARCOS CONTEXTUALES .....	6
1. MARCO TEÓRICO.....	7
1.1 Modelos de Gestión de Calidad.....	7
Principios de gestión de la calidad según la ISO 9000.....	8
1.2 Sección 4 Sistema de Gestión de la Calidad.....	10
Sección 4.1 Requisitos generales del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).....	10
Sección 4.2 Requisitos de la documentación.....	11
1.3 Sección 5: Responsabilidad de la dirección .....	14
Sección 5.1 Compromiso de la dirección.....	14
Sección 5.2 Enfoque al cliente .....	14
Sección 5.3 Política de la Calidad.....	14
Sección 5.4 Planificación.....	15
1.4 Sección 5.5 Responsabilidad, Autoridad y Comunicación.....	16
Sección 5.6 Revisión por la dirección.....	16
1.5 Sección 6: Gestión de los Recursos.....	17
Sección 6.1 Provisión de los recursos .....	17
Sección 6.3 Infraestructura.....	19
Sección 6.4 Ambiente de trabajo.....	19
1.6 Sección 7 Prestación del Servicio .....	19
Sección 7.1 Planificación de la Prestación del Servicio.....	19
Sección 7.2 Procesos Relacionados con el Cliente .....	19
Sección 7.3 Diseño y Desarrollo .....	20
Sección 7.4 Compras.....	21
Sección 7.5 Producción y Prestación del Servicio .....	21
1.7 Sección 8: Medición Análisis y Mejora .....	23
Sección 8.1: Generalidades.....	24
Sección 8.2: Seguimiento y Medición .....	24
Sección 8.3 Control del Producto No conforme .....	25
Sección 8.4 Análisis de datos.....	26
Sección 8.5 Mejora.....	26
1.8 El proceso de implantación y certificación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).....	27
2. MARCO LEGAL.....	31
2.1 La Calidad en la Gestión Pública.....	31
2.1.1 Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014.....	31
2.1.2 Política nacional de gobernabilidad y modernización del Estado .....	31
2.1.3 Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública.....	33
2.1.4 Decreto Ejecutivo No. 134.....	34
2.1.5 Decreto Legislativo No. 790 .....	35
2.2 Calidad en la gestión Hospitalaria en El Salvador .....	36
2.2.1 Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud (SNS).....	36

2.2.2 Reglamento de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) .....	37
2.2.3 Código de Salud.....	37
2.2.4 Política de Salud Construyendo la Esperanza.....	38
2.2.5 Guía Técnica de Mejora Continua en la Calidad basada en las Normas ISO 9000 .....	39
2.2.6 Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP) .....	39
2.2.7 Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP).....	40
<b>3. MARCO INSTITUCIONAL.....</b>	<b>42</b>
3.1 Generalidades.....	42
3.2 Organización de los servicios de salud de las Red Integral e Integrada de Servicios de Salud (RIISS).....	42
3.2.1 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: .....	42
3.2.2 SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.....	46
3.2.3 FUNCIONES DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS.....	51
3.2.4 SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD .....	54
3.3 Hospital Nacional Especializado de Maternidad “DR. Raúl Argüello Escolán”.....	60
3.3.1 Organigrama .....	63
3.3.2 Historia de los inicios del Hospital.....	64
3.3.3 Identificación del Servicio .....	66
3.3.4 Principales funciones del hospital .....	67
3.3.5 Procesos asistenciales clave según la Dirección Nacional de Hospitales: .....	68
3.3.6 Recursos del Hospital Nacional Especializado de Maternidad (HNEM) .....	68
3.3.7 Estadísticas .....	69
3.3.8 Esfuerzos para la mejorar la calidad en el hospital .....	74
<b>4. GENERALIDADES DEL ENTORNO.....</b>	<b>77</b>
4.1 Situación actual de los nacimientos en El Salvador .....	77
4.2 Propuesta del gobierno a la situación actual de la salud en El Salvador.....	79
4.3 Principales metas del Ministerio de Salud (MINSAL) para el quinquenio 2009-2014 .....	80
4.4 Causas de mortalidad en el salvador .....	81
4.4.1 Hospitalizaciones .....	81
4.4.2 Mortalidad materna .....	83
4.4.3 Mortalidad infantil.....	84
<b>CAPITULO 2: METODOLOGÍA GENERAL .....</b>	<b>85</b>
<b>1 PROGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>87</b>
1.1 DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS, CRITERIOS Y AMPLITUD DE LA INVESTIGACIÓN .....	88
1.1.1 OBJETIVOS .....	88
1.1.2 CRITERIOS.....	89
1.1.3 AMPLITUD DE LA INVESTIGACIÓN .....	89
1.2 RESPONSABILIDADES, RECURSOS, Y PROCEDIMIENTOS DEL PROGRAMA .....	90
1.2.1 RESPONSABILIDADES.....	90
1.2.2 RECURSOS.....	90
1.2.3 PROCEDIMIENTOS .....	90
1.3 IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN .....	91
1.4 REGISTROS DEL PROGRAMA.....	91
<b>2 RECOPIACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>91</b>
INFORMACIÓN BÁSICA A RELEVAR.....	92
<b>3 CUESTIONARIO.....</b>	<b>93</b>
<b>4 PLAN DE ABORDAJE DE LA INVESTIGACIÓN IN SITU.....</b>	<b>98</b>
PREPARACIÓN DEL PLAN DE INVESTIGACIÓN.....	98

5 REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN IN SITU .....	99
5.1 REALIZACIÓN DE LA REUNIÓN DE APERTURA .....	99
5.2 COMUNICACIÓN DURANTE LA INVESTIGACIÓN .....	99
5.3 RECOPIACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	99
5.4 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	100
5.5 PLAN DE MUESTREO.....	102
TIPO DE MUESTREO SELECCIONADO.....	105
5.6 RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	105
5.7 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	106
5.8 CONCLUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	107
5.9 REALIZACIÓN DE LA REUNIÓN DE CIERRE .....	107
CAPITULO 3: INVESTIGACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO .....	108
1 PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	109
1.1 PROGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	109
1.1.1 OBJETIVOS .....	109
1.1.2 ALCANCE.....	109
1.1.3 CRITERIOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	110
1.2 AMPLITUD DE LA INVESTIGACIÓN.....	110
1.3 ESTABLECIMIENTO DE LOS RESPONSABLES DE GESTIONAR LA INVESTIGACIÓN .....	110
1.4 RECURSOS.....	111
1.5 DEFINICIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA DESARROLLAR LA INVESTIGACIÓN .....	112
2 RECOPIACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA LA INVESTIGACIÓN.....	115
2.1. DEFINICIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS PROCESOS DEL HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD .....	115
2.1.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS.....	115
2.1.2 DEFINICIÓN LOS CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE PROCESOS.....	139
2.1.3 EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE LOS PROCESOS.....	145
2.2 PLAN ESTRATÉGICO QUINQUENAL 2009-2014 DEL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD .....	155
2.3 PLAN ANUAL OPERATIVO 2012 DE LA UNIDAD DE GARANTÍA DE LA CALIDAD (ACTUALMENTE BAJO EL NOMBRE DE UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD) .....	160
2.4 LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN HOSPITALES DE LA RED INTEGRAL E INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD.....	168
3 CUESTIONARIOS.....	174
3.1 INSTRUMENTO PARA EL APARTADO 4: SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	178
3.2 INSTRUMENTO PARA EL APARTADO 5: RESPONSABILIDAD PARA LA DIRECCIÓN .....	182
3.3 INSTRUMENTO PARA EL APARTADO 6: GESTIÓN DE LOS RECURSOS.....	192
3.4 INSTRUMENTO PARA EL APARTADO 7: REALIZACIÓN DEL SERVICIO .....	198
3.5 INSTRUMENTO PARA EL APARTADO 8: MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA.....	211
3.6 ESCALA DE VALORACIÓN .....	218
3.7 PUNTUACIÓN Y ANÁLISIS.....	218
4 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA INVESTIGACIÓN.....	220
5 REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN IN SITU .....	222
5.1 REALIZACIÓN DE LA REUNIÓN DE APERTURA .....	222
5.2 COMUNICACIÓN DURANTE LA INVESTIGACIÓN .....	222
5.3 RECOPIACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	222
5.4 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	223
5.5 PLAN DE MUESTREO.....	224

5.6. RECOLECCIÓN DE DATOS .....	224
5.6.1. Resultados del Apartado Sistema de Gestión de Calidad.....	225
5.6.2. Resultados del Apartado Responsabilidad de la Dirección.....	233
5.6.3. Resultados del Apartado Gestión de Recursos .....	249
5.6.4. Resultados del Apartado Realización del servicio .....	254
5.6.5. Resultados del Apartado Medición Análisis y Mejora.....	275
5.7 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	281
5.7.1 NIVEL DE CUMPLIMIENTO GLOBAL .....	281
5.7.2 ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES .....	300
5.8 CONCLUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	319
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	320
5.9 REALIZACIÓN DE LA REUNIÓN DE CIERRE .....	320
<b>TITULO 2: DISEÑO .....</b>	<b>321</b>
CAPITULO 1: CONCEPTUALIZACIÓN DEL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD .....	322
1 ETAPAS PARA EL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD .....	323
2 REQUERIMIENTOS DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA ISO 9001:2008 .....	324
3 METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ...	336
4 ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD...338	
CAPITULO 2: MANUAL DE CALIDAD .....	351
ÍNDICE.....	353
1. INTRODUCCIÓN.....	356
1.1 OBJETIVO .....	357
1.2 ALCANCE .....	357
1.3 DEFINICIONES .....	358
2 INFORMACIÓN INSTITUCIONAL.....	360
2.1 RESEÑA HISTÓRICA.....	360
2.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	362
2.3 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.....	364
2.3.3 Misión.....	364
2.3.2 Visión.....	364
2.3.1 Principios y Valores .....	364
3. GENERALIDADES DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN .....	366
3.1 CONTROL DEL MANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD .....	366
3.2 ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	366
3.3 EXCLUSIONES .....	366
3.4 COMPROMISO DEL NIVEL DIRECTIVO.....	366
3.4.1 POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD .....	366
3.5 ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD Y MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO.....	367
3.5.1 Actos de regulación .....	367
3.5.2 Representante de la alta dirección .....	367
4. DESCRIPCIÓN GENERAL DE PROCESOS.....	368
4.1 PLANIFICACIÓN OPERACIÓN DEL SGC .....	369
5. REVISIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD .....	369
CAPITULO 4 REQUISITOS GENERALES.....	370

4.1	Requisitos Generales.....	370
4.2	Requisitos generales.....	371
4.2.1	Generalidades.....	371
4.2.2	Manual de Calidad.....	372
4.2.3	Control de los documentos.....	373
4.2.4	Control de los registros.....	374
<b>CAPITULO 5 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN.....</b>		<b>375</b>
5.1	Compromiso de la Dirección.....	375
5.2	Enfoque al cliente.....	376
5.3	Política de calidad.....	377
5.4	Planificación.....	378
5.4.1	Objetivos de Calidad.....	378
5.4.2	Planificación del sistema de gestión de la calidad.....	378
5.5	Responsabilidad, autoridad y comunicación.....	379
5.5.1	Responsabilidad de la dirección.....	379
5.5.2	Representante de la dirección.....	380
5.5.3	Comunicación interna.....	380
5.6	Revisión por la Dirección.....	381
5.6.1	Generalidades.....	381
5.6.2	Información para revisión por la dirección.....	382
5.6.3	Resultados de la revisión por la dirección.....	382
<b>CAPITULO 6 GESTIÓN DE RECURSOS.....</b>		<b>383</b>
6.1	Provisión de recursos.....	383
6.2	Recursos humanos.....	383
6.2.1	Generalidades.....	383
6.2.2	Competencia, toma de conciencia y formación.....	384
6.3	Infraestructura.....	385
6.4	Ambiente de trabajo.....	386
<b>CAPITULO 7 PRESTACIÓN DEL SERVICIO.....</b>		<b>387</b>
7.1	Planificación de la prestación del servicio.....	387
7.2	Procesos relacionados con el cliente.....	389
7.2.1	Determinación de los requisitos relacionados con el servicio.....	389
7.2.2	Revisión de los requisitos relacionados con el producto.....	389
7.2.3	Comunicaciones con el cliente.....	390
7.3	Diseño de servicios.....	391
7.3.1	Planificación del diseño.....	391
7.3.2	Elementos de entrada para el diseño.....	391
7.3.3	Resultados del diseño.....	392
7.3.4	Revisión del diseño.....	392
7.3.5	Verificación del diseño.....	392
7.3.6	Validación del diseño.....	393
7.3.7	Control de cambios del diseño.....	393
7.4	Compras.....	394
7.4.1	Proceso de compras.....	394
7.4.2	Información de las compras.....	394
7.4.3	Verificación de los productos comprados.....	394
7.5	Prestación del servicio.....	395
7.5.1	Control de la prestación del servicio.....	395
7.5.2	Validación de los procesos y prestación del servicio.....	396

7.5.3 Identificación y trazabilidad .....	396
7.5.4 Propiedad del cliente .....	396
7.5.5 Preservación del servicio.....	396
7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición.....	397
<b>CAPITULO 8 DE LA NORMA.....</b>	<b>398</b>
8.1. Generalidades.....	398
8.2. Seguimiento y medición .....	398
8.2.1 Satisfacción de la Paciente .....	398
8.2.2 Auditoría Interna.....	399
8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos .....	400
8.2.4. Seguimiento y medición del servicio.....	400
8.3 Control del producto no conforme .....	400
8.4. Análisis de datos.....	401
8.5 Mejora.....	402
8.5.1. Mejora continua.....	402
8.5.2 Acción correctivas.....	403
8.5.3. Acción preventiva.....	404
<b>CAPITULO 3: VALIDACIÓN DEL DISEÑO .....</b>	<b>405</b>
1 <i>Validación del Apartado 4 “Sistema de Calidad”</i> .....	406
2 <i>Validación del Apartado 5 “Responsabilidad de la Dirección”</i> .....	413
3 <i>Validación del Apartado 6 “Gestión de los Recursos”</i> .....	426
4 <i>Validación del Apartado 7 “Realización del Servicio”</i> .....	431
5 <i>Validación del Apartado 8 “Medición Análisis y Mejora”</i> .....	448
<b>CAPITULO 4: PLAN DE IMPLEMENTACIÓN.....</b>	<b>457</b>
1. <b>PLANIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b> .....	<b>458</b>
1.1. GENERALIDADES.....	458
1.2. CONSIDERACIONES PREVIAS A LA FASE DE PLANEACIÓN.....	459
1.3. ¿QUÉ ES LA FASE DE PLANEACIÓN? .....	459
1.4. ¿POR QUÉ ES CONVENIENTE REALIZAR LA FASE DE PLANEACIÓN?.....	459
1.5. ¿CÓMO SE REALIZA LA FASE DE PLANEACIÓN? .....	460
1.6. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA FASE DE PLANEACIÓN: .....	461
1.6.1. Planificar la realización de la Fase de Planeación.....	461
1.6.2. Ejecutar la Planeación.....	461
1.6.3. Aprobar los resultados de la Planeación.....	462
1.7. RECOMENDACIONES GENERALES .....	462
2. <b>PLAN DE IMPLEMENTACIÓN</b> .....	<b>464</b>
2.1 GENERALIDADES.....	464
2.2 Metodología para desarrollar el SGC .....	466
3 <b>DESGLOSE ANALÍTICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b> .....	<b>467</b>
3.1 Descripción de los Paquetes de Trabajo .....	468
3.1.1 Subsistema: Papel de la Dirección del Hospital.....	468
3.1.2 Subsistema: Capacitación.....	474
3.1.3 Subsistema: Medición, Análisis y Mejora .....	479
4 <b>PERFIL DEL CONSULTOR EN LA SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b> .....	<b>486</b>

<i>PERFIL DE LOS DISEÑADORES DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</i> .....	487
<b>5 DURACIÓN DEL PROYECTO</b> .....	<b>488</b>
5.1 Diagrama PERT.....	491
5.2 Cronograma de Actividades.....	493
<b>6 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PROPUESTA PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b> .....	<b>494</b>
<b>7 LINEAMIENTOS PARA AJUSTAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD A LAS NUEVAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD</b> .....	<b>502</b>
<b>8 LINEAMIENTOS PARA LA CERTIFICACIÓN DEL SGC</b> .....	<b>506</b>
<b>TITULO 3: EVALUACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL</b> .....	<b>509</b>
<b>METODOLOGÍA PARA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b> .....	<b>510</b>
<b>CAPITULO 1: EVALUACIÓN ECONÓMICA</b> .....	<b>512</b>
<b>1. INVERSIÓN INICIAL DEL PROYECTO</b> .....	<b>514</b>
1.1 Costos del Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad .....	514
1.2 Costos de Implementación del Proyecto.....	518
1.2.1 Subsistema: Papel de la dirección.....	518
1.2.2 Sub sistema: Capacitación.....	523
1.2.3 Sub sistema: Medición, análisis y mejora.....	526
1.2.4 Costos de asesoría en la implementación del Proyecto.....	528
1.2.7 Costo Total de Implementación .....	529
1.3 Costo anual de Operación del Proyecto.....	530
1.4 Costo anual de Operación por el Mantenimiento del Sistema y utilización de documentación	530
1.5 Costo anual de Operación del Sistema de Gestión .....	530
1. 6 Costo anual Operativo del Sistema en los procesos claves.....	532
1.7 Total de Costo anual de Operación del Sistema de Gestión de Calidad .....	534
1.8 Costos del Proyecto .....	535
<b>2 LA TASA MÍNIMA ACEPTABLE DE RENDIMIENTO (TMAR)</b> .....	<b>536</b>
<b>3 BENEFICIO ECONÓMICO</b> .....	<b>537</b>
<b>4 VALOR ACTUAL NETO (VAN)</b> .....	<b>547</b>
4.1 Valor Actual Neto – Escenario Conservador .....	548
4.2 Valor Actual Neto – Escenario Optimista .....	549
<b>5 TASA INTERNA DE RETORNO</b> .....	<b>550</b>
5.1 Tasa Interna de Retorno – Escenario Conservador .....	550
5.2 Tasa Interna de Retorno – Escenario Optimista.....	551
<b>6 ÍNDICE DE RENTABILIDAD</b> .....	<b>552</b>
6.1 Índice de Rentabilidad – Escenario Conservador.....	552
6.2 Índice de Rentabilidad – Escenario Optimista .....	553
<b>7 CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA</b> .....	<b>553</b>
<b>8 FUENTES DE FINANCIAMIENTO</b> .....	<b>554</b>
8.1 Fondos de financiamiento interno.....	554
8.2 Fondos de financiamiento externo.....	555
8.3 Conclusión de las Fuentes de financiamiento .....	558
<b>CAPITULO 2: EVALUACIÓN SOCIAL</b> .....	<b>559</b>
<b>1. IMPACTO ORGANIZACIONAL</b> .....	<b>560</b>
1.1 IMPACTO EN LA GESTIÓN ESTRATÉGICA.....	561



1.2 IMPACTO EN EL SERVICIO .....	561
1.3 IMPACTO EN LA GESTION FINANCIERA .....	561
1.4 IMPACTO EN EL ÁREA OPERATIVA.....	562
2. <i>IMPACTO EN LA POBLACIÓN SALVADOREÑA</i> .....	563
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PROYECTO .....</b>	<b>565</b>
CONCLUSIONES .....	565
RECOMENDACIONES .....	568
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>571</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>572</b>
ANEXO A. PROGRAMACIÓN DE METAS DE LAS ACTIVIDADES HOSPITALARIAS.....	572
ANEXO B. PROGRAMACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN.....	575
ANEXO C: SERVICIOS HOSPITALARIOS .....	576
1. <i>Servicios finales</i> .....	576
2. <i>Servicios Intermedios</i> .....	577
3. <i>Servicios Generales</i> .....	578
ANEXO D: ESTADÍSTICAS DE ATENCIÓN.....	579
ANEXO E: RECURSOS DEL HOSPITAL .....	591
ANEXO F. INDICADORES DE GESTIÓN DE ACTIVIDADES HOSPITALARIAS.....	594
ANEXO G. SERVICIOS DE APOYO PARA CADA PROCESO CLAVE .....	595
ANEXO H. PROCEDIMIENTOS .....	598
ANEXO I. ROLES Y RESPONSABILIDADES .....	602
ANEXO J. PLAN DE COMUNICACIONES DEL PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD .....	604
ANEXO K. DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	605
1 <i>Documentos del Apartado 4: Sistema de Gestión de Calidad</i> .....	605
2 <i>Documentos del Apartado 5: Responsabilidad de la Dirección</i> .....	706
3 <i>Documentos del Apartado 6: Gestión de Recursos</i> .....	826
4 <i>Documentos del Apartado 7: Realización del Servicio</i> .....	875
5 <i>Documentos del Apartado 8: Medición, Análisis y Mejora</i> .....	1231

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. REGISTROS DE LA NORMA ISO 9001:2008.....	13
TABLA 2 CLASIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS.....	49
TABLA 3 PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO UTILIZANDO LA LISTA DE MORBILIDAD POR CAUSAS ESPECIFICAS DISGREGADAS POR SEXO, EL SALVADOR, MINSAL, ENERO - DICIEMBRE 2010.....	82
TABLA 4: DEFUNCIONES Y NACIMIENTOS. ....	83
TABLA 5. DEFUNCIONES EN MENORES DE 5 AÑOS, INFANTILES, NEONATALES Y PERINATALES REGISTRADOS EN LOS SERVICIOS DEL MINSAL (2005-2008) Y EN TODO EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2009- 2010) .....	84
TABLA 6 RELACIÓN DE LA EVIDENCIA CON LOS OBJETIVOS DE AUDITORIA .....	97
TABLA 7 GRADO DE CONFIABILIDAD DE LAS EVIDENCIAS.....	101
TABLA 8 TIPOS DE MUESTREOS .....	103
TABLA 9 RESPONSABILIDADES.....	110
TABLA 10 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN .....	112
TABLA 11: CÓDIGO PARA LA RELACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS .....	120
TABLA 12: INFORMACIÓN DE REFERENCIAD EL SERVICIO DE ATENCIÓN DE PARTO Y POSTPARTO .....	128
TABLA 13: INFORMACIÓN DE REFERENCIAD EL SERVICIO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.....	129
TABLA 14: INFORMACIÓN DE REFERENCIAD EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA .....	130
TABLA 15: INFORMACIÓN DE REFERENCIAD EL SERVICIO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA .....	131
TABLA 16: INFORMACIÓN DE REFERENCIAD EL SERVICIO DE ATENCIÓN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ..	132
TABLA 17: INFORMACIÓN DE REFERENCIAD EL SERVICIO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA GINECOLÓGICA Y ONCOLÓGICA.....	134
TABLA 18: INFORMACIÓN DE REFERENCIAD EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS Y ESPECIALES DE ADULTOS.....	136
TABLA 19: INSTRUMENTO PARA IDENTIFICACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO.....	137
TABLA 20: TABLA DE PONDERACIONES PRIMERA PARTE .....	145
TABLA 21: TABLA DE PONDERACIONES SEGUNDA PARTE.....	146
TABLA 22: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS PARA EL PROCESO DE ATENCIÓN DE PARTO Y POSTPARTO .....	146
TABLA 23: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS PARA EL PROCESO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.....	148
TABLA 24: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS PARA EL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA .....	149
TABLA 25: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS PARA EL PROCESO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA .....	150
TABLA 26: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS PARA EL PROCESO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS.....	151
TABLA 27: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS PARA EL PROCESO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA GINECOLÓGICA Y PERINATOLÓGICA .....	152
TABLA 28: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS PARA EL PROCESO DE CUIDADOS INTENSIVOS Y ESPECIALES PARA ADULTOS .....	153
TABLA 29: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL COSTO ECONÓMICO PARA CADA PROCESO.....	153
TABLA 30. RESULTADOS FINALES .....	154
TABLA 31: ESTÁNDARES EVALUADOS EN LOS HOSPITALES NACIONALES.....	161
TABLA 32: OBJETIVOS DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA N° 1 .....	162
TABLA 33: OBJETIVOS DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA N° 2 .....	163

TABLA 34: OBJETIVOS DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA N° 3 .....	164
TABLA 35: OBJETIVOS DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA N° 4 .....	165
TABLA 36: OBJETIVOS DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA N° 6 .....	166
TABLA 37: OBJETIVOS DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA N° 7 .....	166
TABLA 38: OBJETIVOS DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA N° 8 .....	167
TABLA 39. ESTÁNDARES PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD EN LOS HOSPITALES NACIONALES.....	173
TABLA 40. OBJETIVOS BUSCADOS DE CADA APARTADO DE LA NORMA ISO 9001:2008 .....	174
TABLA 41: DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL APARTADO 4: SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD .....	179
TABLA 42: DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL APARTADO 5: RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN .....	184
TABLA 43: DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL APARTADO 6: GESTIÓN DE RECURSOS.....	194
TABLA 44: DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL APARTADO 7: REALIZACIÓN DEL SERVICIO .....	200
TABLA 45: DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL APARTADO 8: MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA.....	213
TABLA 46: ENUNCIADO DE LOS NIVELES DE CALIFICACIÓN DE CADA REQUISITO .....	218
TABLA 47: NIVELES DE VALORACIÓN PARA EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS .....	218
TABLA 48 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA INVESTIGACIÓN .....	220
TABLA 49: NIVEL DE CUMPLIMIENTO GLOBAL.....	281
TABLA 50: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL APARTADO 4 .....	283
TABLA 51: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL APARTADO 5 .....	285
TABLA 52: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL APARTADO 6 .....	289
TABLA 53: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL APARTADO 7 .....	292
TABLA 54: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL APARTADO 8 .....	297
TABLA 55: ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DEL APARTADO 4 .....	300
TABLA 56: ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DEL APARTADO 5 .....	302
TABLA 57: ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DEL APARTADO 6 .....	306
TABLA 58: ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DEL APARTADO 7 .....	309
TABLA 52: ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DEL APARTADO 8 .....	316
TABLA 60: REQUERIMIENTOS DEL DISEÑO DEL APARTADO 4.....	325
TABLA 61: REQUERIMIENTOS DEL DISEÑO DEL APARTADO 5.....	326
TABLA 62: REQUERIMIENTOS DEL DISEÑO DEL APARTADO 6.....	328
TABLA 63: REQUERIMIENTOS DEL DISEÑO DEL APARTADO 7.....	330
TABLA 64: REQUERIMIENTOS DEL DISEÑO DEL APARTADO 8.....	334
TABLA 65: SUB APARATADOS DE LA NORMA CORRESPONDIENTE A CADA ETAPA.....	337
TABLA 66: RESUMEN GENERAL .....	455
TABLA 67: ACTIVIDADES DEL PAQUETE COMPROMISO DE IMPLEMENTACIÓN .....	471
TABLA 68: ACTIVIDADES DEL PAQUETE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE CAPACITACIÓN ISO 9001:2008	472
TABLA 69: ACTIVIDADES DEL PAQUETE DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE DE LA ALTA DIRECCIÓN Y COMITÉ DE CALIDAD.....	473
TABLA 70: ACTIVIDADES DEL PAQUETE DISTRIBUCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN.....	474
TABLA 71: ACTIVIDADES DEL PAQUETE INFORMAR SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN A TODO EL PERSONAL.....	476
TABLA 72: ACTIVIDADES DEL PAQUETE TALLER DE LOS REQUISITOS DE LA ISO 9001:2008 .....	476
TABLA 73: ACTIVIDADES DEL PAQUETE CAPACITACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR .....	478
TABLA 74: ACTIVIDADES DEL PAQUETE REALIZACIÓN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE CALIDAD .....	482

TABLA 75: ACTIVIDADES DEL PAQUETE REALIZACIÓN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE CALIDAD .....	483
TABLA 76: ACTIVIDADES DEL PAQUETE REVISIÓN DE RESULTADOS DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE CALIDAD .....	484
TABLA 77: ACTIVIDADES DEL PAQUETE IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS .....	485
TABLA 78: ACTIVIDADES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC PARA EL NACIONAL DE MATERNIDAD “DR. ARGUELLO ESCOLÁN” .....	489
TABLA 79: ACTIVIDADES Y SUS RELACIONES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC PARA EL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD “DR. ARGUELLO ESCOLÁN” .....	490
TABLA 80 TABLA DE DURACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA ETAPA DE DIAGNÓSTICO .....	515
TABLA 81 TABLA DE DURACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA ETAPA DE DISEÑO .....	516
TABLA 82 TABLA COSTO DEL DISEÑO DEL SGC .....	517
TABLA 83: COSTO DE DIVULGACIÓN .....	519
TABLA 84: GESTIÓN DE CONTRATACIÓN DEL CONSULTOR .....	520
TABLA 85: DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN .....	521
TABLA 86: CANTIDAD DE HOJAS POR REPRODUCIR .....	521
TABLA 87: COSTO DE REPRODUCCIÓN FÍSICA DE LOS DOCUMENTOS DEL SISTEMA .....	522
TABLA 88: COSTO DE INFORMAR SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN AL PERSONAL .....	523
TABLA 89: COSTO DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DEL HOSPITAL * .....	524
TABLA 90: COSTO DE CAPACITACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR* .....	525
TABLA 91: COSTO DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO .....	526
TABLA 92: COSTO DE REALIZACIÓN DE AUDITORÍA DEL SGC .....	527
TABLA 93: COSTO DE REVISIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORIA DEL SGC .....	527
TABLA 94: COSTO DE IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS .....	528
TABLA 95: COSTO DE ASESORÍA EN LA FASE DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO* .....	529
TABLA 96: COSTO TOTAL DE IMPLEMENTACIÓN .....	529
TABLA 97: COSTO DE UTILIZACIÓN DEL SISTEMA .....	530
TABLA 98: COSTO ANUAL DE OPERACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ DE CALIDAD .....	531
TABLA 99: COSTO ANUAL DE OPERACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD .....	531
TABLA 100: PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL SGC POR PARTE DEL PERSONAL DE LOS PROCESOS CLAVE .....	532
TABLA 101: COSTO ANUAL DE OPERACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD POR MIEMBROS DE LOS PROCESOS CLAVES .....	534
TABLA 102: COSTO ANUAL DE OPERACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD .....	534
TABLA 103: COSTO DEL PROYECTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD .....	535
TABLA 104: COSTO DE LOS SERVICIOS AÑO BASE .....	538
TABLA 105: PRESUPUESTO ANUAL DEL HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD .....	539
TABLA 106: ELEMENTOS EN LOS QUE INFLUYEN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC .....	540
TABLA 107: AHORROS MÍNIMOS Y MÁXIMOS ESPERADOS .....	541
TABLA 108: INCREMENTO DE COBERTURA PROMEDIO .....	542
TABLA 109: PRESUPUESTO ANUAL DEL HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD .....	542
TABLA 110: BENEFICIO ESPERADO POR MEJORAS AL DESEMPEÑO – ESCENARIO CONSERVADOR .....	544
TABLA 111: BENEFICIO ESPERADO POR INCREMENTO EN LA COBERTURA – ESCENARIO CONSERVADOR .....	544
TABLA 112: BENEFICIOS ANUALES ESPERADOS – ESCENARIO CONSERVADOR .....	545
TABLA 113: BENEFICIO ESPERADO POR MEJORAS AL DESEMPEÑO – ESCENARIO OPTIMISTA .....	545
TABLA 114: BENEFICIO ESPERADO POR INCREMENTO EN LA COBERTURA – ESCENARIO OPTIMISTA .....	546
TABLA 115: BENEFICIOS ANUALES ESPERADOS – ESCENARIO OPTIMISTA .....	546
TABLA 116: FLUJOS DE EFECTIVO DEL PROYECTO – ESCENARIO CONSERVADOR .....	548

TABLA 117: FLUJOS DE EFECTIVO DEL PROYECTO – ESCENARIO OPTIMISTA .....	549
TABLA 118: RESUMEN DE INDICADORES DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA .....	553
TABLA 119: ACTIVIDADES PARA FINANCIAMIENTO DE PROYECTO CON EL MINISTERIO DE HACIENDA .....	556
TABLA 120 ACTIVIDADES PARA FINANCIAMIENTO DE PROYECTO POR ONG´S .....	557
TABLA 121: EVALUACIÓN DE FUENTES DE FINANCIAMIENTO .....	558
TABLA 122 PROMEDIO DE EGRESOS Y MUERTES DE LOS AÑOS 2009-2012 .....	563
TABLA 123 INCREMENTO EN LA COBERTURA DE ATENCIÓN EN LAS UNIDADES DE PUERPERIO CIRUGÍA OBSTÉTRICA Y NEONATOLOGÍA.....	563
TABLA 124 DISMINUCIÓN DE MUERTES DE PACIENTES EN LAS UNIDADES DE PUERPERIO CIRUGÍA OBSTÉTRICA Y NEONATOLOGÍA.....	564
TABLA 125: PROGRAMACIÓN DE METAS DE ACTIVIDADES HOSPITALARIAS .....	574
TABLA 126: INDICADORES DE GESTIÓN.....	575
TABLA 127: SERVICIOS HOSPITALARIOS. ....	578
TABLA 128: DIAGNÓSTICOS DEL PERÍODO DEL 01/01/2009 AL 31/12/2009 URBANO Y RURAL / AMBOS SEXOS .....	580
TABLA 129: DIAGNÓSTICOS DEL PERÍODO DEL 01/01/2010 AL 31/12/2010 URBANO Y RURAL / AMBOS SEXOS .....	580
TABLA 130: DIAGNÓSTICOS DEL PERÍODO DEL 01/01/2011 AL 31/12/2011 URBANO Y RURAL / AMBOS SEXOS .....	581
TABLA 131: CONSULTAS 2009 .....	589
TABLA 132: CONSULTAS 2010 .....	589
TABLA 133: CONSULTAS 2011 .....	589
TABLA 134: RECURSO HUMANO DEL HOSPITAL .....	591
TABLA 135: PRESUPUESTO 2011 .....	592
TABLA 136: PRESUPUESTO 2012 .....	592
TABLA 137: NÚMERO DE CAMAS DEL HOSPITAL .....	593
TABLA 138: INDICADORES DE GESTIÓN DE ACTIVIDADES HOSPITALARIAS. ....	594

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 MODELO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN PROCESOS .....	9
FIGURA 2 IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	30
FIGURA 3 ÁMBITOS DE ACCIÓN DE LOS ECOS FAMILIARES Y ECOS ESPECIALIZADOS .....	44
FIGURA 4 RECURSOS HUMANOS DE UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR .....	45
FIGURA 5 CATEGORIZACIÓN DE HOSPITALES.....	47
FIGURA 6 ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA, RETORNO E INTERCONSULTA.....	50
FIGURA 7 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y FUNCIONAL DE LA RED INTEGRAL E INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD .....	53
FIGURA 8 FUNCIONAMIENTO DE LA RED INTEGRAL E INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD.....	54
FIGURA 9 PAGINA INICIAL DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD .....	56
FIGURA 10 ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD .....	63
FIGURA 11 DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO PARA LA GESTIÓN DE UN PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN ..	88
FIGURA 12 VISIÓN GENERAL DEL PROCESO DESDE LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN HASTA LA DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD ACTUAL .....	100
FIGURA 13. FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN .....	114
FIGURA 14: RELACIÓN PROCESO-SERVICIO-UNIDAD-PACIENTE.....	119
FIGURA 15: DIAGRAMA DE RELACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS.....	121
FIGURA 16: RELACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE SALA DE PARTOS, PUERPERIO, QUIRÓFANO OBSTÉTRICO Y CIRUGÍA OBSTÉTRICA.....	122
FIGURA 17: RELACIÓN ENTRE UCIN, RNI Y RNM.....	123
FIGURA 18: RELACIÓN ENTRE SERVICIOS DE PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, ONCOLOGÍA, INFECTOLOGÍA Y GINECOLOGÍA.....	123
FIGURA 19: RELACIÓN ENTRE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS Y CUIDADOS ESPECIALES ADULTOS .....	124
FIGURA 20: RELACIÓN DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.....	124
FIGURA 21: RELACIÓN DE SERVICIO QUIRÚRGICO .....	125
FIGURA 22: RELACIÓN SERVICIOS DE EMERGENCIA .....	125
FIGURA 23: MAPA DE PROCESOS DEL HOSPITAL .....	138
FIGURA 24: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE FACTORES DE LOS CRITERIOS IMPACTO EN EL PACIENTE E IMPACTO EN EL CLIENTE INTERNO.....	142
FIGURA 25: ESCALA DE VALORACIÓN DEL CRITERIO IMPORTANCIA PARA LA ORGANIZACIÓN.....	142
FIGURA 26: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE FACTORES DEL CRITERIO IMPORTANCIA PARA LA ORGANIZACIÓN.....	143
FIGURA 27: MODELO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2008.....	324
FIGURA 28. ETAPAS DE LA METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD .....	336
FIGURA 29: JERARQUÍA DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	338

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 TOTAL VIVOS .....	69
GRÁFICO 2 TOTAL EGRESOS .....	70
GRÁFICO 3: TOTAL DE MUERTOS .....	71
GRÁFICO 4: MUERTES MATERNAS .....	72
GRÁFICO 5: CONSULTAS REALIZADAS .....	73
GRÁFICO 6: EGRESOS HOSPITALARIOS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS MAYORES ATENDIDAS EN LOS SERVICIO DE SALUD DE LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, EL SALVADOR.....	81
GRÁFICO 7: MORTALIDAD MATERNA REGISTRAD A NIVEL NACIONAL, AÑOS 2006-2010.....	83
GRÁFICO 8: NIVEL DE CUMPLIMIENTO POR APARTADO DE LA NORMA ISO 9001-2008.....	281
GRÁFICO 9: RESULTADOS DEL APARTADO 4 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD .....	283
GRÁFICO 10: REQUISITOS POR SUB-APARTADO DEL “SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD” .....	284
GRÁFICO 11: RESULTADOS POR SUB-APARTADO DEL APARTADO 4 “SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD” .....	284
GRÁFICO 12: RESULTADOS DEL APARTADO 5 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN.....	286
GRÁFICO 13: REQUISITOS POR SUB-APARTADO DE LA RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN .....	287
GRÁFICO 14: RESULTADOS POR SUB-APARTADO DEL APARTADO 5 “RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN” .....	288
GRÁFICO 15: RESULTADOS DEL APARTADO 6 GESTIÓN DE LOS RECURSOS .....	289
GRÁFICO 16: REQUISITOS POR SUB-APARTADO DE LA GESTIÓN DE RECURSOS.....	290
GRÁFICO 17: RESULTADOS POR SUB-APARTADO DEL APARTADO 6 “GESTIÓN DE RECURSOS” .....	291
GRÁFICO 18: RESULTADOS DEL APARTADO 7 REALIZACIÓN DEL SERVICIO .....	293
GRÁFICO 19: REQUISITOS POR SUB-APARTADO DE LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO .....	294
GRÁFICO 20: RESULTADOS POR SUB-APARTADO DEL APARTADO 7 “REALIZACIÓN DEL SERVICIO” .....	295
GRÁFICO 21: RESULTADOS DEL APARTADO 8 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA .....	297
GRÁFICO 22: REQUISITOS POR SUB-APARTADO DE LA MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA .....	298
GRÁFICO 23: RESULTADOS POR SUB-APARTADO DEL APARTADO 8 “MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA” ..	299
GRÁFICO 24: VALIDACIÓN DEL SGC APARTADO 4.....	412
GRÁFICO 25: VALIDACIÓN DEL SGC APARTADO 5.....	425
GRÁFICO 26: VALIDACIÓN DEL SGC APARTADO 6.....	430
GRÁFICO 27: VALIDACIÓN DEL SGC APARTADO 7.....	447
GRÁFICO 28: VALIDACIÓN DEL SGC APARTADO 8.....	454
GRÁFICO 29: RESULTADOS GLOBALES DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO PROPUESTO Y REAL.....	456
GRÁFICO 30: DÍAS DE ESTANCIA.....	582
GRÁFICO 31: TOTAL DE EGRESOS .....	583
GRÁFICO 32: PROMEDIO DE DÍAS DE ESTANCIA .....	584
GRÁFICO 33: TOTAL DE VIVOS.....	585
GRÁFICO 34: TOTAL DE MUERTOS .....	586
GRÁFICO 35: MUERTOS ANTES 48 HRS .....	587
GRÁFICO 36: MUERTOS DESPUÉS 48 HRS.....	587
GRÁFICO 37: MUERTES MATERNAS .....	588
GRÁFICO 38: CONSULTAS REALIZADAS.....	590

## INTRODUCCIÓN

En el presente documento se plasma el desarrollo del “Diseño del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) para el Hospital Nacional Especializado de Maternidad Dr. Raúl Arguello Escolán basado en la Norma ISO 9001-2008”.

En el título 1 “Diagnostico” se establece en el capítulo primero los cimientos de la investigación estableciendo en el marco teórico los Modelos de Gestión de Calidad así como en qué consiste cada uno de los apartados de la norma ISO 9001:2008 y sus requisitos; dando a conocer también el Marco Legal en el que se establece el apoyo legal de la investigación y el marco Institucional donde se da la introducción al sistema de salud, el papel del Hospital de Maternidad e información de este.

En el capítulo segundo se plantea la metodología general, basada en las directrices para las auditorías de sistemas de gestión de calidad , definiendo los pasos a seguir en la investigación de la determinación del nivel de cumplimiento de la situación actual de la institución en función, en este capítulo también se realiza la priorización de por procesos claves que se abordarán en la investigación y con los que se iniciará la implementación del sistema de gestión de calidad que se diseñará para el Hospital.

El capítulo tercero constituye la Investigación del Nivel de Cumplimiento del SGC sistemas de gestión de calidad, definiendo el grado de cumplimiento actual del hospital en función de la Norma ISO 9001-2008 para cada uno de sus apartados.

En el título 2 Diseño se da a conocer el primer capítulo denominado “Conceptualización del SGC” en función de las oportunidades de mejora encontradas en la gestión actual de la calidad dando las bases para la diseñar el SGC considerando desde los requerimientos de cumplimiento del diseño hasta la estructura de la documentación resultante del desarrollo del diseño.

En el capítulo segundo se plasma el Manual de Calidad que sirve como documento integrador de todos los componentes del sistema de gestión de calidad del hospital, siendo el referente para guiar a la organización en la fase ejecución del sistema.

En el tercer capítulo se dan a conocer los procesos, procedimientos, metodologías, formatos, especificaciones e instrucciones que se han elaborado en base a los requerimientos de diseño para dar cumplimiento a la norma ISO 9001:2008.

En el capítulo cuarto se presenta la validación del Diseño del Sistema de Gestión de Calidad elaborado, para demostrar que el diseño cumple con su cometido de elevar el nivel de cumplimiento en la gestión de la calidad en base a los requisitos de la norma ISO 9001:2008.

En el capítulo quinto se dan a conocer el Plan de Implementación de Gestión de Calidad en donde se planifica, organiza, dirige y controla los recursos para lograr la exitosa



ejecución del mismo dando a conocer el papel que realizará la Alta Dirección en la Implementación.

En el título 3 se presentan las “Evaluaciones del Proyecto” en donde se desarrollan las evaluaciones necesarias para justificar la implementación del Diseño de Gestión de Calidad primero se realiza la evaluación económica que incluye la determinación de la Inversión Inicial y todos aquellos índices que permiten tomar una decisión, se dan a conocer las posibles fuentes de financiamiento y finalmente se presenta la evaluación social que incluye el impacto organizacional y el impacto en la población salvadoreña.



# **TITULO 1: DIAGNÓSTICO**

## OBJETIVOS DEL PROYECTO

### *Objetivos General:*

Diseñar un Sistema de Gestión de Calidad para el Hospital Nacional Especializado de Maternidad “Doctor Raúl Arguello Escolán” basado en la norma ISO 9001:2008 para garantizar la satisfacción de las necesidades y expectativas las ciudadanas que acuden al Hospital Nacional Especializado de Maternidad (HNEM).

### *Objetivos específicos:*

- ⊕ Identificar la información contextual que enmarca la etapa de diagnóstico, definiendo las bases legales, los fundamentos teóricos e información tanto institucional como del entorno.
- ⊕ Definir la metodología de recolección de datos para conocer la situación actual del Hospital.
- ⊕ Investigar sobre los procesos y procedimientos realizados en el Hospital, seleccionando los procesos claves que se abordaran en la investigación de la brecha.
- ⊕ Diseñar los instrumentos de recolección de datos que permita conocer detalladamente la situación actual del Hospital en contraste con una administración eficaz de la calidad, basada en la Norma ISO 9001:2008.
- ⊕ Validar los instrumentos de recolección de datos de la situación actual.
- ⊕ Llevar a cabo la investigación de la situación actual del Hospital sobre la documentación requerida en un SGC, la responsabilidad de la dirección, la gestión de los recursos, Los relacionado al servicio brindado, y la metodología de medición, análisis y mejora continua de una gestión efectiva de la calidad.
- ⊕ Realizar la tabulación y análisis de los resultados obtenidos para definir la brecha existente entre la situación actual del Hospital y un Sistema de Gestión basado en la ISO 9001:2008.
- ⊕ Definir las fortalezas y oportunidades de mejora actuales de la institución.
- ⊕ Realizar la conceptualización del diseño del Sistema de Gestión de Calidad, basado en la Norma ISO 9001:2008 para que sirva como base para su diseño.
- ⊕ Definir los procesos de Atención de Parto y Post-Parto y de Atención del Recién Nacido con el detalle que sea requerido, según los principios de la norma ISO 9001:2008.
- ⊕ Definir una metodología para establecer los requisitos del paciente que debe satisfacer cada servicio, estableciendo un marco común al personal de cada unidad de los procesos de atención al recién nacido y de atención de parto y postparto para cumplir con los objetivos de calidad.

- ⊕ Diseñar la política de calidad y objetivos de calidad propios de la institución en conjunto con el personal de la dirección del hospital para orientar el Sistema de Gestión de Calidad que contribuirá a orientar a la organización en la satisfacción del cliente y la mejora continua.
- ⊕ Elaborar el manual de calidad que incluya el alcance del sistema, las exclusiones, la estructura de la documentación querida por la norma y sus interacciones de los mismos, para facilitar al HNEM la implementación y ejecución del Sistema de Gestión de Calidad.
- ⊕ Elaborar una metodología para el control revisión, aprobación, actualización de documentos y registros, y distribución de documentos, así como el resguardo de los registros requeridos con el propósito de lograr la estructura de la documentación exigida en los requisitos de documentación.
- ⊕ Concretizar los mecanismos para que la dirección tenga la capacidad de asegurarse que se determinan los requisitos de la prestación del servicio (médicos y legales) para satisfacer las necesidades de la paciente/recién nacido, con el propósito fundamental de aumentar la satisfacción del cliente.
- ⊕ Determinar los indicadores de control de calidad para el Sistema de Gestión de Calidad que permitan medir y analizar mismo identificar las no conformidades para solventarlas con las acciones correctivas necesarias, con el fin de cumplir con los objetivos de calidad del sistema y lograr la mejora continua.
- ⊕ Definir los mecanismos para verificar que los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora demuestren la conformidad con los requisitos del servicio.
- ⊕ Establecer los mecanismos para medir la satisfacción de las pacientes, analizar los resultados que se obtengan de la medición y para darle seguimiento a las acciones tomadas posteriores a la medición.
- ⊕ Incorporar al Sistema de Gestión de Calidad los procedimientos que actualmente cumplen con los apartados de la ISO 9001-2008 para dar cumplimiento a la misma.
- ⊕ Establecer los recursos necesarios para la implementación del sistema para dar paso a la realización de la siguiente etapa de evaluación.
- ⊕ Diseñar el Plan de Implementación que incluya las actividades y los pasos claves para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad en el HNEM.
- ⊕ Seleccionar y aplicar el método de evaluación económica más adecuado al proyecto para conocer el tipo de beneficio que se obtendrá.
- ⊕ Desarrollar una Evaluación Económica que permita determinar el monto de la inversión de recursos humanos, equipos y materiales necesarios para la implementación y operación del Sistema de Gestión de Calidad del HNEM.
- ⊕ Determinar el beneficio que genera el proyecto por medio de índices que permitan respaldar los resultados esperados del proyecto.
- ⊕ Realizar una Evaluación social para identificar los impactos y beneficios a corto y largo plazo que permitirá la implementación del SGC en el HNEM.



# **CAPITULO 1: MARCOS CONTEXTUALES**

# 1. MARCO TEÓRICO

La Calidad ha sido tratada por diversos autores, desde sus inicios a finales del siglo XIX, que surge la necesidad de ofertar productos con atributos superiores y comienza con el autocontrol como un inicio de un ininterrumpido proceso evolutivo hasta nuestros días.

## 1.1 Modelos de Gestión de Calidad

Los modelos de Gestión de la Calidad son marcos que brindan consejo y guía sobre como operativizar y poner en práctica los principios, prácticas y los métodos de control, gestión y mejora de la calidad, desde un cierto enfoque. Estos modelos ofrecen asistencia en la identificación de los elementos que un sistema de Gestión de la Calidad debe abarcar, en los principios que deben inspirar su diseño y puesta en práctica, así como en la manera de implantarlo y actualizarlo.

La práctica del enfoque de Aseguramiento de la Calidad ha descansado en los llamados modelos normativos o normalizados, se conocen de esta forma por estar compuestos por una serie de normas que regulan el proceso de diseño, implantación y certificación del Sistema de Gestión de la Calidad de la organización. El sistema de normalización más conocido es la familia de las normas ISO 9000. También existen otros modelos normativos relacionados con otro tipo de exigencias de acreditación, pero salen del alcance temático del documento.

Este apartado contiene una explicación de los apartados básicos de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) según el modelo normativo de la ISO 9001: 2008. Básicamente un SGC de este tipo permite tres cosas a la organización:

1. Lograr de forma coherente la satisfacción del usuario con los servicios que presta la organización.
2. Manifiestar la capacidad para demostrar la conformidad con los requisitos del cliente y de los reglamentos aplicables para mejorar continuamente el SGC.
3. Certificar aquellas organizaciones que buscan el reconocimiento del SGC, por una tercera parte; es decir, por un ente de certificación independiente, mediante un enfoque basado en procesos.

En la actualidad para la Certificación de un Sistema de Calidad se tiene la norma ISO 9001:2008 y se puede considerar como la de mayor aceptación internacionalmente.

La familia ISO 9000 constituye un conjunto coherente de normas y directrices sobre la Gestión de la Calidad que se han elaborado para asistir a las organizaciones, de todo tipo y tamaño, en la implementación y la operación de Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC) eficaces. Esta familia la forman:

La Norma ISO 9000: Sistemas de Gestión de la Calidad – Fundamentos y vocabulario.

**La Norma ISO 9001:** Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos.

**La Norma ISO 9004:** Sistemas de Gestión de la Calidad. Directrices para la Mejora Continua del Desempeño.

**La Norma ISO 19011:** Directrices para la Auditoría medioambiental y de la Calidad.

La Norma Internacional ISO 9001 especifica los requisitos para los SGC genéricos y aplicables a organizaciones de cualquier sector económico e industrial con independencia de la categoría del producto/servicio, que pueden ser especificados para los clientes, por la propia organización o por disposiciones reglamentarias.

ISO 9001 especifica los requisitos para un SGC eficaz en el cumplimiento de las especificaciones del cliente y es la base para que, en su caso, una tercera parte (ajena a la organización y al cliente) puede certificar que el SGC es conforme a los requisitos de dicha norma. En cambio ISO 9004 proporciona una orientación sobre un rango más amplio de objetivos de un SGC y no tiene por objeto ser utilizada con fines contractuales o de certificación, sino servir de guías para aquellas organizaciones que deseen ir más allá de los requisitos de ISO 9001, persiguiendo la mejora continua del desempeño y la eficiencia global de la organización.

### Principios de gestión de la calidad según la ISO 9000

La norma ISO 9000 al establecer los fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad, identifica una serie de principios para ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a las organizaciones a una mejora del desempeño. Estos principios son básicos para abordar las organizaciones y determinar en qué situación se encuentra en relación a la calidad de sus productos o servicios.

a) **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.

b) **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.

c) **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.

d) **Enfoque basado en procesos:** Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

e) **Enfoque de sistema para la gestión:** Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.

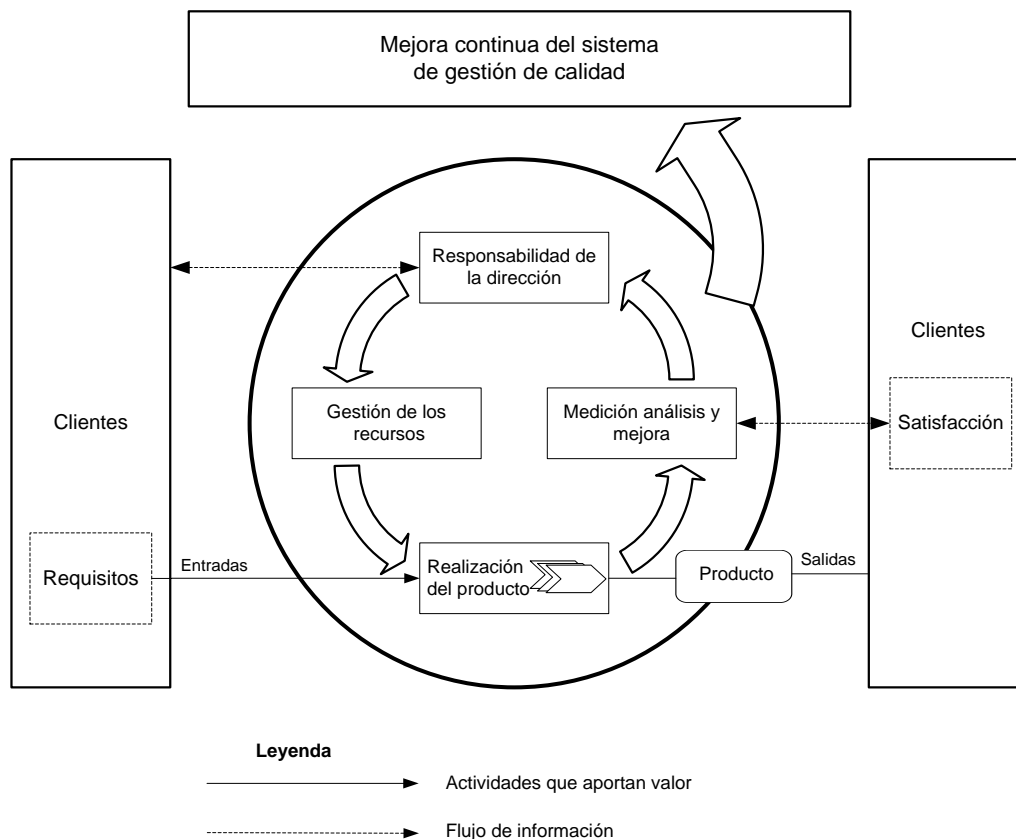
f) **Mejora continua:** La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.

g) **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

h) **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Los componentes principales de un Sistema de Gestión de Calidad basados en la norma ISO 9001: 2008 se pueden apreciar en el siguiente diagrama:

**Figura 1 Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos**



Fuente: ISO 9001: 2008



## **1.2 Sección 4 Sistema de Gestión de la Calidad**

### **Sección 4.1 Requisitos generales del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)**

El requisito básico para la gestión de la calidad es el principio fundamental llamado Enfoque Basado en procesos, que establece que un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

La organización debe establecer, documentar, implementar, mantener un SGC y mejorar continuamente su eficacia.

La adopción de un SGC debería ser una decisión estratégica de la organización y su diseño, documentación e implementación deberían responder a las características, objetivos y necesidades de dicha organización. Las etapas lógicas que esto supone incluyen:

1. Determinar las necesidades y expectativas de los clientes.
2. Establecer la política y objetivos de la calidad de la organización.
3. Determinar los procesos y las responsabilidades necesarias para el logro de los objetivos de la calidad.
4. Determinar y proporcionar los recursos necesarios para el logro de los objetivos de la calidad.
5. Establecer los métodos para medir la eficacia de cada proceso y aplicar las medidas correspondientes.
6. Determinar los medios para prevenir no conformidades y eliminar sus causas.
7. Establecer y aplicar un proceso para la mejora continua del SGC.

En relación a los procesos la organización debe:

- Identificar y concretar cómo se ordenan y se interrelacionan los procesos necesarios para el SGC.
- Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que la operación y el control de estos procesos sean eficaces.
- Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de los procesos.
- Realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos.
- Implementar las acciones necesarias para lograr los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

Para cumplir con estos requisitos, se deben incluir las actividades correspondientes en el SGC. Además, es recomendable que los procesos del SGC estén definidos documentalmente que permitan hacer su seguimiento y medición.

Pero la elaboración de la documentación no debe convertirse en un fin en sí mismo, sino que debería ser una actividad que aporte valor. El grado de detalle con que se describan los procesos debe estar relacionado con la complejidad y la estabilidad de los mismos. Las actividades sencillas quizás solo exijan una descripción somera. Los procesos complejos exigirán el nivel de detalle necesario para que el personal comprenda las actividades y tareas, así como sus interrelaciones, de forma que puedan cumplir eficazmente con sus cometidos.

Otro requisito importante es que cuando la organización contrate externamente (o subcontrate) cualquier proceso que afecte a la calidad de los servicios prestados, será necesario determinar cómo se ejercerá el control sobre esa actividad (la organización seguirá siendo responsable de garantizar que se suministre lo que su cliente le haya solicitado).

#### **Sección 4.2 Requisitos de la documentación**

La documentación del SGC debe incluir:

1. Las declaraciones documentadas de una política de la calidad y de los objetivos de la calidad.
2. Un Manual de la calidad

El Manual de la calidad ha de proporcionar información acerca del SGC de la organización y ha de especificar:

- El alcance del SGC (incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión).
- Los procedimientos documentados establecidos para el SGC (o referencia a los mismos).
- La descripción de la interacción entre los procesos del SGC de la organización.

Además, también puede incluir:

- Las actividades de la organización.
- Las características principales del SGC.
- La política de calidad y los objetivos a ella asociados.
- Declaraciones relativas a responsabilidad o autoridad.
- Una descripción de la organización (por ejemplo, un organigrama).
- Descripción de cómo funciona la documentación y dónde debe dirigirse el personal para encontrar los procedimientos acerca de cómo hacer las cosas.
- Una definición de los términos que tengan un significado singular para la organización.

El Manual de calidad puede utilizarse para facilitar una panorámica general o “mapa del SGC”. Su formato y la estructura son decisión de la organización y dependerán de su tamaño, cultura y complejidad. Además, algunas organizaciones pueden elegir utilizarlo para otros propósitos (por ejemplo, fines de capacitación o inducción). En definitiva, debería ser un verdadero documento de trabajo.

3. Los procedimientos documentados requeridos en la ISO 9001. Es decir:

1. Control de documentos.
2. Control de los registros de la calidad.
3. Auditoría interna.
4. Control del producto no conforme.
5. Acción correctiva.
6. Acción preventiva.

4. Los documentos que la organización necesite para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.

Para que una organización pueda demostrar la eficaz implantación de su SGC, posiblemente precise desarrollar otros documentos además de los procedimientos documentados. Hay varios requisitos de la norma ISO 9001:2008 en los cuales la organización necesita la preparación de documentos que la norma no requiere específicamente. Ejemplos de lo anterior podrían ser:

- Mapas de proceso, diagramas de proceso y/o descripciones de proceso.
- Organigramas.
- Instrucciones de trabajo.
- Documentos que contengan comunicaciones internas.
- Documentos que contengan la planificación del SGC.
- Programación de producción.
- Listas de proveedores aprobadas.
- Planes de calidad, etc.

5. Los registros requeridos por la ISO 9001.

Los registros pueden proporcionar información para dirigir a la organización de una forma eficaz. Es importante que en la organización no se acumulen montones de papeles que no sirvan para nada. Es preciso decidir qué registros son necesarios para la actividad de la organización así como conocer qué es lo que exige la norma. Los registros mínimos requeridos por la norma son los indicados en el cuadro adjunto.

<b>Registro requerido por la Norma ISO 9001: 2008</b>	
5.6.1	Revisión por la dirección
6.2.2 e)	Educación, formación, habilidades y experiencia
7.1 d)	Evidencia de que los procesos de realización y el producto resultante cumplen los requisitos
7.2.2	Resultados de la revisión de los requisitos relacionados con el producto y de las acciones originadas por la misma
7.3.2	Elementos de entrada para el diseño y desarrollo
7.3.4	Resultados de las revisiones del diseño y desarrollo y de cualquier acción necesaria
7.3.5	Resultados de la verificación del diseño y desarrollo y de cualquier acción que sea necesaria
7.3.6	Resultados de la validación del diseño y desarrollo y de cualquier acción que sea necesaria
7.3.7	Resultados de la revisión de los cambios del diseño y desarrollo y de cualquier acción necesaria
7.4.1	Resultados de las evaluaciones del proveedor y de cualquier acción necesaria que se derive de las mismas
7.5.2 d)	Según se requiera por las organizaciones, demostrar la validación de los procesos donde los productos resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores
7.5.3	Identificación única del producto, cuando la trazabilidad sea un requisito
7.5.4	Cualquier bien que sea propiedad del cliente que se pierda, deteriore o que, de algún otro modo, se considere inadecuado para su uso
7.6 a)	La base utilizada para la calibración o la verificación del equipo de medición cuando no existen patrones de medición nacionales o internacionales
7.6	Validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando se detecte que el equipo de medición no está conforme con los requisitos
7.6	Resultados de la calibración y la verificación del equipo de medición
8.2.2	Resultados de la auditoría interna y de las actividades de seguimiento
8.2.4	Identificación de la(s) persona(s) responsable(s) de la liberación del producto
8.3	Naturaleza de las no conformidades del producto y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido
8.5.2 e)	Resultados de la acción correctiva
8.5.3 d)	Resultados de la acción preventiva

**Tabla 1. Registros de la norma ISO 9001:2008**

Los requisitos para el control de los registros son diferentes de aquellos que existen para otros documentos, y todos los registros tienen que controlarse de acuerdo con el apartado 4.2.4 de la Norma ISO 9001:2008.

### **1.3 Sección 5: Responsabilidad de la dirección**

#### **Sección 5.1 Compromiso de la dirección**

A través del liderazgo y sus acciones, la Dirección de la organización debería crear un ambiente en el que el personal se encuentre completamente involucrado y en el cual un SGC pueda operar eficazmente. El papel de la alta dirección consiste en:

- Establecer y mantener una política de calidad y asegurarse que se definen los objetivos de calidad de la organización, medible y coherente con dicha política.
- Comunicar la política y los objetivos de calidad en el seno de la organización para aumentar la concienciación, la motivación y la participación del personal.
- Asegurarse de que la organización está plenamente orientada a satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios.
- Asegurarse de que se identifican y desarrollan todos los procesos necesarios para cumplir con estos requisitos y para alcanzar los objetivos de calidad definidos.
- Asegurarse de que se ha establecido, implantado y mantenido un SGC eficaz para alcanzar los objetivos de calidad definidos.
- Asegurarse de la disponibilidad de recursos necesarios.
- Revisar periódicamente el SGC.
- Decidir sobre las acciones en relación con la política y con los objetivos de calidad y sobre las acciones de mejora.

#### **Sección 5.2 Enfoque al cliente**

Para reforzar el compromiso de la organización con el cliente, la Dirección debe asegurarse de que los requisitos de éste han sido entendidos y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente.

Para hacerlo con éxito, debería procurar llegar a un acuerdo con su cliente acerca de qué servicios ha de suministrarle. Puede que esto no siempre sea posible, pero la organización debe tener claro que su razón de ser depende de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las actuales y futuras de ellos, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder las expectativas.

#### **Sección 5.3 Política de la Calidad**

La política de calidad es un elemento fundamental en un SGC y muestra el compromiso de la Dirección en implantar este sistema. El compromiso de la Dirección con la calidad debería describir su visión global de lo que la calidad significa para la organización y para sus clientes.

*La Dirección debe asegurarse de que la política de la calidad:*

*1. Es adecuada al propósito de la organización.*

La política de calidad no debería ser excesivamente genérica y debería estar armonizada con los intereses de la organización, con el resto de las políticas de la organización y con los servicios prestados.

*2. Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del SGC.*

El compromiso de la Dirección de la organización a favor de la calidad debería ser perceptible, activo y transmitido eficazmente. Por ejemplo, la exhibición pública de la política de calidad firmada por la Dirección es un método que puede utilizarse para demostrar dicho compromiso tanto a empleados como a clientes.

*3. Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.*

Sería conveniente que los objetivos de calidad definidos por la organización se fundamentas en los principios o compromisos recogidos en la política de calidad.

*4. Es comunicada y entendida dentro de la organización.*

Todos los empleados necesitan comprender la política de calidad, la forma como les afecta y su papel dentro del SGC corresponde a la Dirección de la organización decidir cómo se va a transmitir este mensaje.

*5. Es revisada para su continua adecuación.*

La política de la calidad también necesita ser revisada periódicamente, a fin de determinar si los objetivos siguen siendo los más apropiados para la organización. Esto debería llevarse a cabo en la revisión del sistema por la Dirección.

## **Sección 5.4 Planificación**

La planificación del SGC es la respuesta a medio y largo plazo a las directrices de la política de la calidad y a corto plazo a los objetivos de la calidad fijados. La organización debería considerar las siguientes actividades, según proceda, para el cumplimiento de la especificación de servicio para un determinado cliente o tipo de servicio:

- La preparación de planes de la calidad.
- La identificación y adquisición de aquellos recursos que puedan ser necesarios para lograr la calidad requerida por el cliente y/o fijada por la organización.
- La modificación parcial o total de los procesos del servicio, de la inspección, ensayo y de sus criterios.
- La identificación y preparación de los registros de la calidad complementarios cuando los actuales sean insuficientes o no adecuados.

#### 1.4 Sección 5.5 Responsabilidad, Autoridad y Comunicación

La Dirección debe asegurarse de que:

- Los objetivos de la calidad (incluyendo los necesarios para cumplir los requisitos del servicio) se establecen en las funciones y niveles pertinentes de la organización.
- Los objetivos de la calidad pueden ser medidos y son coherentes con la política de calidad y el compromiso de mejora continua.
- La planificación del SGC se realiza con el fin de cumplir los requisitos generales del SGC.
- Se mantiene la integridad del SGC cuando se planifican e implementan cambios en éste.

Como aspectos que deberían de satisfacerse los objetivos de calidad se pueden indicar:

- Deberían existir evidencias de un seguimiento periódico de la evolución de los objetivos, en intervalos inferiores a los plazos establecidos para la consecución de los mismos.
- Aún cuando la norma no pide objetivos explícitos de mejora, sí establece que tienen que ser coherentes con la política (y la política sí que habla de mejora).
- No sería aceptable la existencia de objetivos relacionados con el cumplimiento de requisitos de la norma. Sí es aceptable la existencia de “mejoras” sobre los requisitos.
- No es obligatorio establecer objetivos diferentes para cada año.
- Entre las características que deberían reunir los objetivos se incluirían:
  - Deben ser medibles, en el sentido de que debería poder evidenciarse de manera objetiva si se han alcanzado o no.
  - Debe presentarse una planificación documentada (a modo de metas, actuaciones, recursos, plazos, etc.) para la consecución de los objetivos establecidos.

#### Sección 5.6 Revisión por la dirección

Las revisiones del sistema son el mejor alimento para la mejora continua. Representan las oportunidades en las que la Dirección toma conciencia del nivel de calidad que proporciona y de la calidad que perciben los clientes.

También es la oportunidad de comprobar la eficiencia del sistema, entendiendo como tal el avance en tres frentes:

- Idoneidad: ¿sigue siendo acorde con su finalidad?
- Adecuación: ¿sigue siendo suficiente?
- Eficacia: ¿sigue logrando los resultados deseados?

Por ello, se aconseja que la revisión del sistema por la Dirección se aparte de los problemas puntuales globales para adoptar una perspectiva general del SGC. La Dirección tiene que analizar las tendencias importantes y decidir sobre ellas. Se aconseja

no perder el tiempo durante la revisión del SGC discutiendo una y otra vez sobre problemas relativamente insignificantes. La revisión del sistema será más útil si se analiza la evolución del sistema para obtener una visión general del conjunto clara, en vez de limitarse a revisar una lista de pequeños detalles.

A intervalos planificados, la Dirección debe revisar el SGC, para asegurarse de su conveniencia, adecuación eficacia y eficiencia continuas con respecto a los objetivos de la política de la calidad.

La información para la revisión debe incluir:

- Los resultados de auditorías.
- La retroalimentación del cliente,
- El funcionamiento de los procesos y conformidad del servicio.
- Estados de las acciones correctivas y preventivas.
- Acciones de seguimiento de anteriores revisiones por la Dirección.
- Cambios que podrían afectar al SGC.
- Recomendaciones para la mejora, etc.

Las **revisiones del sistema por la Dirección constituyen, en definitiva, el marco ideal para abrir acciones correctivas de cara a la mejora del servicio**. A la vista de la información presentada, se deben identificar y analizar las disfunciones y tendencias, establecer planes de acción y asignar responsables.

La revisión del sistema marca la pauta en cuanto a las necesidades de cambio y mejoras a promover (en la reunión se habrá examinado y valorado toda la información vertida por el SGC). Por ello es necesario que se redacte un documento en el que se presenten los avances o los retrocesos en todas las actividades que afectan a la calidad del servicio y, en consecuencia, se marquen las acciones a emprender con la finalidad de proporcionar un mejor servicio. El acta de revisión del sistema deberá hacerse llegar a los departamentos y personas adecuadas para que inicien las acciones oportunas.

## **1.5 Sección 6: Gestión de los Recursos**

### **Sección 6.1 Provisión de los recursos**

Para la consecución de los objetivos marcados por la organización es básica la implicación y buena voluntad del personal, pero también es necesario disponer de los medios adecuados que faciliten la realización del trabajo y el control del mismo.

Aquí la palabra *recurso* debe entenderse en un sentido amplio, lo que equivale a decir que los recursos pueden ser personas, infraestructura, ambiente de trabajo (orden y limpieza, seguridad), información (bases de datos), y socios de negocio, incluso recursos financieros.



## **Capacidad de las personas para realizar sus funciones**

En la mayoría de las ocasiones el personal que se incorpora a la organización no trae consigo las habilidades o los conocimientos suficientes requeridos pero son incorporados por los valores humanos que se supone que aportarán (y que son imposibles de adquirir mediante un proceso formativo: la disciplina, la dedicación, la seriedad, etc.). La organización debe establecer un plan que equipare la formación de los empleados con el perfil que se necesita para lograr los objetivos propuestos.

La organización debe:

1. *Determinar la competencia necesaria para el personal que ha de realizar los trabajos que afecten a la calidad del servicio.*
2. *Proporcionar formación o adoptar otras acciones para satisfacer dichas necesidades.*

Regularmente es necesario comparar la experiencia, capacitación y habilidades del Personal con las que la organización necesite para sus actividades actuales y previsibles. Con esta comparación de la competencia actual con la que se necesita, se detectarán vacíos que será necesario llenar mediante formación.

3. *Evaluar la eficacia de las acciones adoptadas.*

No basta con limitarse a impartir y registrar la formación sino que también hay que evaluarla. Es por ello que el proceso de formación debe dejar constancia documentada de la metodología y los criterios utilizados para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas así como de los resultados obtenidos.

En el caso de que los resultados obtenidos no cumplan con los objetivos de la formación, será necesario tomar acciones para resolver esta situación y de todo ello deberá dejarse constancia documental. Por este motivo se aconseja definir la finalidad y el objetivo de las acciones formativas a realizar para, una vez realizadas, poder comprobar si se han cumplido.

Se considera válida la evaluación de la eficacia de todas las acciones de formación que ha recibido una persona en un periodo determinado.

4. *Asegurarse de que su personal es consciente de la utilidad e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad.*

Se considera apropiado impartir una formación general, para incrementar la conciencia de calidad y motivar la puesta en práctica, y una formación específica para realizar las tareas asignadas.

5. *Mantener los registros apropiados sobre la educación, formación, habilidades y experiencia.*

Es necesario mantener registros que demuestren qué competencias y/o que formación tiene un empleado.

### **Sección 6.3 Infraestructura**

La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.

Forman parte de la **infraestructura** las instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de la organización. Esto incluye, cuando sea aplicable, edificios, espacios de trabajo, equipos para los procesos (tanto hardware como software) y servicios de apoyo.

### **Sección 6.4 Ambiente de trabajo**

La organización debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.

La creación de un ambiente de trabajo apropiado debe cubrir los siguientes aspectos:

- Un sistema de seguridad y de prevención de riesgos laborales.
- Un lugar de trabajo apropiado y un entorno de trabajo ergonómico.
- Baños, comedores, vestuarios, etc.
- Temperatura, grado de humedad, luminosidad, renovación de aire.
- Higiene colectiva, limpieza general, ruido, vibraciones y contaminación.
- El fomento de las relaciones humanas entre el personal.
- Metodologías de trabajo creativas y participativas.

## **1.6 Sección 7 Prestación del Servicio**

### **Sección 7.1 Planificación de la Prestación del Servicio**

Es aquí donde se enfatizan los requisitos de planificación. Se planifican los procesos, establecen los objetivos, se documentan y miden los resultados, y luego servirán como instrumento de mejora.

La realización del producto es el proceso efectivo de producción de su producto o suministro de su servicio. Estos procesos deben planificarse. Ésta es una de las cláusulas clave que llevará a la institución a un enfoque de los procesos.

### **Sección 7.2 Procesos Relacionados con el Cliente**

Esta parte puede resultarle más conocida con el nombre de “Revisión del Contrato”. Ahora se ha extendido a “Procesos relativos al cliente”. La norma pide determinar los requisitos del cliente. Es necesario determinar cuáles serán las necesidades del cliente con respecto a estas actividades.

Se deben determinar requisitos que el cliente no especifica pero que son necesarios para que pueda utilizar el producto. Cuando el cliente pide su producto o servicio, puede no conocer todos los detalles técnicos importantes para la correcta aplicación del producto.

Además será necesario determinar los requisitos de ley aplicables. Una vez más, se debe conocer el uso adecuado del producto/servicio. Si se pueden aplicar normas de ley, se tendrá que conocer los requisitos del cliente.

Comprenda las conexiones entre los procesos y el efecto que cada proceso ejerce sobre el resto.

### Sección 7.3 Diseño y Desarrollo

La calidad en el diseño es sumamente importante porque los defectos de diseño no se eliminarán en las etapas de la prestación del servicio. Es sumamente importante planificar el diseño, documentar los requisitos que debe cumplir el servicio. La etapa de diseño debe proveer información documentada.

Se debe Planificar y Controlar el diseño y desarrollo del Producto.

**Plan de Diseño:** Es necesario preparar planes por escrito para las actividades de diseño, definiendo las responsabilidades organizativas y técnicas de las personas encargadas del mismo.

Deben determinarse los **Elementos de Entrada** relacionados con los Requisitos del Producto.

**Requisitos y Especificaciones de Entrada:** se deben describir las características y propiedades del servicio que se está diseñando, e identificar los requisitos de funcionamiento, mantenimiento y seguridad que debe cumplir el servicio.

**Datos finales del Diseño:** Una vez terminado el diseño del producto, es necesario determinar y documentar los datos finales del mismo, establecer criterios de aceptación e identificar las características críticas para el buen funcionamiento del mismo, incluyendo requisitos de Seguridad. Los **Resultados del Diseño y Desarrollo** se deben proporcionar de tal manera que permitan la Verificación respecto a los elementos de Entrada.

También se deben realizar **Revisiones Sistemáticas del Diseño y Desarrollo**, a fin de evaluar la capacidad de los resultados para cumplir con los requisitos, identificar cualquier problema y proponer las acciones necesarias. Se deben mantener registros de los resultados de las revisiones y de cualquier acción necesaria.

**Verificación del Diseño:** Se deben efectuar pruebas de acuerdo a lo planificado para asegurarse de que los Resultados del Diseño y Desarrollo cumplen con los elementos de Entrada del diseño y desarrollo, y registrar los resultados.

**Validación del Diseño:** Se deben realizar pruebas de acuerdo a lo planificado para asegurarse de que el producto resultante satisface los requisitos para *su uso previsto*, y registrar los resultados.

**Modificaciones del Diseño:** Los *Cambios* en el diseño y desarrollo deben identificarse y registrarse. Además, estos cambios deben verificarse, revisarse y validarse, si es apropiado, y deben aprobarse antes de su implementación.

## Sección 7.4 Compras

Se debe asegurar a través del **Proceso de Compra** de que los productos adquiridos cumplen los requisitos de compra especificados. Se debe realizar una permanente Evaluación y selección de los proveedores de acuerdo a su capacidad para suministrar productos que cumplen con los requisitos. Se deben mantener registros de la calidad de los proveedores aceptados. Las compras deben estar acompañadas de **documentación que describa el producto, y aporte datos sobre tipo, grado, especificaciones, instrucciones de inspección y otros datos técnicos pertinentes**. La Documentación sobre el producto comprado debe *revisarse y aprobarse* antes del envío del mismo:

La **Información de las Compras** debe describir al Producto a comprar:

Se debe asegurar de que los **requisitos de Compra** son adecuados antes de comunicárselos al proveedor.

Se debe establecer mecanismos de inspección para asegurarse de que el producto comprado cumple con los **Requisitos de Compra especificados**.

## Sección 7.5 Producción y Prestación del Servicio

Se divide en los siguientes apartados:

- 1- Control de la producción y de la prestación del servicio.
- 2- Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio.
- 3- Identificación y trazabilidad.
- 4- Propiedad del cliente.
- 5- Preservación del producto.

### 1- Control de producción y de la prestación del servicio

La Norma establece que la organización debe planificar y llevar a cabo la producción o la prestación de servicio “bajo condiciones controladas”, estas condiciones son los requisitos que la organización debe cumplir.

El término control no hace referencia únicamente a la implantación de puntos de verificación en cada etapa. La palabra control o las “condiciones controladas” hacen referencia a la creación de una dinámica de trabajo llevada a cabo por unas personas formadas que disponen de los medios necesarios para hacer algo. En esta dinámica de trabajo se puede vender con tranquilidad un producto (o un servicio) porque se asegura que va a salir bien. Para crear esta dinámica de trabajo se ha de fundamentar en los siguientes requisitos:

**Disponibilidad de información sobre el producto:** no se puede hacer correctamente algo si no se ha comunicado que se debe hacer a las personas que lo han de hacer. Por ello ISO 9001:2008 exige que las personas que han de hacer el producto dispongan de información sobre lo que se ha de hacer.

**Disponibilidad de instrucciones de trabajo:** la Norma indica que, “cuando sea necesario”, se debe poner a disposición del personal productivo instrucciones de trabajo que expliquen cómo se deben hacer las cosas.

**Uso del equipo apropiado:** difícilmente se puede controlar la ejecución de una tarea si las herramientas, la maquinaria, los útiles, u otros medios productivos no están en perfectas condiciones para su uso o no disponemos del ellos. Para asegurar este extremo han debido ejecutarse actividades de gestión de la infraestructura que la Norma aborda en el capítulo 6, no obstante, dada su importancia se vuelve a hacer hincapié en ello en este apartado.

**Disponibilidad y uso de dispositivos de seguimiento y medición:** La única forma de asegurar que las condiciones de realización del producto están controladas es proporcionar los medios técnicos para que dichas verificaciones se puedan efectuar. No sólo es necesario proporcionar los equipos, sino además asegurarse de que su estado de calibración está dentro del rango aceptable para el uso que se da al equipo.

**Implementación del seguimiento y la medición:** este requisito es la continuación lógica del anterior, y juntos constituyen la acción más literal de la palabra “control”. No obstante, este control no se refiere exclusivamente al ejercido por unas personas (“los verificadores”) sobre el trabajo de otras.

**Implementación de actividades de liberación, entrega, y posteriores a la entrega:** la última oportunidad para asegurarse de que el producto que se proporciona al cliente cumple los requisitos es cuando se libere el producto. Liberar el producto significa dar por acabada su realización. Las actividades de liberación aportan tranquilidad porque pueden identificar potencialmente cualquier error, pero no libran a la empresa de incurrir en retrasos de entrega. Sin embargo, siempre es mejor identificar que algo no está bien antes de que sea el cliente quien nos lo haga notar.

### **Identificación y trazabilidad**

La Norma dedica a este punto 3 frases:

1ª Frase->*Cuando sea apropiado, la organización debe identificar el producto por medios adecuados, a través de toda la realización del producto.*

2ª Frase->*La organización debe identificar el estado del producto con respecto a los requisitos de seguimiento y medición.*

3ra Frase->*Cuando la trazabilidad sea un requisito, la organización debe controlar y registrar la identificación única del producto.*

Inicialmente se dice que, “cuando sea apropiado”, debemos identificar el producto. Y cabe entender que se refiere tanto a nuestros subproductos, como a los productos que compramos a proveedores.

En la segunda frase dice que, además de la identificación anterior, se debe ser capaz de saber si un producto ha sido verificado o no. Es decir, del total de controles que debe superar un producto, debemos poder decir si un producto ha superado ya determinado control o no.

La tercera frase establece un requisito que no es de obligado cumplimiento en todos los casos: la trazabilidad. La trazabilidad por producto implica identificar cada producto individualmente, aunque forme parte de un lote.

### **Propiedad del cliente**

*La organización debe cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo el control de la organización o estén siendo utilizados por la misma. La organización debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto. Cualquier bien que sea propiedad del cliente que se pierda, deteriore o que de algún modo se considere inadecuado para su uso debe ser registrado y comunicado al cliente.*

Otro aspecto a mencionar es el de la protección, tema tratado en el siguiente apartado, pero que en este caso se debe extender a cualquier elemento del cliente, sea una máquina, un útil, material, documentación etc.

Muchos de los problemas de falta de calidad percibidos por los clientes de un servicio tienen relación con las escasas medidas de protección que la empresa adopta para no dañar las cosas del cliente.

### **Preservación del producto**

Se requiere que se trate bien el producto durante su realización hasta que el momento mismo de la entrega al cliente, a él y a sus partes constituyentes.

### **1.7 Sección 8: Medición Análisis y Mejora**

La utilización premeditada de 3 palabras para referirse al título hace referencia a que el capítulo se divide en 3 categorías de procesos: procesos de medición, procesos de análisis, y procesos de mejora.

Después la arquitectura del capítulo se encuentra 5 sub-apartados:

- Generalidades.
- Seguimiento y medición.
- Control del producto no conforme.
- Análisis de datos.
- Mejora.

## Sección 8.1: Generalidades

La organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:

**a) Demostrar la conformidad del producto.**

**b) Asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad.**

Todo lo que se haga gira alrededor de estos dos literales de la Norma ISO 9001:2008, los datos que se deben de obtener para la medición del sistema deben de mostrar cómo se está cumpliendo con los requisitos del producto y también si se están cumpliendo los procedimientos tal y como se han establecido, y si no fuera así se debe de corregir para que la situación mejore, lo que nos lleva al siguiente literal de la norma.

**c) Mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.**

Es de aclarar que la mejora continúa no solo se efectúa cuando el Sistema no está trabajando en base a lo planificado sino que también cuando las expectativas van siendo cumplidas, en ese momento también de ver que más se puede mejorar para que la eficacia siga adelante.

Es decir, la organización debe planificar e implementar la secuencia anterior con 3 finalidades: saber que el producto es bueno, estar seguros de que se trabaja de acuerdo con el modelo ISO 9001:2008, y mejorar continuamente el sistema de gestión.

### **Satisfacción del cliente**

*Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos*

Así mismo la norma también amplía, con sus notas que se debe de tomar en cuenta que las quejas que los clientes realizan son una forma de medir la satisfacción del cliente, pero es de considerar que si no se tiene quejas, tampoco quiere decir que hay una elevada satisfacción del cliente. Así también si en ciertas ocasiones los requisitos son pactados con los clientes y estos son llevados a cabo tal cual, tampoco quiere decir que existe un alto nivel de satisfacción.

Conocer el nivel de satisfacción del cliente es primordial dentro del sistema, este puede ser llevado mediante encuestas, frecuencia de quejas, reclamos de garantía, etc. Es importante también que se deba de dar seguimiento a las acciones que se tomen en cualquiera de los casos.

## Sección 8.2: Seguimiento y Medición

La auditoría interna es un requisito previo al seguimiento y medición todo un proceso en el cual se tiene que tomar en cuenta algunos elementos muy importantes como son la realización de una planificación de auditoría, un equipo de auditores, la gestión de recursos para las auditorías, estos son los elementos más importantes para llevar a cabo las auditorías. Para realizar las auditorías se debe de tomar en cuenta que el personal a

realizarlas debe ser previamente preparado, se debe de conocer la información proporcionada por auditorías previas (si las hay), las auditorías deben de efectuarse periódicamente.

El punto que continúa es el de **Seguimiento y medición de los procesos**, la organización debe de elaborar una metodología que permita dar un seguimiento al comportamiento de los diferentes procesos que intervienen en la transformación del bien y/o servicio. La organización debe de elaborar y desarrollar los procedimientos y el personal capacitado para poder desarrollar el seguimiento de cada proceso de la misma, así como también se debe realizar los planes para corregir la situación cuando lo planificado no se obtenga, y obviamente, es necesario realizar acciones preventivas que permitan a la organización desarrollar sus actividades plenamente.

Cada proceso puede generar datos, y estos datos pueden llegar a ser medibles, y al ser medibles se les puede dar seguimiento. Es de entender que cada proceso tiene un objetivo y por ende posee una meta, es necesario identificar cada objetivo del proceso y expresarlo en su respectivo procedimiento. El poseer un objetivo da una meta que se debe de alcanzar y esa meta debe de poder ser cuantificada, lo que permitirá evaluar los resultados que se obtenga periódicamente. La meta cuantificada será el parámetro de comparación para evaluar la situación en el momento que se tome la medición, en base a los resultados que se obtenga se puede obtener que tan eficaz y/o eficiente es el tal proceso, lo que permitirá estar controlando el desarrollo del mismo. Es importante que se lleve un registro de todas las mediciones que se obtenga de cada uno de los procesos a lo que se les debe de dar seguimiento, esto ayudara a corregir lo que se esté haciendo mal en dado caso no se obtengan los resultados requeridos.

El siguiente punto de este apartado es el **seguimiento y medición del producto**, lo que indica es este punto es que el producto así como los procesos, también tiene que llevar un control. Para conseguir un buen control del producto es necesario que exista un detalle explícito de los requisitos de cada bien y/o servicio que sea realizado, y al igual que en los procesos estos deben de ser cuantificables para realizar la respectiva medición.

**Procesos de medición:** Seguimiento y medición (satisfacción del cliente, auditorías internas, y seguimiento y medición de procesos y productos).

**Procesos de análisis:** Análisis de datos.

**Procesos de mejora:** Mejora (acciones correctivas, preventivas y de mejora).

### Sección 8.3 Control del Producto No conforme

El apartado *Control del producto no conforme* contiene las siguientes etapas:

1º La organización captura y registra información sobre cómo se han hecho las cosas.

2º A continuación analiza dicha información para averiguar las causas y su relación con los efectos.



3º Finalmente implementa acciones para mejorar su capacidad de obtener mejores resultados la próxima vez.

En un sistema de gestión de calidad es muy usual el término de no conformidad, que da la connotación de que un producto no está conforme a los requisitos previos. Es de tener en cuenta que cada proceso que se realiza dentro de la organización da como resultado un bien y/o servicio para otro proceso dentro de la organización y que termina desencadenándose en la entrega del producto al cliente. Por lo tanto cual incumplimiento a los requisitos que el proceso tenga se convierte en una no conformidad.

Una no conformidad es el incumplimiento a un requisito, ahora bien todas estas no conformidades debe de ser registradas, es importante que se tengan un procedimiento propio para el manejo de las no conformidades ya que al detectar una, también se le debe de dar iniciar una acción correctiva para que no vuelva a ocurrir, y si en dado caso la no conformidad ha sido aceptada por el cliente también se debe de registrar que tal conformidad ha sido aceptada y bajo qué condiciones.

El fin de identificar el producto no conforme es para llevar a cabo las acciones que permitan que no se vuelva a dar una situación similar, determinar quiénes serán los responsables tanto de la no conformidad como de quienes llevaran a cabo las acciones correctivas, quien dará el seguimiento para que las acciones se hayan efectuado y sobre todo quien llevar el registro de todo. Lo importante es que el cliente tenga una buena impresión de la organización.

#### **Sección 8.4 Análisis de datos**

Hasta el momento, en todo lo apartados anteriores que se han desarrollado, se han identificado una variedad de datos que se obtendrán dentro del sistema de gestión de calidad, se ha visto que se obtengan datos correspondientes a las expectativas de los clientes y sus niveles de satisfacción, también se obtendrán datos sobre la efectividad de los procesos, así como de los requisitos del producto, las no conformidades y no hay que descartar los datos que se obtengan de las auditorías internas.

Es de recordar también que el análisis de datos que se realice en todas las áreas ya descritas va enfocado en la satisfacción del cliente, a través del cumplimiento de los requisitos, la efectividad de los productos, etc. El análisis debe de abarcar desde los proveedores hasta como el cliente se siente con el producto entregado.

#### **Sección 8.5 Mejora**

La mejora continua tiene que verse como cualquier acción que permite mejorar el desempeño de las labores, las auditorías, las revisiones de la dirección, el seguimiento de los procesos, etc. No son más que herramientas para realizar mejoras, obviamente del análisis de estos resultados se toman las decisiones para las acciones correctivas necesarias para solventar las problemáticas.

Para que un sistema de gestión de calidad pueda desarrollarse y trabajar de forma óptima, es necesario que exista una metodología precisa para realizar mediciones, controles y seguimiento de cada punto necesario para la satisfacción del cliente.

Las mediciones que se realicen al sistema deben de incorporar tanto a los proveedores, como a los procesos que trabajan en la transformación del producto, así como también medir la satisfacción del cliente, además de conocer las expectativas de los mismos. Es de considerar también la realización de auditorías internas periódicamente que permitan evaluar la situación de la organización.

Todo el proceso de medición y seguimiento del sistema de gestión de calidad, desemboca en la mejora continua, ya que todo sistema de gestión de calidad va ligado a una cultura de mejora continua, para superar los estándares y las expectativas de los clientes.

### ***1.8 El proceso de implantación y certificación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)***

La implantación del SGC acorde con la norma ISO 9001:2008 precisa de un proceso organizado y cuidadosamente planificado, que consta de una serie de fases en cada una de las cuales hay que realizar ciertas actividades clave para llevar el proyecto al éxito. Sintéticamente, dichas etapas son las siguientes:

#### **1- Decisión y compromiso de la dirección**

El paso inicial en el proceso de implantación de un SGC ha de ser una **decisión firme de la dirección general** basada en el análisis de los retos a que la empresa se enfrenta y la necesidad de introducir tal innovación en la estructura de gobierno de las actividades organizativas, así como de las ventajas, inconvenientes, costes, problemas a superar y requerimientos a cumplir.

#### **2- Planificación y organización del proyecto**

Una vez la dirección ha asumido su compromiso, procede establecer las bases de planificación y organización del proyecto de implantación del SGC. Las actividades a superar en este aspecto son sustancialmente tres:

- Creación del equipo del proyecto.
- Nombramiento del responsable de conducir el proyecto de implantación, que suele ser el director del equipo y un miembro de la alta dirección.
- Elaboración del plan de implantación, con su correspondiente planificación y presupuestación.

#### **3- Autodiagnóstico preliminar**

Su propósito principal es estudiar la situación actual y compararla con el escenario deseado tras la introducción del modelo de SGC escogido, para apuntar las deficiencias existentes y crear la base del plan de implantación. Con este fin, se debe acceder a la máxima información objetiva factible depositada en documentos y bases de datos, así como a entrevistas y encuestas al personal apropiado.

#### **4- Información, sensibilización y formación**

La implantación de un nuevo sistema de gestión, especialmente en un área sensible como la calidad, tiene como base crítica para su éxito la participación activa y constructiva del personal. Los instrumentos a emplear para fomentar la participación de los miembros de la organización incluyen la información completa y actualizada sobre el proyecto de implantación del SGC, sus repercusiones organizativas y en cada puesto de trabajo, la concienciación del papel clave de cada empleado en el proceso, y la dotación a las personas de las competencias que necesitarán para desempeñar sus funciones y responsabilidades de manera acorde a la organización del trabajo que el nuevo sistema impulsará.

#### **5- Confección de la documentación**

La creación de la base documental del sistema constituye una pieza nuclear de las normas ISO 9000, al tiempo que es una de sus tareas más arduas.

#### **6- Implantación del Sistema de Gestión de la Calidad**

La gradualidad de la implantación es muy recomendable, para facilitar la absorción por las personas del cambio de modelo organizativo, así como para ir testando las decisiones y la idoneidad del diseño de los procedimientos junto con la detección de las primeras no conformidades.

#### **7- Seguimiento y mejora del sistema**

A partir de una cierta fecha del inicio de la implantación de un procedimiento, el equipo del proyecto debe efectuar una evaluación de su eficacia a partir de la información recogida en el documento oportuno y con los datos almacenados en los registros, a modo de pre-auditorías. Esta revisión ha de devengar en acciones correctivas y preventivas de no conformidades que permitan caminar paulatinamente hacia la optimización del sistema.

#### **8- Proceso de certificación**

Es menester aclarar que no se trata de una actividad obligatoria siempre, y que por consiguiente es incorrecto identificar el proceso de implantación del modelo ISO 9001:2008 y el proceso de certificación. La certificación no es un requisito de esta norma. Una organización puede implantar un SGC acorde con la norma sin necesidad de proceder a su certificación, si no existe presión legal o de mercado que lo exija o la dirección tiene la seguridad de que tal aval externo no va a conceder ninguna ventaja.

La certificación consiste en la emisión por un organismo acreditado de un documento que atestigua la conformidad del SGC de una organización con cierta norma de referencia. Esta certificación puede ir referida a la totalidad de la organización, o a una serie concreta de sus actividades.

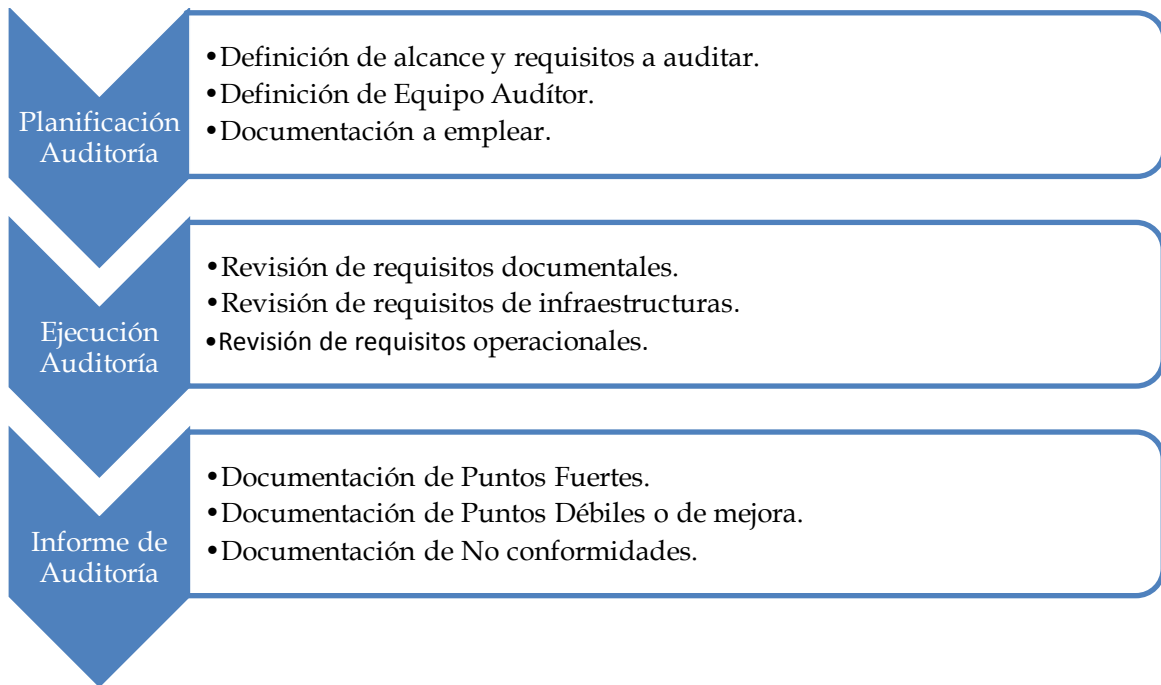
## Auditoría

La **auditoría interna** es un proceso mediante el cual se conoce en qué medida se cumplen los **requisitos** de la misma. En el entorno de **ISO 9001:2008** existen tres tipos de requisitos a tener en cuenta: **legales**, propios de la **norma ISO 9001:2008** y los definidos en la documentación del **sistema** de gestión de la calidad.

**Elección de equipo auditor.** La empresa debe definir en su procedimiento el perfil y la capacitación (formación y experiencia) requerida para la realización de las auditorías internas.

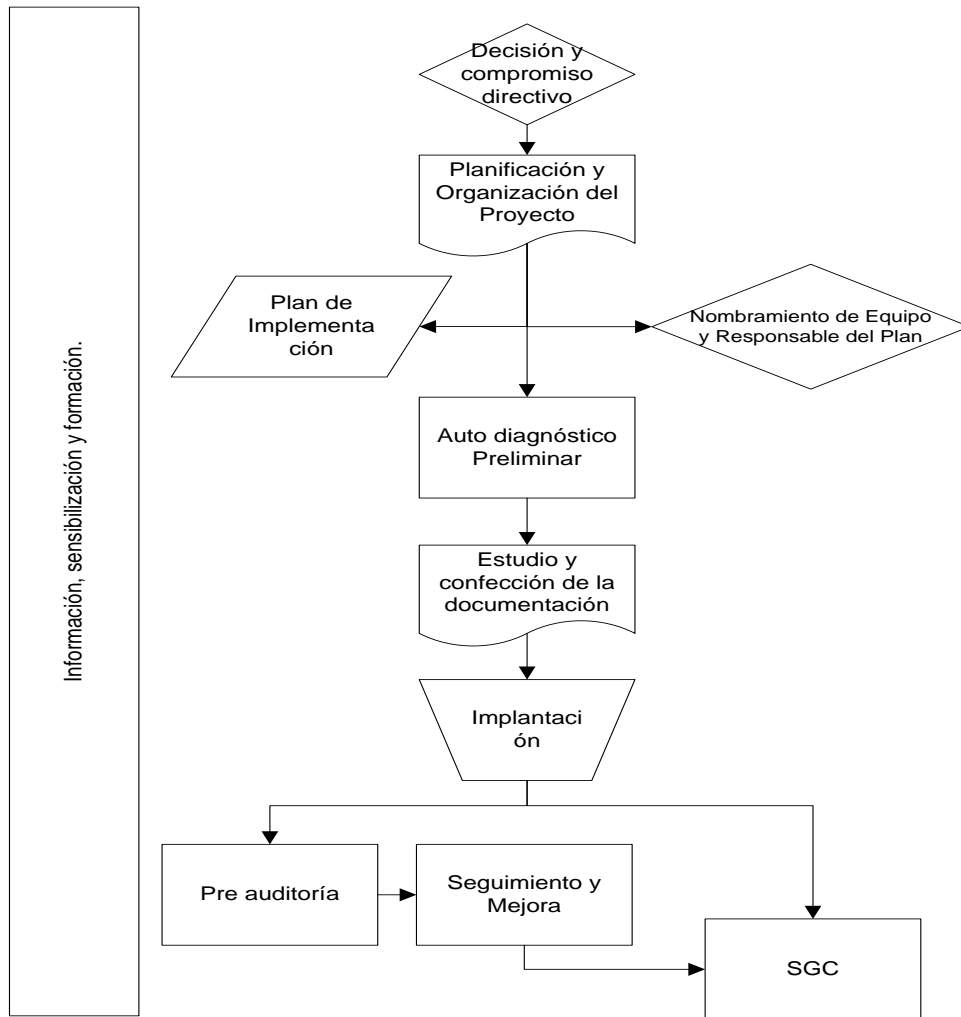
Una auditoría interna debe ser:

- **Un proceso sistemático:** debe existir una metodología definida (procedimiento) que facilite su realización y permita la comparación de resultados de distintas auditorías.
- **Un proceso independiente:** el auditor debe ser objetivo e imparcial, careciendo de intereses y participación en las áreas auditadas.
- **Un proceso documentado:** se debe disponer de los registros asociados a los hallazgos y áreas verificadas durante la auditoría.
- **Un proceso muestra:** es necesaria la revisión de un número significativo (no todos) de registros de cada una de las tareas a auditar.



A continuación se da a conocer un esquema que resume lo descrito anteriormente sobre la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad:

**Figura 2 Implementación de un sistema de gestión de la calidad.**



Fuente: Elaboración Propia

## 2. MARCO LEGAL

### 2.1 La Calidad en la Gestión Pública

La calidad en la gestión pública está enmarcada a nivel regional a través de compromisos o pronunciamientos internacionales adquiridos por el Estado de El Salvador y a nivel local mediante decretos particulares que buscan fomentar la mejora de la calidad en los sectores públicos y privados.

#### 2.1.1 Plan Quinquenal<sup>1</sup> de Desarrollo 2010-2014

El Plan Quinquenal de Desarrollo está estructurado alrededor de dos objetivos estratégicos: a) sentar las bases para instaurar un nuevo modelo de crecimiento y de desarrollo integral, que sea a la vez sustentable e inclusivo y b) profundizar y consolidar la democracia.

- **Principales Apuestas Estratégicas para el 2024**

**Constituir un sector público responsable, eficiente, eficaz, moderno, desconcentrado y descentralizado que brinde a la población servicios de calidad, que disponga de los recursos suficientes para cumplir de forma adecuada con las atribuciones que le asigna la Constitución de la República.** Para dar pasos definitivos en esta dirección el gobierno de la república se compromete a formular e impulsar una reforma del sector público, que incluirá la descentralización y desconcentración de los servicios que presta el Gobierno y la creación de mecanismos institucionales que aseguren transparencia en la gestión pública. Además, adquiere el compromiso de favorecer un proceso de movilización de recursos externos e internos destinados a fortalecer las finanzas del Estado.

#### 2.1.2 Política nacional de gobernabilidad y modernización del Estado

Los principios sobre los que se construirá la política de gobernabilidad y de modernización del Estado son los siguientes: a) diálogo y concertación permanente; b) participación ciudadana; c) igualdad de todos los ciudadanos y las ciudadanas; d) mérito y flexibilidad y e) *eficacia, efectividad y eficiencia*.

Las principales líneas estratégicas que se han definido son las siguientes: a) prevención de las crisis y manejo de conflictos a través del diálogo y la búsqueda de acuerdos, b) *promoción de una gestión de calidad y perfeccionamiento continuo de la administración pública*, c) mejora en la profesionalización y en las condiciones de trabajo de los servidores públicos y d) propiciar los derechos humanos, la ciudadanía responsable y la participación social en democracia.

---

<sup>1</sup> Fuente: [www.presidencia.gob.sv](http://www.presidencia.gob.sv)

**Con relación a la promoción de la gestión de calidad y al perfeccionamiento continuo en la administración pública las acciones principales son:** a) adecuar las estructuras orgánicas para evitar la duplicidad de actividades, facilitar la cooperación interinstitucional y estimular la obtención de resultados; b) analizar y proponer la adecuación de los marcos normativos para cumplir con los objetivos de las políticas públicas; c) involucrar a todo el personal en la adopción y fomento de una cultura de calidad y de perfeccionamiento continuo; d) establecer cartas de compromisos con la ciudadanía en los trámites y servicios de mayor impacto; e) implementar un sistema de evaluación de la calidad de la gestión pública para identificar áreas que deben ser mejoradas y f) instaurar el premio nacional a la calidad.

- **La política social estratégica: Salud**

El Sistema de Protección Social Universal será complementado con la aplicación de políticas sociales estratégicas que tienen como finalidad principal ampliar la cobertura de los servicios sociales básicos y *mejorar su calidad*, contribuyendo de esta manera a elevar la calidad de vida de la población salvadoreña.

**La nueva política de salud:** hacia la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud.

Este proponía diseñar y construir un Sistema Nacional Integrado de Salud<sup>2</sup> que permitiera a todos los habitantes del país acceder de manera oportuna a servicios de salud equitativos, universales y de *alta calidad*.

Al final del quinquenio la meta principal del Sistema Nacional Integrado de Salud ***es que se reduzcan las tasas de mortalidad infantil, de mortalidad en menores de cinco años, de mortalidad materna y de mortalidad por lesiones de causa externa*** (sobre todo cuando las muertes ocurren por la falta de una respuesta oportuna a una enfermedad, a un accidente o a un hecho de violencia).

---

<sup>2</sup> Se define como una alianza estratégica, funcional y regional materializada en un acuerdo interinstitucional que incluye a la sociedad civil, al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y a otros prestadores y financiadores públicos de servicios de salud.

### 2.1.3 Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública

Para efectos de dar a las personas una atención de calidad en el sector público, se tiene en El Salvador como marco regional reconocido en su legislación la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública.

Esta establece los objetivos, principios, deberes y derechos de los ciudadanos para acceder a una gestión pública de calidad, adoptados en la XVII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y Gobierno en San Salvador, El Salvador, del 29 al 31 de Octubre del 2008, mediante la resolución N° 25 del “Plan de Acción de San Salvador”.

La Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública persigue los **objetivos** siguientes:

- Promover un enfoque común en Iberoamérica sobre la calidad y la excelencia en la gestión pública, que integre las distintas perspectivas políticas y técnicas que se encuentran presentes en los diversos niveles y sectores de las Administraciones Públicas de la región.
- Conformar un cuerpo de principios y orientaciones que sirvan de referencia a las diferentes Administraciones Públicas de los Estados Iberoamericanos en la formación de políticas, planes, modelos y mecanismos que permitan la mejora continua de la calidad de su gestión pública.
- Proponer la adopción de instrumentos que incentiven la mejora de la calidad en la gestión pública, que sean flexibles y adaptables a los diferentes entornos de las Administraciones Públicas Iberoamericanas y a sus diversas formas organizativas.
- Servir como guía para el diseño, regulación, implementación, desarrollo, mejora y consolidación de planes de calidad y excelencia en la gestión pública, que le permitan a las diferentes administraciones públicas de los Estados Iberoamericanos potenciar sus capacidades y utilizar plenamente para acometer los retos y desafíos del desarrollo integral de sus respectivas sociedades y el lograr el bienestar de sus ciudadanos.

La Carta establece que la calidad en la gestión pública constituye una cultura transformadora que impulsa a la Administración Pública a su mejora permanente para satisfacer cabalmente las necesidades y expectativas de la ciudadanía con justicia, equidad, objetividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos.

Considerando que la Administración Pública debe responder a las necesidades de los ciudadanos. La orientación a la calidad en la gestión pública supone la creación de valor público, por lo que tiene que responder al principio de gestión para resultados.

Además; la mejora de la normatividad persigue el establecimiento de un marco normativo sencillo que facilite la eficacia, eficiencia, agilidad y adaptabilidad de los procesos y procedimientos, y, por ende, la mejora en la prestación del servicio a los ciudadanos, así como la productividad nacional. Y será tarea permanente de los órganos y entes de las Administraciones Públicas iberoamericanas la mejora de la calidad en la elaboración de



normas y el análisis de impacto normativo, la agilización y la simplificación de los trámites administrativos, siempre de conformidad con el interés general.

*Agrega que la adopción de sistemas de gestión normalizados facilita el desarrollo de un proceso de evaluación y mejora continua.* En dicho sentido, se recomienda la adopción de modelos que contemplen la gestión integrada de la calidad, el medio ambiente y la salud y seguridad laboral. Añade que: La certificación externa de los servicios públicos, puede prestigiarlos ante la sociedad.

Por lo mencionado anteriormente la Gestión de la Calidad en el sector público está enmarcada tanto a nivel internacional como nacional pero sin perder de vista el marco Regional. Por lo que los sistemas de gestión a implementar en el sector público deben ir orientados a dar cumplimiento a los principios o lineamientos básicos establecidos en la normativa legal.

#### **2.1.4 Decreto Ejecutivo No. 134**

La gestión de la calidad en el sector público comienza a tomar énfasis en El Salvador, desde que se publicó en el Diario Oficial, el 13 de Diciembre del 2010 el Decreto N°. 134 donde se crea el “PREMIO SALVADOREÑO A LA CALIDAD” Y EL “RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRACTICAS”; este premio reconoce las mejores prácticas tanto en el sector público como privado.

Dentro de este decreto se establece en su Art. 6 que “las instituciones del Órgano Ejecutivo procurarán la implementación de modelos de gestión de calidad, así como la adopción de un enfoque basado en procesos, de acuerdo a lineamientos emitidos por la Presidencia de la República, a través de la Secretaria para Asuntos Estratégicos”.

Por otra parte en el Art. 7 establece que “ Las instituciones del Órgano Ejecutivo procurarán autoevaluarse anualmente, independientemente de su postulación al Premio Salvadoreño a la Calidad y al Reconocimiento de las Mejores Prácticas, con el fin de proporcionar sostenibilidad a las actividades encaminadas a una gestión de excelencia “.

Este decreto por otro lado considera “que la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública, originada por el Consejo Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, CLAD, promueve un enfoque común sobre la calidad y la excelencia en la gestión pública. Asimismo, propone la adopción de instrumentos que incentiven a la mejora de la calidad en la gestión pública que sean flexibles y adaptables a los diferentes entornos competitivos”.

### 2.1.5 Decreto Legislativo No. 790

El viernes 26 de Agosto de 2011 se publica en el Diario Oficial el Decreto No. 790 con la Ley de Creación del Sistema Salvadoreño para la Calidad, en esta ley se pretende integrar la infraestructura nacional de la calidad, encargada de desarrollar, fortalecer y facilitar la cultura de la calidad en los sectores productivos del país.

Entre las finalidades establecidas para este Sistema (Art. 3), que para fines del estudio se pueden destacar de la ley, son:

- Proteger y mejorar la vida, el bienestar social y el medio ambiente.
- Desarrollar una cultura de calidad en las actividades de producciones de bienes y prestación de servicios, así como su mejora continua y promoción de la innovación.

Por otra parte es de destacar que la ley se aplica a personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, que participen directa o indirectamente en la producción o comercialización de bienes y servicios, así como en actividades de normalización, reglamentación técnica, acreditación, metrología y evaluación de la conformidad.

#### **El Sistema Salvadoreño para la calidad está integrado básicamente por:**

- a) Consejo Nacional de Calidad (CNC)
- b) Entes rectores de Normalización, Reglamentación Técnica, Acreditación y Metrología.
- c) Las entidades públicas y privadas, acreditadas y otras que funcionen con autorización del Estado, que desarrollen actividades relacionadas con normalización, reglamentación técnica, acreditación, metrología, certificación, inspección, vigilancia, pruebas o ensayo.
- d) La Oficina Administrativa del Sistema Salvadoreño para la Calidad.

El CNC, es institución creada con derecho propio, personería jurídica y patrimonio propio de carácter técnico, con autonomía financiera y administrativa. Este Consejo se relaciona con el Órgano Ejecutivo a través del Ministerio de Economía.

Lo anterior con el fin de destacar que entre los miembros del CNC se encuentra el Ministro o Ministra de Salud Pública o el Viceministro o Viceministra delegado, por lo que el marco de la Ley de la Calidad influye directa o indirectamente en las políticas de salud.

## **2.2 Calidad en la gestión Hospitalaria en El Salvador**

La Gestión Hospitalaria en materia de calidad tiene como marco legal las siguientes leyes y códigos:

### **2.2.1 Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud (SNS)**

La Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) fue publicado en el Diario Oficial por Decreto legislativo No. 442, el viernes 16 de noviembre de 2007.

Básicamente esta ley establece que en el Sistema está constituido por las instituciones que forman parte de la administración pública interrelacionadas e integradas en su funcionamiento de manera armónica y sistematizada y cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población. Entre estas el Ministerio de Salud es miembro con sus respectivas dependencias.

En ese sentido el organismo rector del Sistema es el MINSAL y en dicha función es el encargado de coordinar la formulación de la Política Nacional de Salud de manera conjunta con los demás miembros del SNS.

La ley establece que se en el SNS se articulan los prestadores públicos de servicios de salud, bajo la rectoría del MINSAL. Los miembros del SNS deben orientar la ampliación de la cobertura de los servicios de salud a la población en los tres niveles de atención, priorizando la atención en el primero y segundo nivel.

#### **Primer Nivel de atención:**

El Primer Nivel de Atención según el Art. 20 de la Ley, está encaminado a la protección de la persona en su entorno familiar y comunitario, quienes tendrán una participación activa, interactuando con los prestadores de servicios.

El primer nivel de esta conformado por los agentes comunitarios de salud, los equipos de Salud Familiar, los establecimientos de las instituciones miembros del Sistema que presten servicios de primer nivel para una población y territorios definidos y otras instituciones vinculadas a la salud con representación territorial.

Los establecimientos del primer nivel de Atención funcionan organizados en redes con un territorio y población definidos, para garantizar las prestaciones básicas que establezca el modelo de atención.

El primer nivel actuará como puerta de entrada al SNS, habilitando el acceso a otros niveles cuando sea necesario.

## **Segundo y tercer nivel de atención:**

Según el Art. 21 de la Ley, el segundo y tercer nivel de atención están conformados por los hospitales públicos acreditados para cada una de las categorías. Para garantizar la continuidad de la atención y la prestación permanente y efectiva de los servicios correspondientes, actuarán en coordinación con los otros sistemas mediante el uso de la referencia y retorno.

### **2.2.2 Reglamento de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud (SNS)**

El Reglamento de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) fue publicado en el Diario Oficial mediante el Decreto ejecutivo No. 82, el jueves 17 de julio de 2008.

El reglamento establece en el Art. 27, que los miembros del sistema, según su propia normativa, organizan la red de prestación de servicios en tres niveles de atención, de acuerdo a criterios de capacidad instalada, capacidad resolutive, territorio, población y oferta de servicios entre otros.

Para la provisión de los servicios el reglamento establece los siguientes niveles de atención complementarios entre sí para garantizar la continuidad en la atención:

**Primer Nivel de atención:** Conformado por los medios, recursos y prácticas organizados para brindar servicios de promoción y educación en salud, prevención del riesgo, así como para el tratamiento ambulatorio y oportuno de las enfermedades más frecuentes de la población adscrita.

**Segundo Nivel de atención:** Conformado por los medios, recursos y prácticas de mediana complejidad organizados en especialidades básicas, tales como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía, especialidades complementarias con sus respectivos servicios de apoyo, en las áreas de atención ambulatoria, emergencia, hospitalización y rehabilitación.

**Tercer Nivel de Atención:** Conformado por los medios, recursos y prácticas de alta complejidad y especialización con sus respectivos servicios de apoyo, organizados para brindar servicios en áreas de atención ambulatoria, emergencias, hospitalización y rehabilitación.

### **2.2.3 Código de Salud**

El Código establece que el MINSAL es el organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de Salud. Así mismo le corresponde propiciar todas las iniciativas oficiales y privadas que tiendan a mejorar el nivel de salud de la comunidad, de acuerdo con las normas señaladas por los organismos técnicos correspondientes.

Por otro lado el Código (Art. 43) establece que es obligación ineludible del Estado promover, proteger, recuperar la salud de la madre y del niño por todos los medios que

están a su alcance. Para esto los organismos de salud correspondientes prestarán atención preventiva y curativa a la madre durante el embarazo, parto o puerperio. Lo mismo que al niño desde su concepción hasta el fin de su edad escolar.

#### **2.2.4 Política de Salud Construyendo la Esperanza**

La Política de Salud 2009 - 2014 “Construyendo la Esperanza” se publicó en el Diario Oficial por el Acuerdo No. 126, el miércoles 17 de febrero de 2010.

Esta política tiene como objetivo “ Garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional de Salud que fortalezca sostenidamente lo público (incluyendo a la seguridad social) y regule efectivamente lo privado, al acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, un ambiente sano y seguro, incluyendo la creación y el mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolubilidad y con acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas”.

##### **Estrategia 2:**

*Rectoría y formulación de políticas y planes de salud:* Establecer y aumentar la capacidad del MINSAL, para elaborar políticas y planes de salud, y garantizar la adecuada provisión y cobertura, según necesidades priorizadas.

Esta estrategia se establece como función del Ministerio de Salud, mejorar y controlar la calidad en todos los niveles del sistema de salud estableciendo las normativas y los instrumentos de monitoreo y evaluación.

##### **Estrategia 6:**

*Sistema de Información Estratégica:* Establecer un Sistema de Información Estratégica y de Calidad, como instrumento para tomar decisiones basadas en la evidencia, facilitar la contraloría social y la planificación, el control y la asignación de recursos.

##### **Estrategia 9:**

Política hospitalaria: Regular e incrementar la eficacia, la eficiencia y la calidad de los niveles secundario y terciario (hospitales) como componente relevante de la red integrada del Sistema Nacional de Salud.

##### **Estrategia 25:**

Supervisión, control y seguimiento: Establecer mecanismos de supervisión técnica y control de calidad en todos los niveles del sistema (incluyendo el sector privado con o sin fines de lucro), como instrumento imprescindible para garantizar el cumplimiento de objetivos, metas y actividades incluidos en el Plan Nacional de Salud.

### 2.2.5 Guía Técnica de Mejora Continua en la Calidad basada en las Normas ISO 9000

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ha definido a través de la Dirección General de Salud, el desarrollo del Modelo de Mejora Continua de la Calidad (MCC) para implementar el Programa Nacional de Calidad en los procesos de atención que se desarrollan en los establecimientos de la red nacional. Con ello se operativizan los Ejes de Intervención: 6. Mejora Continua de la Calidad en los Establecimientos de Salud y 7. Capacitación en Calidad, del programa mencionado.

Este documento es una guía operativa dirigida a los ejecutores de los programas del Nivel Superior del MSPAS, el personal de las Regiones y SIBASI encargados de supervisar y monitorear el desarrollo de los programas y a los proveedores locales, para la aplicación del Modelo de Mejora Continua de la Calidad.

El objetivo de la creación de esta guía técnica es brindar un marco teórico y metodológico para la aplicación de la calidad en los procesos de la atención en salud a través del MCC.

### 2.2.6 Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP)

Esta ley tiene como objeto garantizar el derecho de acceso de toda persona a la información pública, a fin de contribuir con la transparencia de las actuaciones de las instituciones del Estado.

La transparencia es el deber de actuar apegado a la ley, de apertura y publicidad que tienen los servidores públicos en el desempeño de sus competencias y en el manejo de los recursos que la sociedad les confía, para hacer efectivo el derecho de toda persona a conocer y vigilar la gestión gubernamental.

En consecuencia, todos los servidores públicos, dentro o fuera del territorio de la República, y las personas que laboren en las entidades que dicte la ley, están obligados al cumplimiento de la presente ley.

La información reservada es aquella información pública cuyo acceso se restringe de manera expresa de conformidad con esta ley, en razón de un interés general durante un periodo determinado y por causas justificadas.

#### **Se considera información reservada a:**

- La que ponga en peligro evidente la vida, la seguridad o la salud de cualquier persona.
- La que contenga opiniones o recomendaciones que formen parte del proceso deliberativo de los servidores públicos, en tanto no sea adoptada la decisión definitiva.
- La que causare un serio perjuicio en la prevención, investigación o persecución de actos ilícitos, en la administración de justicia o en la verificación del cumplimiento de las leyes.

- La que pueda generar una ventaja indebida a una persona en perjuicio de un tercero.

La información confidencial es aquella información privada en poder del Estado cuyo acceso público se prohíbe por mandato constitucional legal en razón de un interés personal jurídicamente protegido.

**Se considera información confidencial a:**

La referente al derecho a la intimidad personal y familiar, al honor y a la propia imagen, así como archivos médicos cuya divulgación constituiría una invasión a la privacidad de la persona.

**Responsabilidad:** Los funcionarios que divulguen información reservada o confidencial responderán conforme a las sanciones que ésta u otras leyes establezcan; de la misma forma, responderán las personas que a sabiendas del carácter reservado o confidencial divulguen dicha información.

**2.2.7 Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP)**

Esta Ley tiene por objeto establecer las normas básicas que regularán las acciones relativas a la planificación, adjudicación, contratación, seguimiento y liquidación de las adquisiciones de obras, bienes y servicios de cualquier naturaleza, que la Administración Pública deba celebrar para la consecución de sus fines.

La información de los Ofertantes, Contratistas y Documentos relativos a los procesos de adquisición y contratación pública estará contenida en el Registro Nacional de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, será obligación de cada Titular determinar al interior de la institución, la conformación y administración de un expediente consolidado del proceso de adquisición o contratación, en adición a lo que corresponde a cada área que interviene en el proceso para sus operaciones, supervisión y seguimiento específico. A estos registros corresponderán entre otras, la siguiente información: a) Consultores; b) Suministrantes de Bienes; c) Prestadores de Servicios; d) Contratistas de Obras.

Para las adquisiciones y contrataciones de la Administración Pública regirán los siguientes principios:

a) Publicidad: el acceso que los interesados tienen a la información relacionada con los procesos de adquisición y contratación que desarrollan las Instituciones y la difusión de éstos a través de los medios establecidos en la Ley.

b) Libre competencia e igualdad: propiciar la participación del mayor número de ofertantes en las condiciones previstas por la Ley y que éstas proporcionen las mismas oportunidades, sin favorecer o perjudicar a los participantes.

c) Racionalidad del gasto público: la utilización eficiente de los recursos en la adquisición y contratación de los bienes y servicios necesarios para el cumplimiento de las facultades, deberes y obligaciones que corresponden a las Instituciones.

d) Centralización normativa y descentralización operativa: se entiende por centralización normativa, la facultad de ejercer en forma centralizada la formulación de lineamientos o directrices de carácter normativo, complementarios para la ejecución de la Ley y este Reglamento; se entiende por descentralización operativa, la facultad de las

Licitación y concurso público por invitación: Para la determinación de los potenciales ofertantes, la Institución podrá utilizar la información de los registros de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucionales.



## 3. MARCO INSTITUCIONAL

### 3.1 Generalidades

#### ¿Qué es un Hospital?

Se denomina hospital al lugar en el cual se atiende a los individuos que padecen una determinada enfermedad y que acuden a él con el objeto de recibir un diagnóstico y un posterior tratamiento para su afección.

Según el tipo de patología que atiendan, hay distintos tipos de hospitales, como ser materno infantiles, geriátricos, generales y psiquiátricos, entre otros.

Para ofrecer y cumplir con brindar una buena atención, los hospitales cuentan con diferentes áreas que se ocupan de las distintas demandas de sanidad que puede haber para evitar de esta manera una desorganización generalizada. Y después claro, cada hospital, cuenta con un sector de análisis comunes, otro de más complejos, quirófano y pisos enteros destinados a la recuperación de los pacientes en habitaciones.

En tanto, el hospital está compuesto por una serie de subsistemas que interactúan entre sí dinámicamente: el sistema asistencial (incluye a los consultorios externos y áreas de internación), sistema administrativo contable (se ocupa de la admisión y egreso de los pacientes, como todo lo inherente a documentación en general), gerencial (se encarga de la dirección del hospital, las políticas y las finanzas), de información (se refiere al sistema informático que mantiene comunicadas a todas las áreas), técnico (se ocupa del mantenimiento) y de docencia e investigación (área encargada de la capacitación de los nuevos profesionales).

Aunque no es su función primaria, el hospital también cumple un importante rol en la prevención de las enfermedades. Por ejemplo, es muy común que en él se desarrollen seminarios sobre enfermedades o se desplieguen campañas de vacunación, promovidas por el Ministerio de Salud.

### 3.2 Organización de los servicios de salud de las Red Integral e Integrada de Servicios de Salud (RIISS).

El MINSAL estructura los establecimientos y servicios de salud en tres niveles de atención:

#### 3.2.1 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

##### A. UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR (UCSF)

Son los establecimientos del Primer Nivel de Atención, donde se prestan servicios de salud integrales de diferente complejidad y resolutivez, se clasifican en:

- Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica (UCSF Básica): es la infraestructura técnica y administrativa, sede de los Ecos Familiares o donde se proveen servicios integrales de salud, cuya oferta es: promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como procedimientos de: pequeña cirugía, inyecciones, curaciones y vacunación, entre otros.
- Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia (UCSF Intermedia): es la infraestructura técnica y administrativa, sede de los Ecos Familiares o donde se proveen servicios integrales de salud y algunos servicios de apoyo, cuya oferta incluye los prestados en UCSF Básica y además odontología, y/o laboratorio clínico, saneamiento ambiental, entre otras.
- Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada (UCSF Especializada): es la infraestructura técnica y administrativa, sede de los Ecos Familiares y Especializados, que proporcionan servicios integrales de salud básicos, especializados y servicios de apoyo, cuya oferta de servicios incluye los prestados por las UCSF Básica e Intermedia, más las consulta y atenciones especializadas de medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, así como nutrición, fisioterapia, psicología, entre otros.

La UCSF Intermedia y Especializada, tienen servicios de extensión horaria fines de semana y días festivos, y dependiendo de la demanda tienen servicios de veinticuatro horas con apoyo de FOSALUD.

El conjunto de UCSF conforman la Microrred (Municipal o Intermunicipal), de la misma forma el conjunto de Microredes más el Hospital de referencia básico o departamental constituyen la Red Departamental.

#### B. EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR (Ecos Familiares)

Constituyen el componente básico y la puerta de entrada a las RIISS para la implementación del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, garantizando la continuidad de la atención integral, a través de la red de servicios de atención en el ciclo de vida en la persona, familia y comunidad, favoreciendo la participación comunitaria, la investigación y el abordaje intersectorial de los determinantes que afecten la equidad en salud.

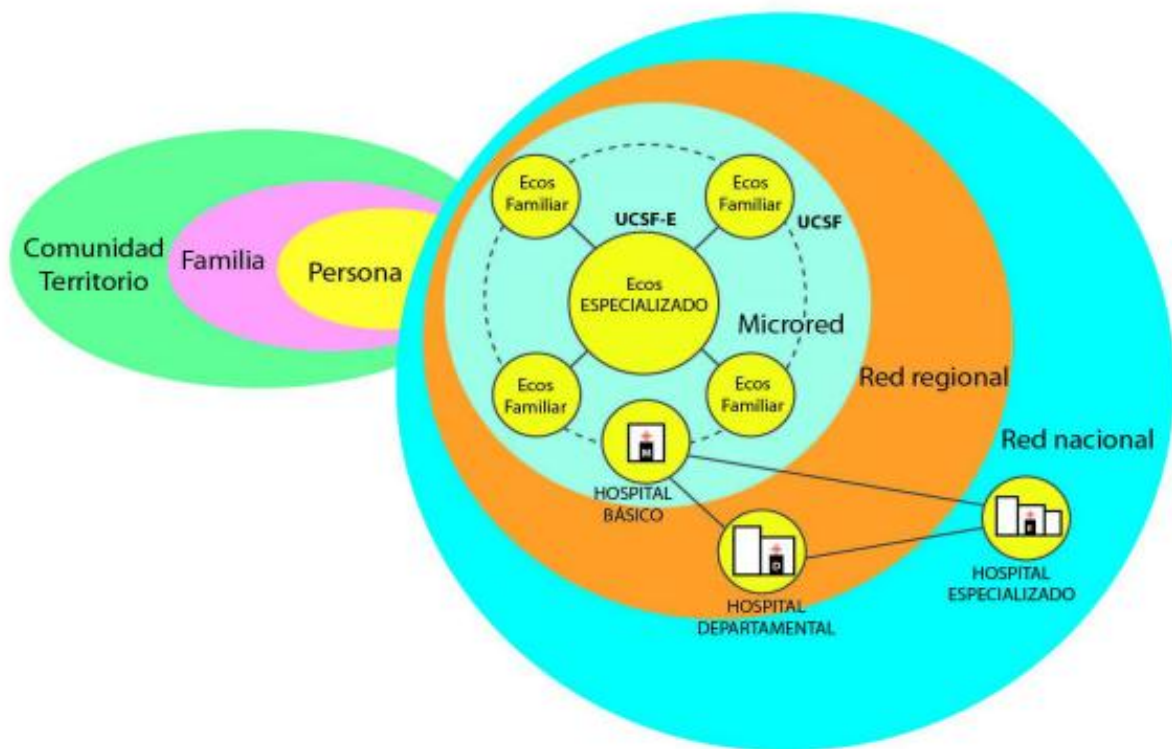
**Ecos Familiares:** están integrados por, médico, personal de enfermería, promotores de salud y colaborador de servicios varios, con responsabilidad nominal de una población promedio de seiscientas familias para el área rural y mil ochocientas familias para el área urbana.

**Ecos Especializados:** están conformados por especialistas de salud en pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna / médico de familia, enfermería, odontología, nutrición, psicología, fisioterapia, laboratorio clínico, educación en salud y estadística. Estos contarán con capacidad diagnóstica y terapéutica especializada.

DEPENDENCIA FUNCIONAL Y ADMINISTRATIVA DE LOS EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR Y ESPECIALIZADOS.

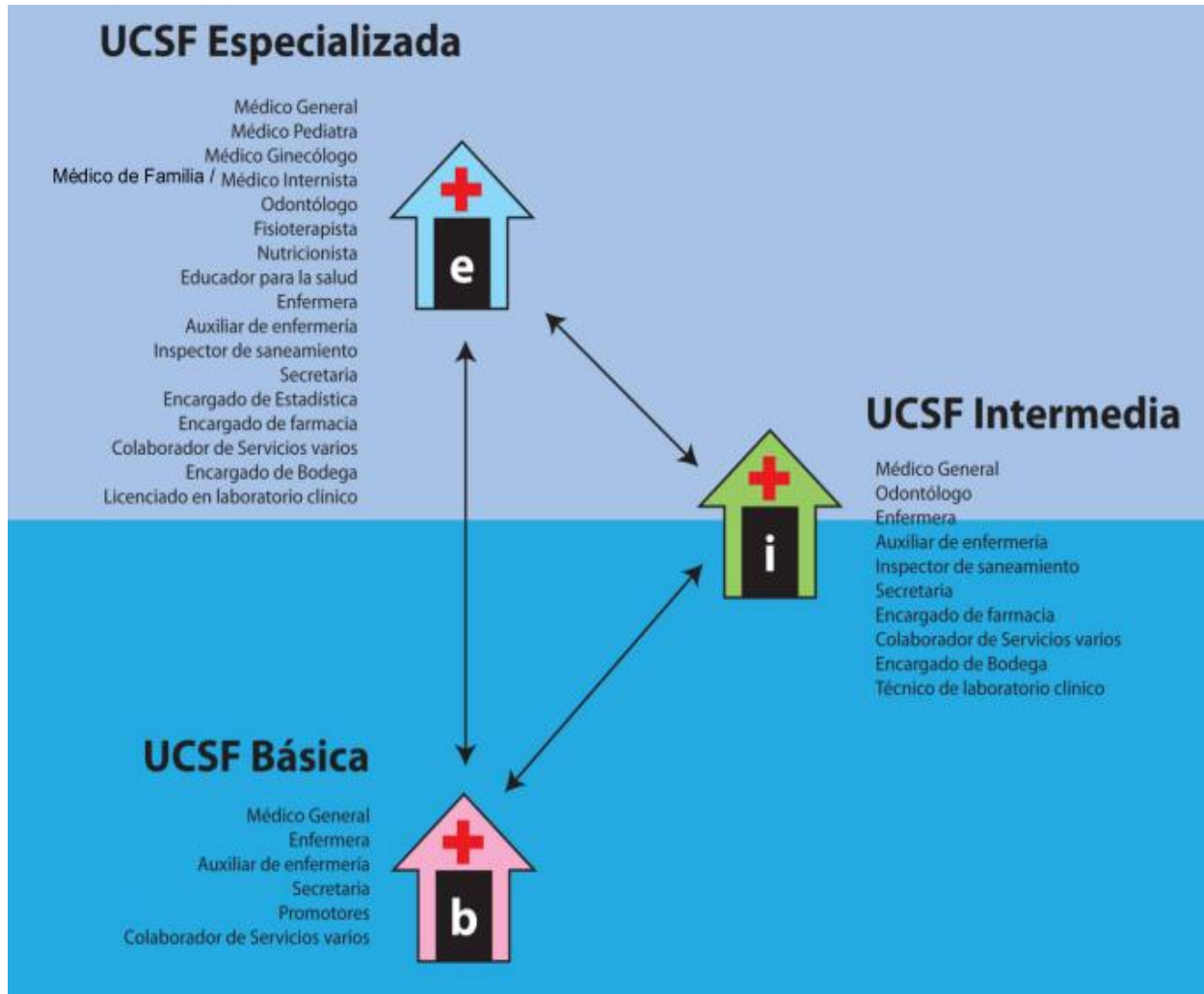
Los Ecos Familiares y Especializados se integran y dependen funcional y administrativamente del Director de la UCSF Básica, Intermedia o Especializada a la que han sido adscritos, así:

Figura 3 Ámbitos de acción de los Ecos familiares y Ecos especializados



Fuente: Dirección del Primer Nivel de Atención, noviembre de 2011

Figura 4 Recursos humanos de Unidades Comunitarias de Salud Familiar



Fuente: Dirección del Primer Nivel de Atención

### 3.2.2 SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

El segundo y tercer nivel de atención en salud son brindados por la red pública de hospitales del país, lo cual permite la continuidad de la atención médico quirúrgica especializada a los pacientes que así lo requieran, sean referidos o no, por el primer nivel de atención.

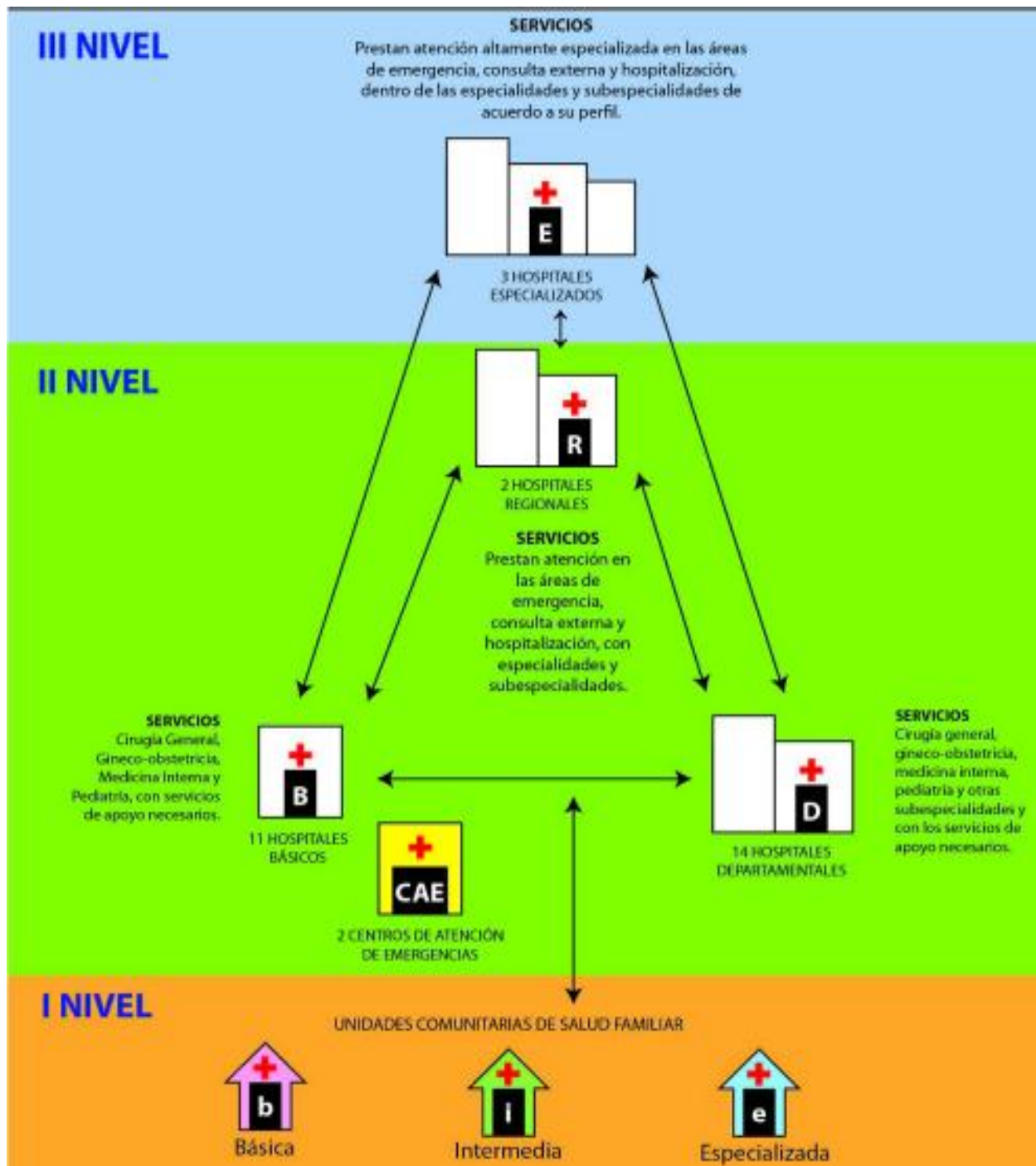
El primer nivel es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud (SNS) y en sus establecimientos se tiene como objetivo dar respuesta, en promedio, al ochenta por ciento de la demanda de atención de la población; en el segundo nivel de atención del quince al veinte por ciento y tercer nivel del uno al tres por ciento restantes, al necesitar un mayor nivel de resolutivez.

En el año 2011, como respuesta a la implementación del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, el MINSAL ha categorizado a los hospitales de acuerdo a la capacidad instalada, perfil epidemiológico, área de responsabilidad y conjunto de prestaciones, siendo los siguientes:

- ✓ Centros de Atención de Emergencia (CAE).
- ✓ Hospitales básicos de segundo nivel.
- ✓ Hospitales departamentales de segundo nivel.
- ✓ Hospitales Regionales de segundo nivel.
- ✓ Hospitales Nacionales de tercer nivel.

En la figura siguiente se resume los servicios que se ofrecen por cada nivel de atención.

**Figura 5 Categorización de hospitales**



Fuente: Dirección Nacional de Hospitales

Los diferentes hospitales por regiones, se muestran en la siguiente tabla:

Región	Hospital básico de 2° nivel	Hospital Departamental 2° Nivel	Hospital Regional 2° Nivel	Hospital Especializado 3° Nivel
<b>Metropolitana</b>	1. Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro", San Bartolo.	1. Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández", Zacamil.  2. Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar, "Dr. José A. Saldaña".  3. Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez", Soyapango.		1. Hospital Nacional "Rosales".  2. Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom".  3. Hospital Nacional de Maternidad "Dr. Raúl Argüello Escolán".
<b>Occidental</b>	2. Hospital Nacional de Chalchuapa, Santa Ana.  3. Hospital Nacional "Arturo Morales", de Metapan, Santa Ana.	4. Hospital Nacional "Dr. Francisco Menéndez", Ahuachapán.  5. Hospital Nacional "Dr. Jorge Mazzini Villacorta", Sonsonate.	1. Hospital San Juan de Dios de Santa Ana	
<b>Oriental</b>	4. Hospital Nacional de Jiquilisco, Usulután.  5. Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, San Miguel.  6. Hospital Nacional "Monseñor Oscar A. Romero y Galdámez", Ciudad Barrios, San Miguel.  7. Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, La Unión.  8. Hospital Nacional "Dr. Jorge Arturo Mena", Santiago de María, Usulután.	6. Hospital Nacional "San Pedro", Usulután.  7. Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores", San Francisco Gotera, Morazán.  8. Hospital Nacional de La Unión, La Unión.	2. Hospital San Juan de Dios de San Miguel.	

Región	Hospital básico de 2° nivel	Hospital Departamental 2° Nivel	Hospital Regional 2° Nivel	Hospital Especializado 3° Nivel
<b>Central</b>	9. Hospital Nacional de Nueva Concepción, Chalatenango.	9. Hospital Nacional "San Rafael", Santa Tecla, La Libertad.  10. Hospital Nacional "Dr. Luis Edmundo Vásquez", Chalatenango.		
<b>Paracentral</b>	10. Hospital Nacional de Suchitoto, Cuscatlán.  11. Hospital Nacional "Dr. José Luis Saca", Ilobasco, Cabañas.	11. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima", Cojutepeque, Cuscatlán.  12. Hospital Nacional de Sensuntepeque, Cabañas.  13. Hospital Nacional "Santa Teresa", Zacatecoluca, La Paz.  14. Hospital Nacional "Santa Gertrudis", San Vicente.		

**Tabla 2 Clasificación de establecimientos hospitalarios.**

Fuente: Dirección Nacional de Hospitales

Las características de los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel son:

**A. Hospital Básico de segundo nivel:**

Es el establecimiento categorizado para la atención de usuarios(as) en las áreas de emergencia, consulta externa y hospitalización para pacientes de bajo riesgo, cuenta con las especialidades básicas: cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría, así como los servicios de apoyo y los recursos humanos necesarios. Los Centros de Atención de Emergencia (CAE), son centros de atención, estabilización y referencia de urgencias y emergencias del área de responsabilidad donde se encuentran ubicados.

**B. Hospital Departamental de segundo nivel:**

Es el establecimiento que estando ubicado en las cabeceras departamentales, excepto San Salvador, está categorizado para la atención de usuarios(as) en sus áreas de emergencia, consulta externa y hospitalización de moderado riesgo, dentro de las especialidades: cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría, así



como un conjunto de subespecialidades definidas según el perfil epidemiológico del departamento, contando además con los servicios de apoyo y los recursos humanos necesarios. Se incluyen en esta clasificación los Hospitales Nacional Psiquiátrico “Doctor José Molina Martínez” y Nacional de Neumología y Medicina Familiar “Doctor José Antonio Saldaña”, por proveer servicios especializados en estas áreas.

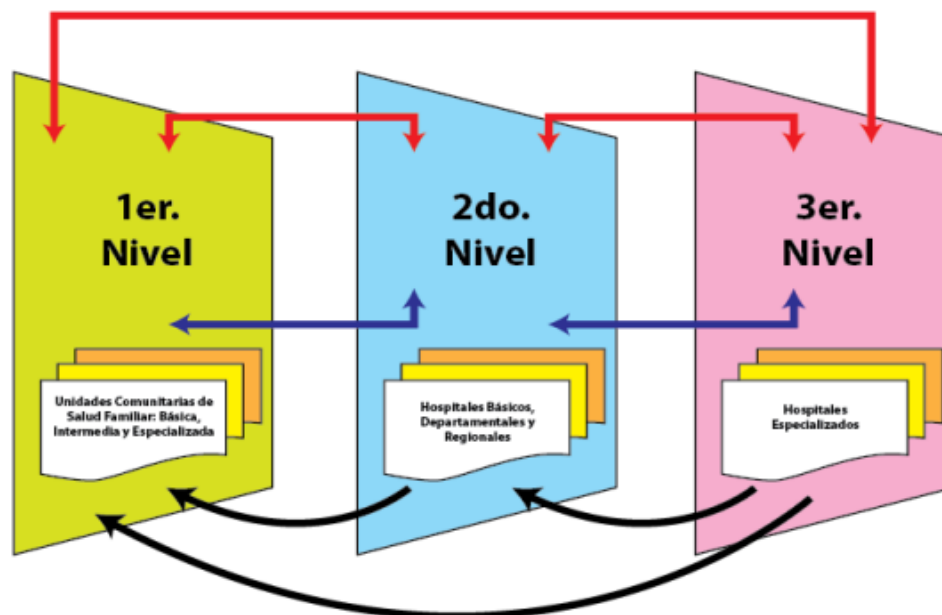
### C. Hospital Regional de segundo nivel:

Son los establecimientos ubicados en las Regiones de Salud del país, considerados de referencia en sus respectivas Redes Regionales, y están categorizados para la atención de usuarios en las áreas de emergencia, consulta externa y hospitalización de moderado a alto riesgo, con especialidades y subespecialidades que sirvan como centro de referencia para el Hospitales Básicos y Departamentales de su región, contando con los servicios de apoyo necesarios.

### D. Hospital Nacional de tercer nivel:

Son los establecimientos de referencia nacional, que están categorizados para la atención de usuarios(as) que requieran servicios altamente especializados en las áreas de emergencia, consulta externa y hospitalización. Cada uno de estos hospitales tiene definido un conjunto de prestaciones y especialidades asignadas de acuerdo al perfil epidemiológico nacional, contando para ello con el equipo diagnóstico y de apoyo necesario.

Figura 6 Organización del Sistema de referencia, retorno e interconsulta



Fuente: Dirección del Primer Nivel de Atención

### 3.2.3 FUNCIONES DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS.

#### A. DEL CENTRO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS (CAE):

- a. Observar, atender, estabilizar y dar tratamiento al paciente de bajo y moderado riesgo.
- b. Atender, estabilizar y referir a pacientes críticos hacia los hospitales de Segundo o Tercer nivel, según corresponda.

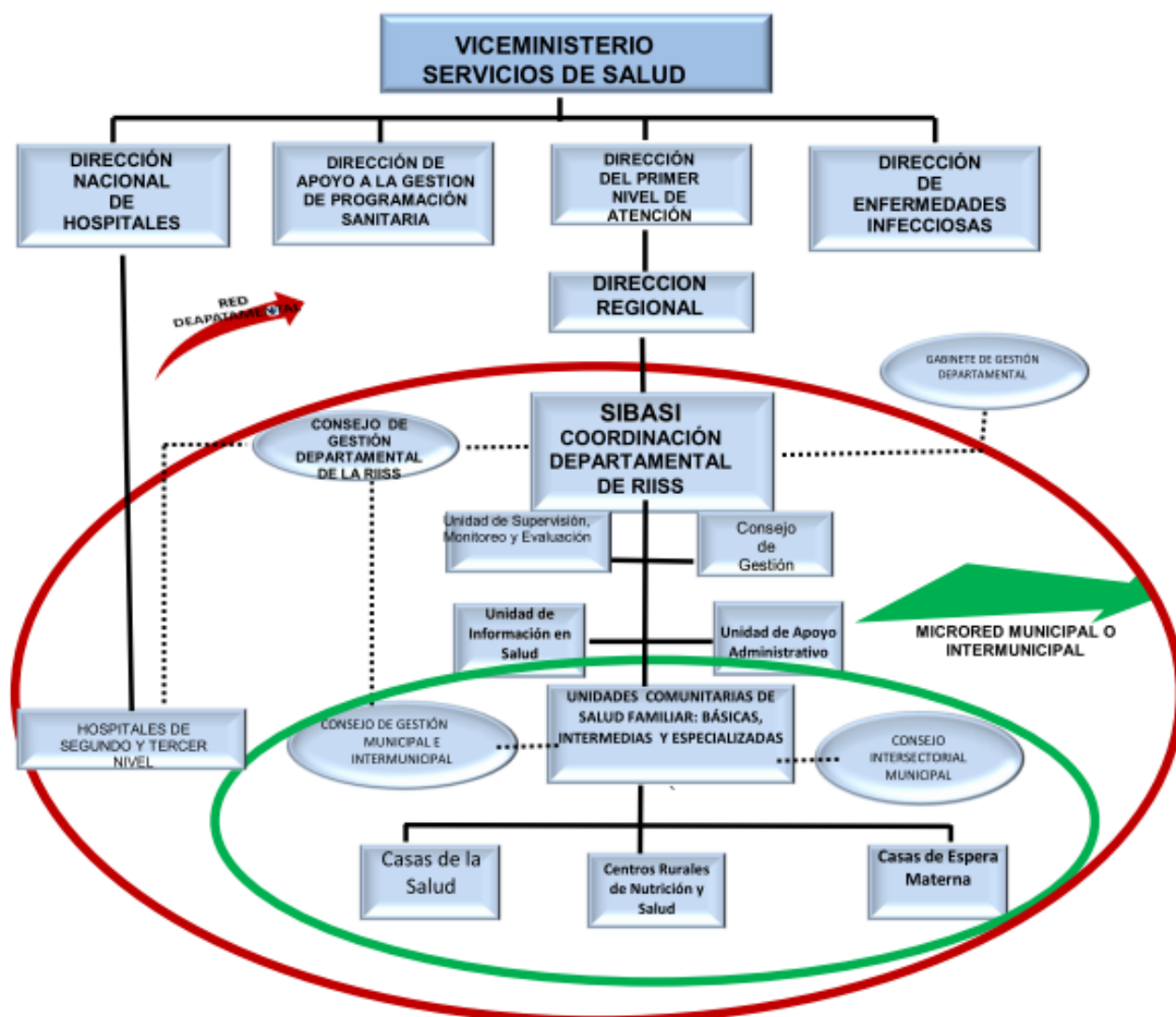
#### B. FUNCIONES DEL SEGUNDO NIVEL BÁSICO, DEPARTAMENTAL Y REGIONAL.

- a. Dar atención de acuerdo al conjunto de prestaciones, de pacientes médico quirúrgico de emergencia, servicio de hospitalización, de consulta externa o servicios de apoyo que consultan a libre demanda o que sean referidos por otros niveles de atención en las cuatro especialidades básicas de la medicina o para algunas de las especialidades contempladas en los Hospitales Departamentales y Regionales, a fin de resolver problemas de salud agudos o crónicos.
- b. Referir al tercer nivel aquellos casos que por su complejidad requieran una atención altamente especializada, cumpliendo los Instrumentos técnicos jurídicos en adelante ITJ, establecidos para el manejo adecuado del mismo.
- c. Referir del nivel de Hospitales Regionales al tercer nivel Nacional, aquellos casos que por su complejidad requieran una atención altamente especializada, cumpliendo los ITJ establecidos para el manejo adecuado del mismo.
- d. Cumplir con lo establecido en el Sistema de referencia, retorno e interconsulta.
- e. Participar en la planificación y evaluación de manera conjunta en función de la red, para definir intervenciones que contribuyan a la calidad en el continuo de la atención.
- f. Trabajar coordinadamente con el Sistema de Emergencias Médicas.
- g. Realizar actividades de promoción, educación y prevención en salud, a los usuarios y personal, en coordinación con el primer nivel.
- h. Realizar actividades de docencia e investigación en coordinación con los centros formadores de recursos humanos en salud, y en educación en servicio intramural y con los Ecos Familiares, en función de la red.
- i. Cumplir con los procedimientos administrativos establecidos para el manejo de la información a través de la recolección, consolidación y análisis de la información, con la finalidad de aportar al SUIS.
- j. Impulsar los planes de salud y seguridad ocupacional y riesgos del trabajador.

### C. DEL TERCER NIVEL NACIONAL:

- a. Dar atención a pacientes médico quirúrgicos de emergencia, servicio de hospitalización y consulta externa, acompañado de los servicios de apoyo necesarios, esto es para pacientes que sean referidos por el primer o segundo nivel de atención en las especialidades para el tercer nivel, tanto para resolver problemas de salud agudos o crónicos contempladas de acuerdo a su complejidad. En los casos de consultas a libre demanda de las cuatro especialidades básicas se atenderán en la fase aguda, y se referirán al nivel correspondiente.
- b. Cumplir con lo establecido en el Sistema de referencia, retorno e interconsulta.
- c. Participar en la planificación y evaluación de manera conjunta en función de las RIISS, como centros de referencia nacional para definir intervenciones que contribuyan a la calidad en el continuo de la atención de los pacientes más delicados y de las especialidades.
- d. Coordinar con el Sistema de Emergencias Médicas (SEM) en las áreas donde se implementa, para el análisis de las causas de las emergencias en salud, para incidir en sus determinantes.
- e. Realizar actividades de promoción, educación y prevención de salud a los usuarios y personal, y aquellas que sean en coordinación con el primer y segundo nivel.
- f. Realizar actividades de docencia e investigación en coordinación con los centros formadores de recursos humanos en salud, y en educación en servicio intramural, y con los Ecos Familiares y Ecos Especializados, en función de la red.

Figura 7 Estructura organizativa y funcional de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud



Fuente: Dirección del Primer Nivel de Atención

Figura 8 Funcionamiento de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud



Fuente: Dirección del Primer Nivel de Atención

### 3.2.4 SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD

Luego de una serie de esfuerzos, ya para el año 2009 se concretizó mediante Decreto Legislativo la creación del Sistema Nacional de Salud de El Salvador, que tiene como meta principal el cumplimiento de la garantía constitucional de acceso a los servicios de salud. El Sistema Nacional de Salud que se encuentra bajo la rectoría del Ministerio de Salud, lo integran además el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el Fondo Solidario para la Salud, el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, El Comando de Sanidad Militar y el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. El MINSAL en coordinación con los miembros del Sistema ha elaborado la Política Nacional de Salud, la cual se convierte en el instrumento para que el Sistema actúe sobre los diversos factores determinantes de la salud y pueda elevar el nivel de salud de la población salvadoreña. En este sentido fue imperante que los sistemas de información institucional iniciaran un proceso de integración a fin de producir indicadores de salud con enfoque de país.

De acuerdo con el Ministerio de Salud, en El Salvador se produce una gran cantidad de datos en información en salud de diversa índole, tanto de los servicios de salud del MSPAS como de otras instituciones y organizaciones.

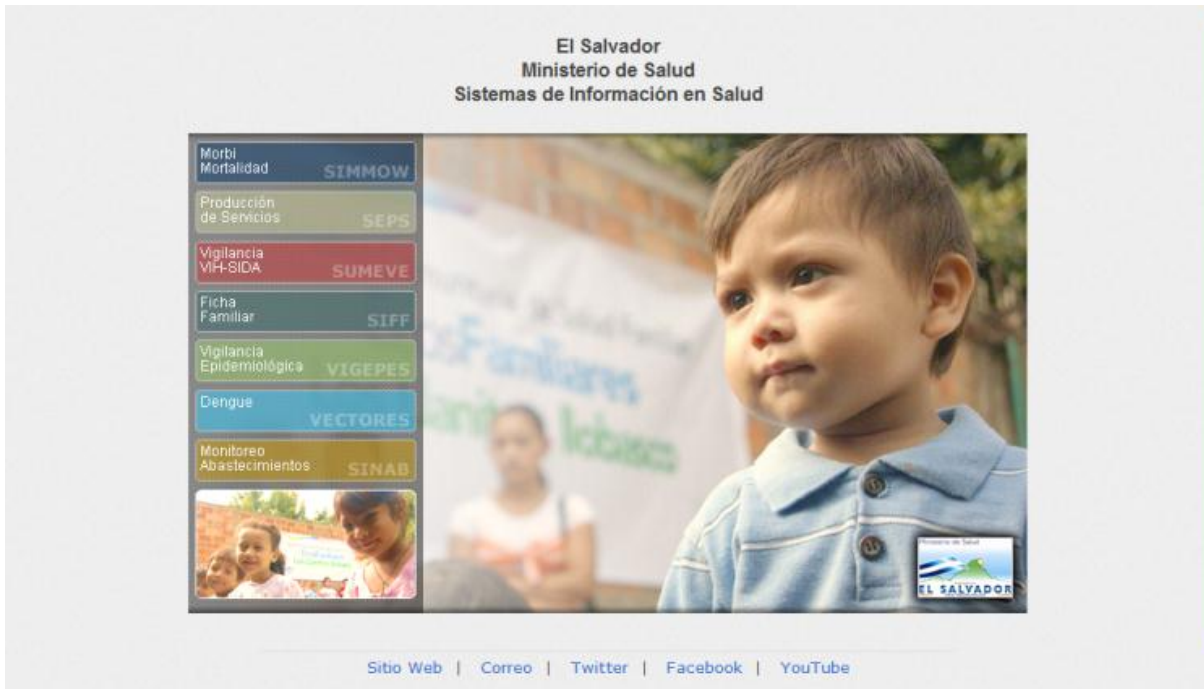
No obstante, el actual Sistema de Información en Salud (SIS) se encuentra adecuadamente integrado buscando la unificación de los planes de gestión de datos e indicadores.

Históricamente se habían venido desarrollando aplicaciones (programas de computación, software) que constituyen una red de sistemas y subsistemas pero que no eran compatibles entre sí, ni con las herramientas informáticas del MINSAL, lo que generaba dispersión y subregistros de información y por ende afectaba el uso de indicadores y estadísticas para la toma de decisiones acertada, esto debido a la no disponibilidad de datos de país consistentes con calidad y oportunidad.

En El Salvador se requería de un Sistema de Información Integrado en Salud que proveyera el apoyo necesario para una mejor toma de decisiones, basado en evidencia, con información real de las instituciones; con diferentes metodologías de medición que aporten datos oportunos y confiables, mejorando la disponibilidad y uso de la información. Esto permitiría mejorar la planificación, organización, asignación de recursos y prestación de servicios, para contribuir al fortalecimiento y gestión de cada Institución de manera efectiva, incidiendo en la mejora continua del estado de salud de la población.

La aspiración fundamental fue contar con un SIS fortalecido a partir de una red nacional de cooperación entre las distintas instituciones y organizaciones y que además la información pueda ser integrada con los países de la región a nivel global mediante acuerdos en común para dirigir las inversiones de manera coordinada hacia la sostenibilidad de los sistemas de información. Es así como se creó el Sistema de Información en Salud disponible en la dirección web: [siis.salud.gob.sv](http://siis.salud.gob.sv) cuyo menú inicial se presenta a continuación.

**Figura 9** Pagina inicial del Sistema de Información en Salud



Fuente: [siis.salud.gob.sv](http://siis.salud.gob.sv)

Es importante mencionar que en el ámbito internacional se están aprovechando mucho las tecnologías de información y comunicación (TICS) para fortalecer los sistemas, echando mano de la innovación tecnológica. En este contexto de cambios tecnológicos, en mayo del 2005, la 58ª Asamblea Mundial de la Salud lanzó la Red Métrica de Salud (RMS, HMN en sus siglas en inglés), como una innovadora red de cooperación integrada por países, organismos multilaterales y bilaterales de desarrollo, constituyéndose en fundaciones, iniciativas mundiales de salud y expertos técnicos para aumentar la disponibilidad, el valor y el uso de la información en salud a nivel mundial. En aquella oportunidad se realizó la primera convocatoria a los países para presentar propuestas de apoyo técnico y financiero. Cinco meses después, la RMS informó que 40 países habían merecido la aprobación de sus propuestas, siendo Panamá el único país seleccionado en Latinoamérica

El Salvador accedió en noviembre de 2006 al financiamiento de la RMS en la segunda ronda de presentación de propuestas. La carta acuerdo con la iniciativa fue firmada el 4 de julio de 2007 y se hizo efectiva el 28 de febrero 2008. Esto ha llevado a la reformulación del calendario de actividades, que finalizó en marzo de 2009. Para desarrollar el esfuerzo inicial de coordinar con otras instituciones como lo propone RMS, se constituyó un núcleo de trabajo integrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC) y el Registro Nacional de las Personas Naturales (RNPN). Uno de los propósitos

fundamentales fue integrar las bases de datos y elaborar indicadores que reflejen la situación del país, con el aporte de las instituciones generadoras y usuarias de los servicios de Salud.

La primera fase de actividades de la RMS incluyó el diagnóstico del SIS de El Salvador, lo cual sirvió como pauta para desarrollar el plan estratégico del cual se desprendió una serie de planes de fortalecimiento institucional en el corto, mediano y largo plazo enfocando la atención al fortalecimiento de componentes específicos.

### **Unidad responsable de la creación del Sistema de Información en Salud (SIS)**

La Unidad de Sistemas de Información de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones DTIC será la responsable de analizar, diseñar, desarrollar, mantener e implementar el sistema de información del MINSAL en toda su extensión, el cual deberá responder a la estructura organizativa, procedimientos y las políticas que emita este Ministerio.

La evaluación de idoneidad sobre el uso y desarrollo de cualquier aplicación informática y su correspondiente aceptación para implantación, es de exclusiva responsabilidad de la Unidad de Sistemas de Información de la DTIC, con excepción de las aplicaciones relacionadas con el ámbito de los servicios de salud, los programas sanitarios y la vigilancia sanitaria, que serán una responsabilidad compartida con la dependencia responsable de dichos sistemas y con la Unidad de Estadística e Información en Salud de la Dirección de Vigilancia Sanitaria, quien evaluará su adecuación en cuanto a la administración, captura y utilización de la información de dichas aplicaciones.



## **Descripción y funciones de Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones (DTIC)**

### **1. Misión**

Somos la máxima autoridad en materia de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TICs) del Ministerio de Salud que, de forma responsable y comprometida, impulsa y sostiene el desarrollo de la infraestructura tecnológica del Sistema Único de Información en Salud, a fin de colaborar en el ofrecimiento de una mejor atención a las personas usuarias del Sistema Nacional de Salud así como coadyuvar en la toma de decisiones, el diseño de políticas, la planificación y ejecución de estrategias y la atención a las necesidades administrativas institucionales de forma ágil y oportuna.

### **2. Visión**

Ser la instancia del Ministerio de Salud que garantice ante el Sistema Nacional de Salud y la población en general, la plataforma de Tecnologías de Información y Comunicaciones idónea para la construcción y sostenibilidad de un sistema de Información en Salud eficaz, eficiente, transparente, democratizado, seguro y sostenible, contando para ello con la infraestructura, tecnologías y personal más apropiado.

### **3. Objetivos**

#### **A) General**

Proveer la plataforma de tecnologías de información y comunicaciones idónea para la consecución de los objetivos estratégicos institucionales.

#### **B) Específicos**

- Desarrollar y mantener los sistemas de información de atención a la salud de los diferentes establecimientos, así como los sistemas de vigilancia sanitaria, sistemas administrativos, de comunicación y publicación electrónica y otros de propósito específico.
- Integrar paulatinamente todos los sistemas de información existentes, con miras a mantener una sola plataforma informática en la que el aporte de datos y la producción de información sea ágil y pertinente.
- Asegurar la estabilidad, eficiencia y seguridad de la infraestructura de red, equipamiento informático y otros dispositivos tecnológicos necesarios para el funcionamiento óptimo del Sistema Único de Información en Salud.
- Coordinar el trabajo de desarrollo y mantenimiento con las personas responsables de TICs de los establecimientos de salud así como dependencias administrativas a fin de homogeneizar las capacidades y rendimiento de las plataformas informáticas en todos los ámbitos del Ministerio de Salud.

- Representar al Ministerio de Salud ante otras instancias gubernamentales nacionales, regionales y foráneas y de la sociedad civil, en el ámbito del desarrollo e implantación de tecnologías de información y comunicaciones.

#### **4. Funciones**

##### **A) Principal**

Realizar las actividades de investigación, desarrollo y mantenimiento de la plataforma de TICs, para atender adecuadamente las necesidades y propósitos institucionales.

##### **B) Específicas**

- Identificar, analizar, diseñar, desarrollar, implantar y mantener los diferentes sistemas de información que forman parte del Sistema Único de Información en Salud.
- Administrar y dar soporte técnico a la infraestructura de tecnologías de información y comunicaciones que sustenta y compone el Sistema Único de Información de Salud, tanto en lo relativo al equipamiento físico como a sistemas operativos, sistemas gestores de bases de datos, plataforma de desarrollo, herramientas de ofimática y otros.
- Proveer el adecuado respaldo y garantía de seguridad física y lógica a los datos contenidos en los sistemas de información.
- Obtener, configurar y administrar la infraestructura de red y equipo informático de interconexión y gestión necesario para el correcto funcionamiento del Sistema Único de Información en Salud así como la democratización de dicho recurso.
- Conseguir y mantener los recursos humanos suficientes y adecuadamente cualificados para garantizar el cambio tecnológico, el uso adecuado de los sistemas, así como para asegurar un desarrollo sostenido de los mismos.
- Asesorar y autorizar a las diferentes dependencias del Nivel Superior del Ministerio de Salud, así como establecer lineamientos específicos a las Unidades de Informática de los otros niveles, en cuanto a la obtención de equipamiento informático, aplicaciones y sistemas de información de cualquier índole y procedencia, inclusive equipos o sistemas procedentes de la cooperación nacional e internacional.
- Asegurar el desarrollo de las diferentes fases de los proyectos de tecnologías de información y comunicaciones que se lleven a cabo por la DTIC, para que éstas se lleven a cabo en tiempo, alcance y costo óptimos, haciendo especial énfasis en lo relativo al seguimiento administrativo de las adquisiciones y contrataciones realizadas. Para cada proyecto se contará de forma eventual con personal seleccionado de las diferentes Unidades de la DTIC y otras dependencias del MINSAL.

- Ofrecer las capacitaciones y materiales de ayuda con la calidad y atención necesarias para la adopción de los diferentes sistemas informáticos por parte de las personas usuarias.
- Investigar de forma permanente nuevas tecnologías e incorporarlas a la infraestructura de TICs existente, evaluando su idoneidad, posibilidades y mecanismos de adopción de tal forma que se propicie un desarrollo tecnológico sostenible así como el óptimo desempeño de las diferentes iniciativas tecnológicas de la DTIC.

## **5. Dependencia jerárquica**

Viceministerio de Políticas en Salud

## **6. Unidades que dependen de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones (DTIC)**

- Redes y seguridad
- Sistemas de Información
- Soporte

### ***3.3 Hospital Nacional Especializado de Maternidad “DR. Raúl Argüello Escolán”.***

*NOMBRE: HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN*

El Hospital Nacional Especializado de Maternidad Dr. Raúl Argüello Escolán”, es una Institución Pública de servicio, que forma parte de la organización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República de El Salvador, con la categoría de Hospital Nacional Especializado de Tercer Nivel.

DIRECCIÓN: FINAL CALLE ARCE 25 AV. NTE SAN SALVADOR EL SALVADOR,

Teléfono: 2529-8900

## **MISIÓN**

Brindar un servicio de salud con eficacia, eficiencia, excelencia, equidad y humanismo para la satisfacción integral de las necesidades demandadas por el binomio Madre e hijo en las áreas de ginecología y obstetricia, neonatología y sub-especialidades, en sus tres

niveles de atención fomentando la capacitación y actualización del personal médico, paramédico, y administrativo impulsando la investigación científica y la docencia.

## VISIÓN

Aspiramos a ser el instituto nacional de la mujer que provee a una atención integral en salud al binomio Madre-hijo, mediante acciones de fomento, prevención, curación y rehabilitación. Asimismo alcanzar niveles óptimos de enseñanza de la especialidad en Pre y Post grado para la formación de profesionales de la salud tanto nacionales como extranjeros.

## SERVICIOS QUE OFRECE<sup>3</sup>:

### **A. Consulta externa**

- 1° Consulta Obstétrica
- 2° Consulta ginecológica
- 3° Medicina Interna
- 4° Cardiología
- 5° Cirugía General
- 6° Oncología
- 7° Infertilidad
- 8° Planificación Familiar
- 9° Patología Cervical
- 10° Embarazo de alto riesgo (Perinatología)
- 11° Neonatología
- 12° Urología

### **B. Servicios Médicos de Hospitalización**

- 1° Partos
- 2° Aislamiento
- 3° Oncología
- 4° Cirugía Ginecológica
- 5° Recién nacidos Cuidados Mínimos
- 6° Recién nacidos Cuidados Intermedios
- 7° Recién nacidos Cuidados Intensivos

---

<sup>3</sup> En ANEXO C se muestra un listado más detallado de los servicios del Hospital Nacional Especializado de Maternidad.

- 8° Embarazo de Alto Riesgo (Perinatología)
- 9° Cirugía Obstétrica
- 10° Puerperio
- 11° Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos
- 12° Unidad de Cuidados Especiales de Adultos (Intermedios)
- 13° Salas de Operaciones de Cirugía Electiva
- 14° Salas de Operaciones de Urgencias

**C. Servicios de Apoyo**

- 1° Anatomía patológica
- 2° Laboratorio Clínico
- 3° Banco de sangre
- 4° Imagenología (Ultrasonografía, Radiología)
- 5° Estadística y documentos médicos
- 6° Enseñanza e Investigación
- 7° Unidad de Informática
- 8° Oficinas administrativas
- 9° Trabajo Social
- 10° Lavandería
- 11° Mantenimiento
- 12° Central de equipo quirúrgico
- 13° Almacén

**D. Otros:**

- 1. Planeamiento organizacional, estratégico y operacional
- 2. Administración financiera
- 3. Auditoría interna
- 4. Formación profesional
- 5. Adquisición y contrataciones
- 6. Comunicación
- 7. Impresos
- 8. Vigilancia

### 3.3.1 Organigrama

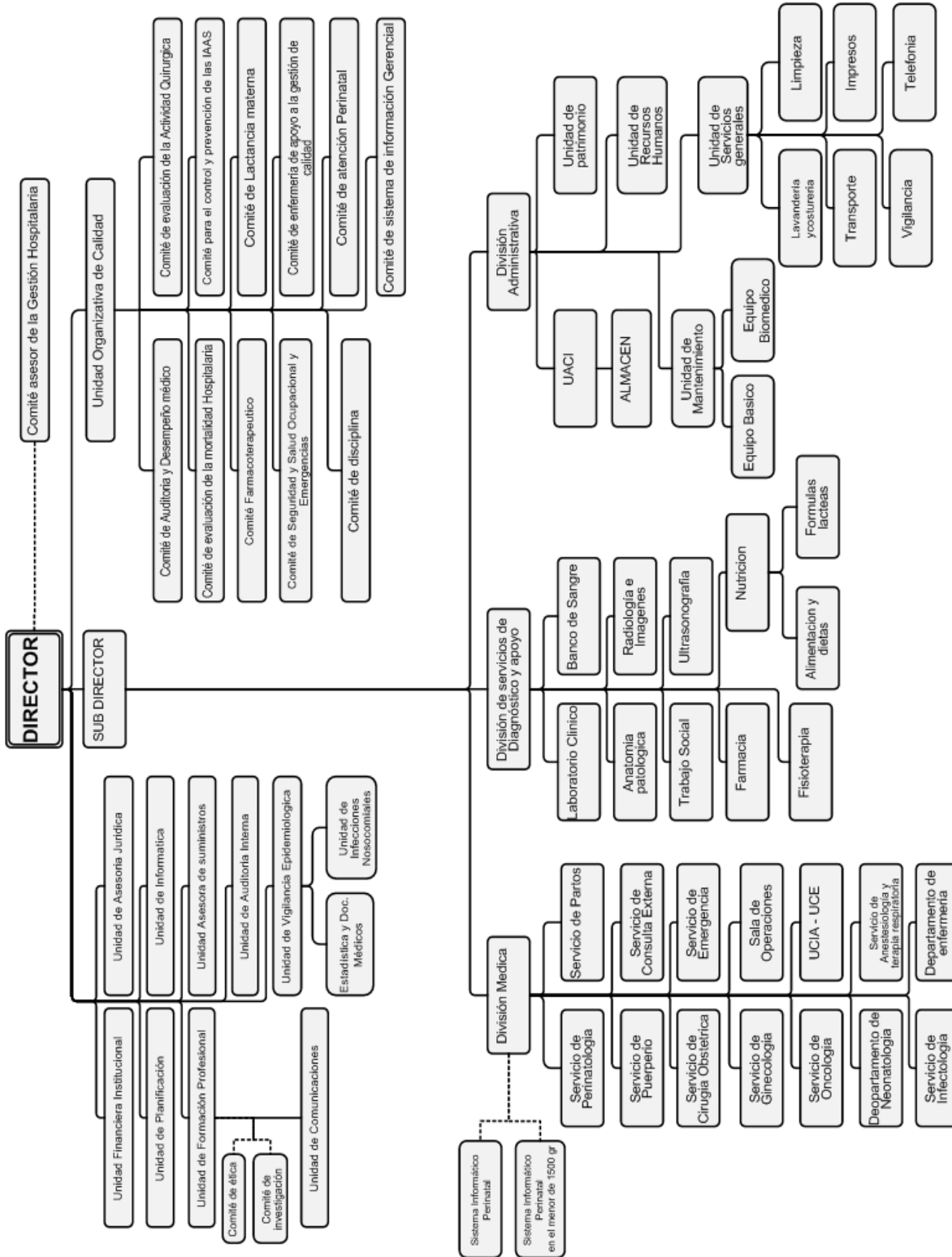


Figura 10 Organigrama del Hospital Nacional Especializado de Maternidad

### 3.3.2 Historia de los inicios del Hospital

#### 1945-1949

El Hospital de Maternidad se planteó en su primera parte en el año de 1945, por donaciones expresadas de Doña Concha v. De Regalado que hicieron efectivos sus hijos Don Tomas Regalado Gonzales y Doña María Regalado de Mathies; consistente en 150,000 colones y por gestiones del recordado Dr. Cesar Emilio López quien venía gestionando un centro y Hospital de Maternidad ante la municipalidad, Presidentes de la República y Ministros de Salud de años anteriores a esa fecha.

Decidido el donativo por la sucesión Regalado, se escogió un terreno fuera del Hospital Rosales, el que actualmente ocupa este Hospital y que estaba destinado para la construcción de la Escuela de Enfermeras decidido por el Gobierno del General Martínez, para la construcción del hospital. Don Tomas Regalado nombró una comisión integrada por los doctores: Cesar Emilio López, Roberto Orellana v., José Gonzales Bonilla para desarrollar el aspecto técnico de la institución; al Dr., Rafael Gonzales Serrano para el proyecto de estatutos y al Ing. Manuel López Harrison para elaborar los planos de un hospital con capacidad de 150 pacientes de un solo piso y otro de dos pisos con capacidad de 300 pacientes. Con estos planos, el General Hernández Martínez, Presidente de la República, en esa época decidió construir el hospital de dos pisos para 300 pacientes y adquirió los terrenos adyacentes para que el edificio tuviera la amplitud necesaria, suministrando además los materiales de construcción de acuerdo con la familia donante. Por motivos políticos el Ing. Harrison no pudo encargarse de la obra y se encomendó más tarde la construcción al Arq. Ernesto de Sola quien la llevo a cabo con la asesoría del Arq. Gutterson del servicio interamericano. El hospital de maternidad no pudo construir ser por dificultades ambientales de la época 1944-1948 por lo que se dio principio a fin de los trabajos de construcción en una forma irregular y lenta siendo Ministro de Salud el Dr. Ranulfo Castro y cuando pasó la cartera de Asistencia Social al Ministerio de Gobernación en esa época Don Efraín Jovel se le dio un impulso definitivo a la construcción lográndose terminar el edificio central en el año 1948.

#### 1949-1953

En 1949 el nuevo Gobierno Revolucionario con su Ministro de Obras Públicas Ing. López Harrison quien había elaborado los planos iniciales de la obra en 1944 ordeno la construcción de las alas ponientes y orientales completando los planos elaborados por el Arq. Gutterson.

Es aquí cuando la familia Regalado, amplio el legado dejado por su madre llegándolo hasta triplicarlo para adquirir el equipo de camas, salas de operaciones, mesas de parto, lámparas para sala de operaciones y de partos, instrumental quirúrgico, lavamos, vasijas, ropa, mantelería, equipo de nurseria, equipo de anestesia, lavandería, planchaduría, cocinas, etc. En el año de 1953 se termina con la construcción y dotado de su equipo necesario se da por inaugurado oficialmente a principios de diciembre con el primer

congreso centro americano de sociedades de ginecología y obstetricia u por dificultades técnicas es hasta el 20 de abril de 1954 que el hospital abre sus puertas al público.

### **1953-1957**

En el mes de noviembre de 1951, el Sr. Grimer del servicio cooperativo, experto en administración de hospitales examinó la construcción y haciéndola funcionar redujo la capacidad del hospital a 140 camas hábiles por acuerdo entre el Gobierno y la familia Regalado, el Ministerio de Salud Pública suministro los materiales de construcción y los terrenos adyacentes, siendo pagadas las planillas de operarios por los donantes.

El Ministro de Salud Pública Dr. Eduardo Barrientos en el año de 1950 se hizo cargo de la terminación de la planta física del edificio nombrando Director Vitalicio a Don Tomas Regalado Gonzales, Director Técnico Dr. Cesar Emilio López y subdirector al Dr. José González Guerrero por decreto legislativo del año 1951 se nombró una junta directiva y administradora de la institución, autónoma fue integrada por Don Tomas Regalado como presidente don Enrique Álvarez, como vicepresidente y secretario el doctor Margarito González como sindico fungiendo al mismo tiempo una comisión técnica formada por los doctores Cesar Emilio López, Roberto Orellana v, José Gonzales Guerrero, Antonio Lazo Guerra, Ricardo Olivares, y Jorge Bustamante.

### **1957-1961**

Durante los años 1954 a diciembre de 1960 bajo la dirección del Dr. José Gonzales Guerrero el hospital se desarrolla y llega a convencer a sus directivos la necesidad de ampliar para poder dar cumplimiento a la asistencia de la mujer salvadoreña. Y es así como construyen e inauguran en diciembre de 1961, cuatro salas de operaciones, el auditorium y servicio de aislamiento con un total del 160 camas adicionales, lo que sube la capacidad del hospital a 260 camas. Siendo director el Dr. Antonio Lazo Guerra. En ese año 1960-1961 ocurrieron movimientos políticos en el país que redundaron en mal para el Hospital de Maternidad, puesto que uno de los gobiernos de facto cancelo el nombramiento del Director Vitalicio a Don Tomás Regalado Gonzales, suprimiendo al mismo tiempo al patronato del Hospital, acto que afecto mucha la relación del benefactor. Puesto que nunca más quiso acercarse directamente a continuar beneficiando con su empuje económico al hospital ayuda enorme que puesto que en los años que fungió como Director Vitalicio, estuvo constantemente al cuidado de suplir las necesidades económicas necesarias que el Gobierno no podía efectuar, abriendo para esto una caja chica a favor del hospital que llevo a cierta época a cubrir hasta 125,000 colones de gastos. El 24 de octubre le toco inaugurar al Ministerio de Salud Pública Dr. Ernesto R. Lima con presencia de la familia Regalado, una nueva etapa en las ampliaciones del Hospital de Maternidad que consistieron en dos salas de Operaciones completamente equipadas que llevan el nombre de Don Tomas en su placa respectiva, una sala de parto y 150 camas con sus respectivos colchones donativo de la familia Regalado. Esta es la historia de la construcción y equipamiento del Hospital de Maternidad que cedió en los 15 años de su



funcionamiento del mismo como vemos si no hubiera sido por la generosa ayuda, el entusiasmo y dinamismo de Don Tomas Regalado quien se preocupó y se desveló para construir y dotar de su equipo necesario y funcionamiento del hospital.

### **1961-1965**

El 3 de octubre de 1962 comenzó a funcionar el servicio de Colpocitología y Endocrinología dirigido por la Dra. Marta Gladys Urbina quien desempeño una magnífica labor verificando hasta más de 58, 000 exámenes citológicos siendo en la actualidad una rutina del hospital tomar citología cervico vaginal a todas las pacientes que se examinan en los consultorios de ginecología y prenatal para hacer un diagnóstico precoz del cáncer cervico uterino y es así como hasta la fecha se han descubierto muchos casos de carcinoma in situ lo que permite curar el 100% de estas pacientes y otro número de pacientes de cáncer más alcanzado tratadas por Radium y cirugía radical. Y en Endocrinología la investigación de ganado propinas crónicas se verifica en toda paciente con embarazo molar.

Con mucho esfuerzo en esa época un banco de sangre que fue de mucha ayuda el trabajo de emergencia quirúrgica que permite salvar muchas vidas en esta época, se practican 4, 454 transfusiones.

### **1965-1969**

En el año de 1962 se funda en el hospital el servicio de Oncología Ginecología siendo su jefe el Dr. Narciso Díaz Barzan quien venía funcionando como consultante de Oncología desde su fundación. Este servicio recibió un donativo muy valioso por el Sr. Walter T. Deininger por gestiones del Dr. José Isaías Mayen consistente de 100 mg. De Radium, dos sets de aplicadoras y un transportador Herman lo cual vino a llenar la necesidad de Radium para el tratamiento de nuestras pacientes de dicho servicio hoy se benefician muchas enfermeras que padecen de cáncer con este valioso Radium, elemento curativo.

### **3.3.3 Identificación del Servicio**

El Hospital Nacional Especializado de Maternidad "Dr. Raúl Argüello Escolán", es una Institución Pública de servicio, que forma parte de la organización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República de El Salvador, con la categoría de Hospital Nacional Especializado de Tercer Nivel, que brinda atención ginecológica y perinatal dirigido a resolver los problemas en salud de alta complejidad de la mujer salvadoreña y su recién nacido a través de atención multidisciplinaria, con adecuada administración de los recursos humanos, técnicos, financieros, y excelente formación académica del recurso humano, mediante alianzas con diferentes instituciones públicas y privadas en el campo Nacional y Centroamericano.

### 3.3.4 Principales funciones del hospital

- Atención preventiva y curativa a la población femenina en el área de Obstetricia incluyendo adolescentes y pacientes con embarazo de alto riesgo.
- Atención preventiva y curativa a la población Femenina en el área de ginecología tanto para cirugía, tratamiento médico.
- Atención de pacientes en los diferentes servicios de hospitalización y consulta externa así como hospital de día.
- Atención de pacientes con patología neoplasia pélvica y de mama.
- Atención de pacientes que requieren atención de las diferentes sub especialidades de la Ginecología y Obstetricia.
- Atención de pacientes en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos e intermedios.
- Atención de pacientes que son referidas de las diferentes maternidades a nivel nacional.
- Atención de recién nacidos y su alojamiento conjunto con la madre en el área de Puerperio.

Existen 3 formas de ingreso para las pacientes:

- 1- Unidad de Emergencia.
- 2- Consulta externa.
- 3- Traslado directo de otro hospital.

Las principales áreas del Hospital Nacional de Maternidad son:

**Neonatología:** es la rama de la pediatría dedicada a la atención del bebé recién nacido desde su nacimiento hasta los 28 días.

**Puerperio:** es el período de tiempo comprendido entre el parto (normal) y la recuperación de los órganos genitales de la mujer.

**Cirugía obstetricia:** es la división que se centra durante la cirugía del parto.

**Infectología:** hace referencia a las enfermedades infecciosas adquiridas en el hospital.

**Perinatología o Patología del embarazo:** es una rama de la gineco-obstetricia que se encarga del estudio y control de los embarazos de alto riesgo, durante todo el embarazo hasta el nacimiento del bebe y el control posterior.

**Oncología:** ofrece tratamiento integral del paciente con cáncer ginecológico (incluyendo la mama), desde su diagnóstico hasta su curación.

**Ginecología:** hace referencia a la especialidad médica y quirúrgica que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino.

**Emergencias:** es una enfermedad o lesión repentina que necesita tratamiento inmediato, dependerá fuertemente de la situación, del paciente y de la disponibilidad de recursos para asistirlo.

**Ultrasonografía:** es un método de diagnóstico que se basa en el uso de ultrasonido (sonido de alta frecuencia, no audible), para evaluar las estructuras fetales, anexos ovulares durante la gestación y otras enfermedades.

### 3.3.5 Procesos asistenciales clave según la Dirección Nacional de Hospitales:

“La Dirección Nacional de Hospitales tiene particular dedicación a mejorar los procesos asistenciales clave de la institución sanitaria”, para lo cual ha identificado para de manera general para este tipo de instituciones los siguientes:

- a. Atención de Emergencias
- b. Atención en consulta externa
- c. Atención en las salas de hospitalización
- d. Atención en salas quirúrgicas

Estos son los procesos que engloban el servicio que el HNEM brinda a los usuarios y se interrelacionan según el caso particular de los pacientes, requiriendo el servicio de muchas o pocas áreas del Hospital. Hay áreas en las que se realizan procesos más críticos debido a los efectos en el estado de salud del paciente y los recursos empleados tales como personal, equipo, medicamentos, etc., y para desarrollarlos se necesita eficiencia en los procesos y control en la calidad del servicio.

### 3.3.6 Recursos<sup>4</sup> del Hospital Nacional Especializado de Maternidad (HNEM)

Para dimensionar de manera general los recursos del hospital se consideran los siguientes tres tipos de recurso:

- ✓ Recurso Humano

El personal del Hospital es de 669

- ✓ Presupuesto

El presupuesto para el año 2011 fue de \$ 12, 518,080

El presupuesto para el año 2012 fue de \$ 13, 650,710

- ✓ Número de camas

La capacidad del hospital se refleja en el número de camas censables el cual es de 232.

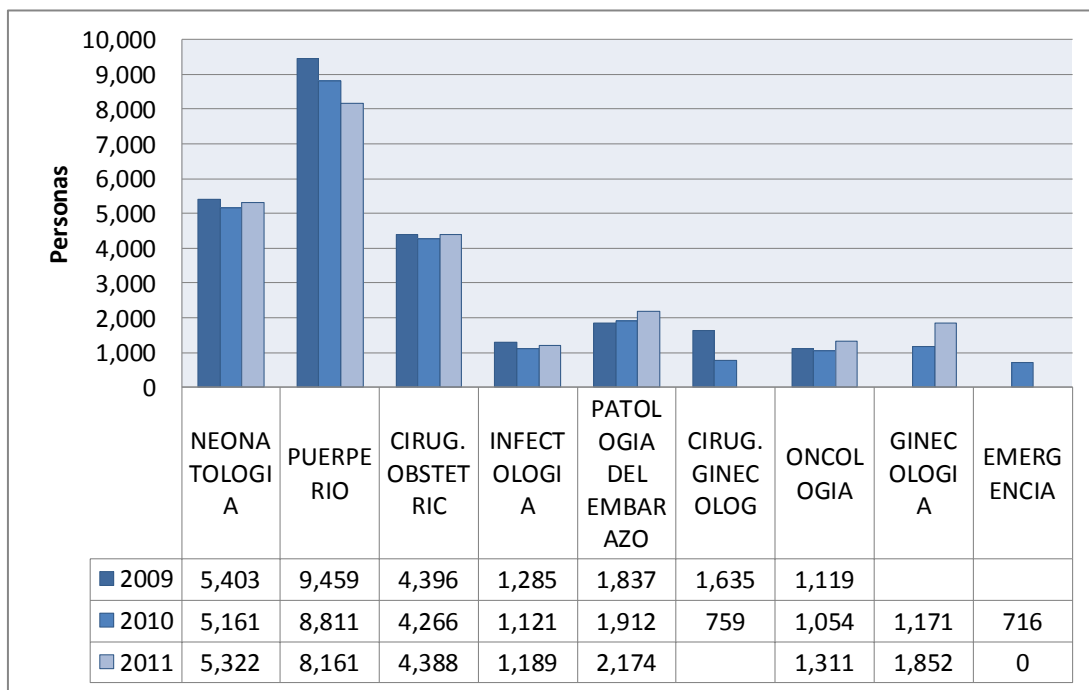
---

<sup>4</sup>Para más detalles sobre los recursos ver Anexo E

### 3.3.7 Estadísticas

Las estadísticas registradas por el hospital incluyen los días de estancia de las pacientes y sus bebés, el total de personas ingresadas, el promedio de días de estancia, el número de personas que han egresado del hospital, el número de fallecidos entre otros. A continuación se presenta información relevante de las estadísticas del HNEM (Estadísticas completa en Anexo D)

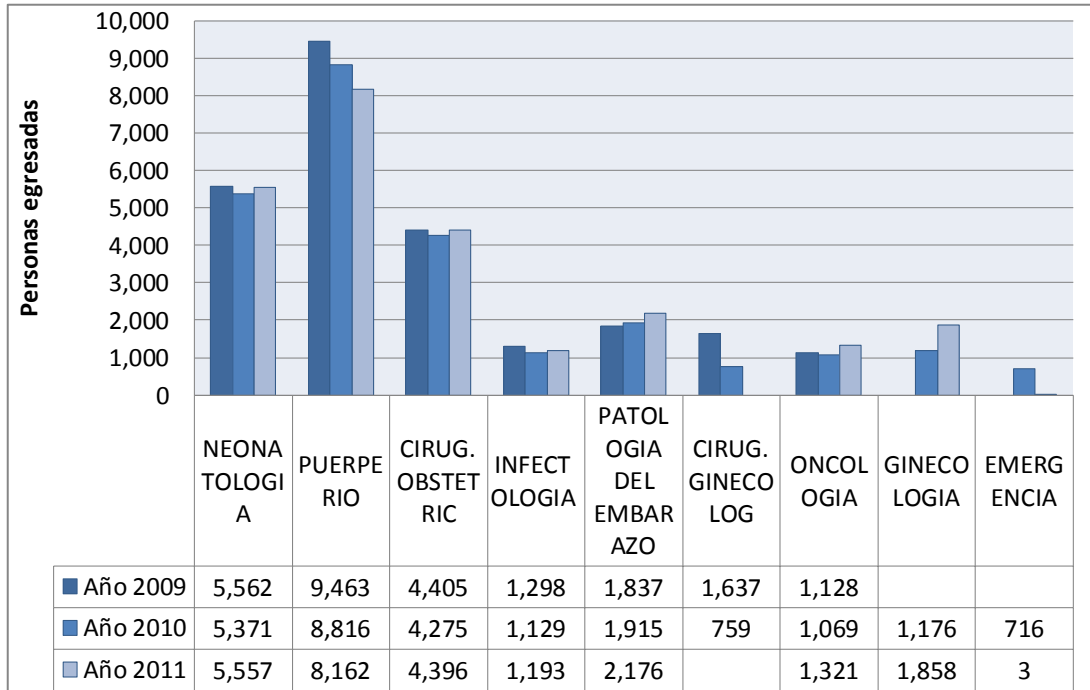
**Gráfico 1 TOTAL VIVOS**



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 1 se observa las personas egresadas, excluyendo los fallecidos. La cantidad de cada área está relacionada con la demanda de cada una de ellas (se puede ver en el gráfico 2)

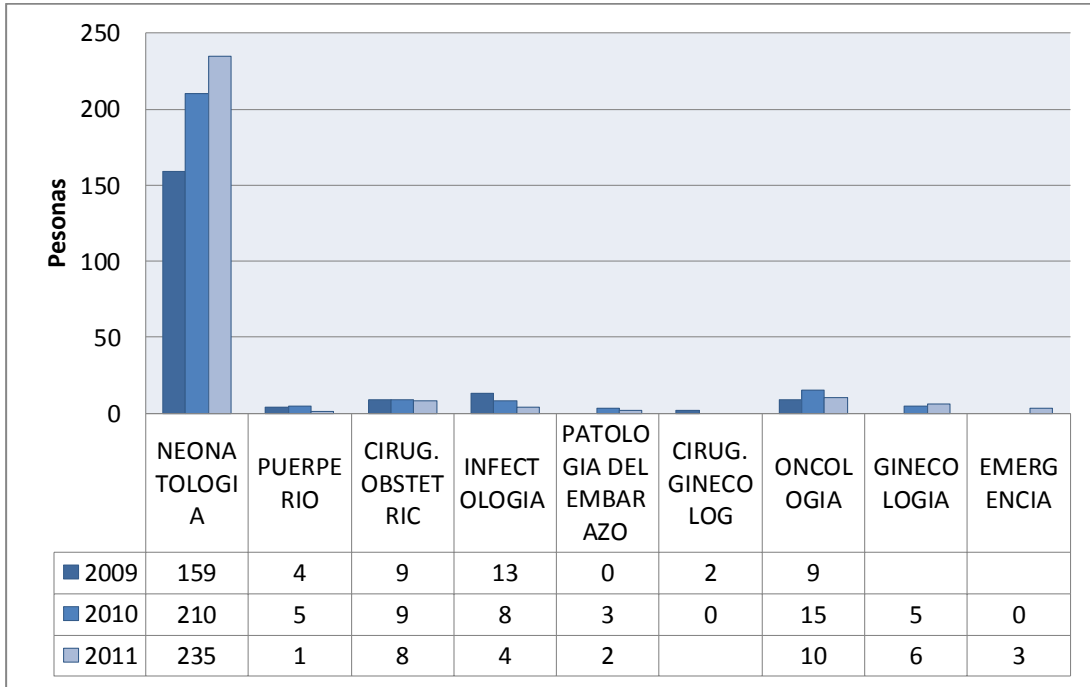
**Gráfico 2 TOTAL EGRESOS**



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 2 se puede observar la demanda que ha tenido cada área en materia de personas atendidas que han requerido ingreso para recibir atención médica. Se observa que es en el área de Puerperio donde ha habido la mayor cantidad de egresos en los últimos 3 años con un 35.15%, seguido de neonatología con un 21.92% y en tercer lugar cirugía obstétrica con un 17.38%. La tendencia en la demanda en Puerperio ha disminuido en un 13.7 % con respecto al año 2009, así mismo Neonatología presenta prácticamente el mismo nivel con respecto al 2009 salvo por la disminución de un 3.4% en el año 2010. En Cirugía Obstétrica se mantiene en un comportamiento similar con respecto al 2009 pero hubo una disminución de un 3% en el año 2010.

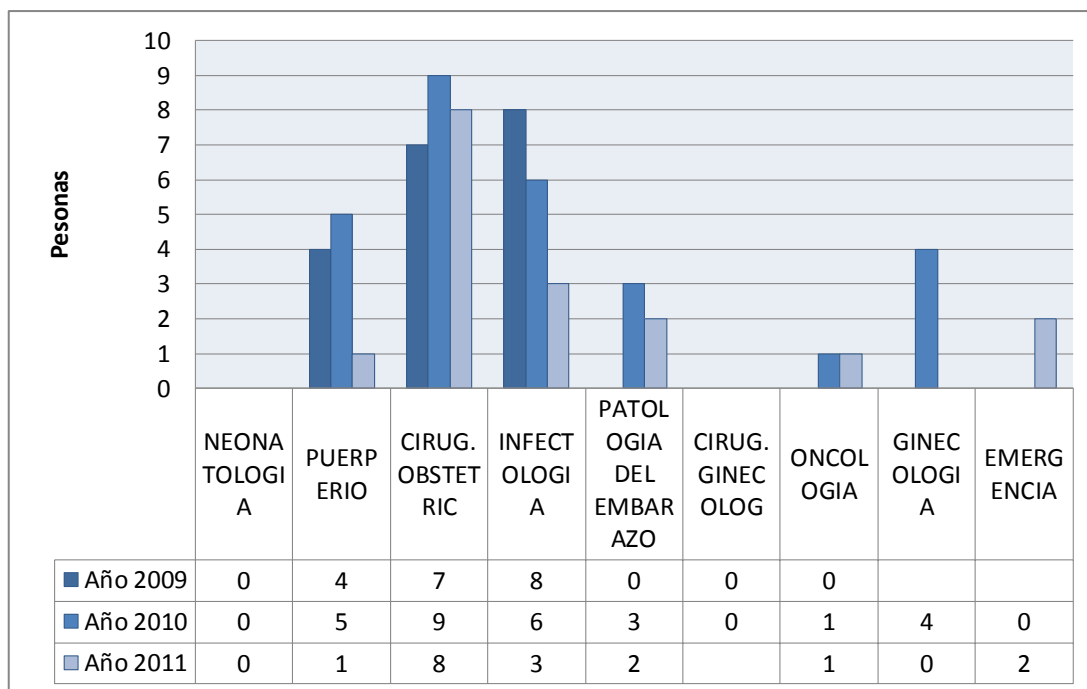
**Gráfico 3: Total de Muertos**



Fuente: Elaboración propia

El gráfico 3 denota la cantidad de muertos por área de atención, en el que se observa que las muertes se dan en un 83.89% en Neonatología en los últimos 3 años. Además se observa que con respecto al año 2009 ha habido un incremento de 47.8%, en ambos años la cantidad de egresos ha sido muy similar. También para el año 2010 hubo un incremento de un 32.1% año en el que los egresos fueron menores con un 3.4 % con respecto al 2009.

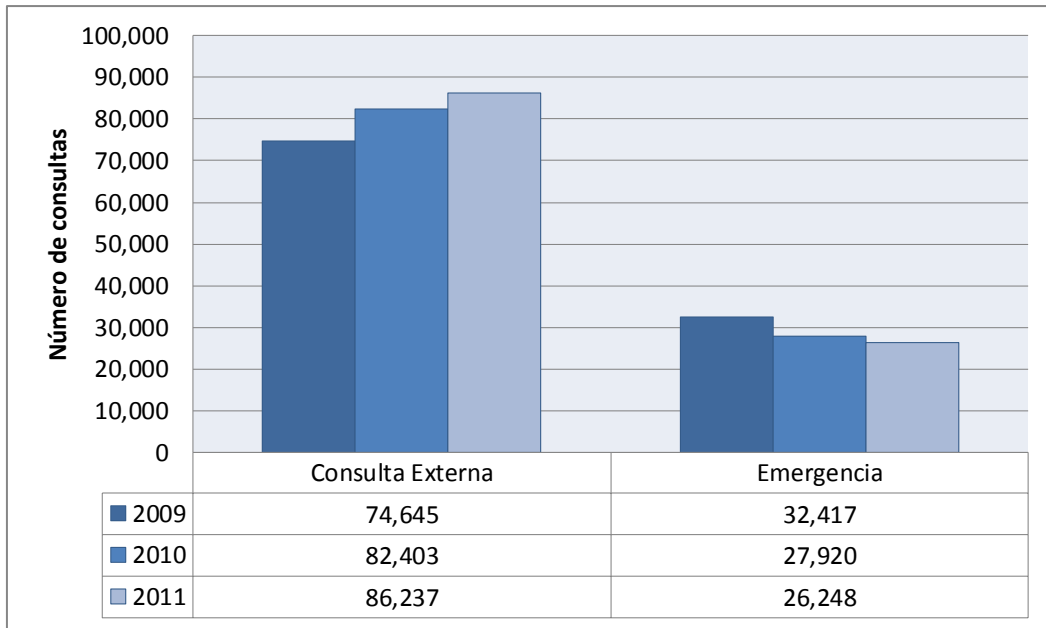
**Gráfico 4: Muertes Maternas**



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 4, se observa que en Cirugía Obstétrica se tiene la mayor cantidad de muertes maternas con un 37.50%, seguido de Infectología con un 26.56% y en tercer lugar por Puerperio con 15.63%.

**Gráfico 5: Consultas Realizadas**



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 5 se tiene el total de consultas para los dos tipos, del total de consultas para los últimos tres años el 73.75% ha sido Consulta Externa y un 26.25% de Emergencia. Con respecto al año 2009 ha habido un incremento de la Consulta Externa un 15.5% y de Emergencia ha habido una disminución de un 19% con respecto al mismo año.



### 3.3.8 Esfuerzos para la mejorar la calidad en el hospital

En el marco del Plan de Gobierno 2004-2009 País Seguro, una de las acciones estratégicas, es la promoción de los programas de mejoramiento de la calidad en los establecimientos de salud, lo que conllevó a elaborar el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud en El Salvador, en el cual se enfatiza la calidad en aspectos relacionados al trato cordial, infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos, procesos de atención, competencia técnica, entre otros. Así mismo, la propuesta de creación del Sistema Nacional de Salud contiene entre los objetivos estratégicos, "mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud, considerando como eje del modelo de atención a la persona, familia y la comunidad, garantizando la calidad y la calidez de la relación con los usuarios de los servicios de salud".

A nivel internacional, El Salvador como país suscriptor de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), ha adquirido compromisos, estableciendo metas e indicadores para cada uno de ellos; priorizando en el sector salud, los relacionados con la salud de la mujer y el recién nacido, a fin de incidir en la disminución de morbilidad materno perineonatal.

Para el abordaje de lo anteriormente descrito, se retoma el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud en lo relacionado a los Ejes de Intervención No. 6: la Mejora Continua de la Calidad en los Establecimientos de Salud y al Eje No. 7: Capacitación en Calidad, los cuales deben incidir en los procesos de atención en salud dirigidos a la población; considerándose de suma importancia enfocar la calidad en busca de la satisfacción de los usuarios internos y externos, la familia y entorno, desarrollando trabajo en equipo y el ciclo de mejora continua de los procesos de atención con intervenciones basadas en evidencias.

De acuerdo al análisis de problemas en la calidad y sus causas, en los establecimientos de salud, enunciados en el Programa Nacional de Garantía de la Calidad, se reconocen como elementos críticos, entre los cuales podemos mencionar: deficiencia en la dotación y competencia de los recursos humanos en salud, gestión de los recursos asistenciales y control de la provisión de los servicios de salud; además encontramos limitación en el mejoramiento sistemático de los procesos de atención y administrativos que nos limitan para disminuir las brechas en salud.

Ante lo descrito anteriormente, es necesario establecer un modelo de Mejora Continua que sirva de guía para incorporar el enfoque de calidad como parte integral en la provisión de los servicios de salud, por lo que el Ministerio de Salud propuso la Guía Técnica para la Mejora Continua de la Calidad, la cual permite valorar las situaciones que deben mejorarse y realizar las propuestas desde una perspectiva objetiva.

Con el apoyo de la USAID bajo la asistencia técnica del proyecto "Fortalecimiento de Salud" orden de trabajo B, el MINSAL ha desarrollado iniciativas de mejora continua de la calidad utilizando los ciclos rápidos de mejora y la autoevaluación, aplicando estándares de calidad a los procesos de atención en planificación familiar, obstétricos, neonatales, los cuales constituyen la experiencia de la que se ha partido para formular la Guía Técnica de

Mejora Continua de la Calidad (MCC), documento normativo para todos los servicios de salud, publicado en enero de 2009.

Con el propósito de facilitar el conocimiento sobre la estrategia de Mejora Continua de la Calidad y el uso de dicha guía se han tenido talleres de trabajo con el personal técnico de URC y sesiones de aprendizaje con el personal de los comités regionales y locales de Salud, los cuales han servido de base para elaborar el documento “Cuaderno de Trabajo”, el cual está dirigido, en orden descendente, al personal de los tres niveles: a.) Local: establecimientos de primer nivel y de forma particular a los hospitales, como encargados directos del proceso de atención, b.) Regional: en su función de apoyo y asesoría para los establecimientos de salud y c.) Superior: como conductores de la gestión de los programas de atención.

El objetivo de este documento es que la audiencia tenga una herramienta de **auto capacitación y consulta** para profundizar los conocimientos y aplicar de forma oportuna y correcta la Guía Técnica de Mejora Continua de la Calidad (GTMCC) de los servicios de salud.

A partir del año 2,010 en el marco del Plan de Gobierno, una de las acciones estratégicas, es la implementación de programas de la MCC en todos los establecimientos de salud, lo que conllevó a elaborar el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de los establecimientos de salud, en el cual se enfatiza la calidad en aspectos relacionados al trato cordial, infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos, procesos de atención, competencia técnica, entre otros.

Uno de los objetivos estratégicos planteados fue “mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud, considerando como eje del modelo de atención a la persona, familia y la comunidad, garantizando la calidad y la calidez de la relación con los usuarios de los servicios de salud”.

De acuerdo al análisis de problemas en la calidad y sus causas, se reconocen como elementos críticos los siguientes: deficiencia en la dotación y competencia de los recursos humanos en salud, gestión de los recursos asistenciales y control de la provisión de los servicios de salud; además se encontró limitación en el mejoramiento sistemático de los procesos de atención y administrativos que limitan para disminuir las brechas en salud.

A principios de este año se aprobó el Lineamiento de Calidad para los Hospitales para el desarrollo de la Mejora Continua de la Calidad en los servicios de salud utilizando los ciclos de planificación, ejecución, verificación y análisis.

El Comité de Calidad se convertirá en Unidad Organizativa de la Calidad y se conformará así:

- Dos delegados(as) de la Dirección Nacional de Hospitales.
- Un representante de la Unidad de monitoreo hospitalario.
- Un representante de la Unidad de Atención Integral e Integrada de Salud Sexual y Reproductiva.

- Representante de la Unidad de enfermería.
- Representante del Comité de IAAS (Indicadores de prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria).
- Representante de la Unidad de Salud Ambiental.
- Otros representantes que la autoridad considere pertinentes.

Las actividades de la Unidad serán:

- 1- Cumplir el plan operativo anual elaborado en su seno.
- 2- Monitoreo y evaluación del cumplimiento del programa de mejoramiento continuo de la calidad, en los servicios hospitalarios.

## 4. GENERALIDADES DEL ENTORNO

### 4.1 Situación actual de los nacimientos en El Salvador

El país ha experimentado cambios en la administración, llegando hasta el MINSAL, cambios que se darán paulatinamente con el propósito de brindar un mejor servicio a la población salvadoreña, ya que la situación actual es alarmante en el área de la Salud, prueba de ello se presenta el siguiente reportaje obtenido de [www.elsalvador.com](http://www.elsalvador.com)<sup>5</sup> el cual ha sido elaborado Por YAMILETH CÁCERES [Domingo, 10 de Junio de 2012].

#### **CRECE NÚMERO DE NIÑOS QUE NACEN ANTES DE TIEMPO**

Informe mundial alerta a los países para que tomen medidas y reduzcan la cantidad de partos prematuros. El año pasado, en el país, el 10.7 % de los bebés nacieron antes de las 37 semanas

En los Servicios de Neonatología de los hospitales del sistema público ya no es extraño ver a decenas de bebés que nacieron antes de tiempo y que se aferran a la vida.

De acuerdo con datos del Ministerio de Salud (MINSAL), en los últimos dos años la cifra y el porcentaje de prematuros se incrementó.

En 2009 se registraron 7,270 nacimientos prematuros, eso representa el diez por ciento con relación al total de niños nacidos. La cifra aumentó en los dos años siguientes, en 2011, el MINSAL, registra la atención de 8,648, un 10.7 por ciento.

Esta alza ha provocado saturación en las salas de Neonatos; por ejemplo, en Maternidad es común ver a dos recién nacidos en una misma incubadora, incluso pueden colocar hasta tres infantes. En ese centro materno, la frecuencia de este tipo de nacimientos es cada vez mayor; el año pasado el índice de prematurez llegó a un 20 por ciento. En el país y en el mundo, el tema es considerado un problema grave de salud.

Carlos Meléndez, coordinador de la Unidad de Atención Integral e Integrada a la Salud Sexual y Reproductiva del MINSAL, dijo que la prematurez es la primera causa de mortalidad asociada a los primeros 28 días de nacidos.

Agregó que para 2011, las muertes por prematurez representaron el 43 por ciento de todas las defunciones neonatales.

"Es un problema creciente no solo en El Salvador sino en todos los países del mundo. El año pasado, la prematurez fue la primera causa de los problemas que acompañaron a los niños durante su primer año de vida", añadió Meléndez.

Agregó que nacer prematuro es un marcador de vida, esa condición no solo implica mayor riesgo de morir sino de producir secuelas psicológicas, visuales, parálisis

<sup>5</sup>[http://www.elsalvador.com/mwedh/nota/nota\\_completa.asp?idCat=47673&idArt=6978146](http://www.elsalvador.com/mwedh/nota/nota_completa.asp?idCat=47673&idArt=6978146)

cerebral, problemas respiratorios crónicos...

Meléndez explicó que en el área de salud perinatal son cinco los problemas más grandes: los nacidos muertos, la prematurez, las malformaciones congénitas, las infecciones y la asfixia neonatal.

Por su parte, Edgard Erazo, presidente de la Asociación de Neonatología de El Salvador (ASONES), manifestó que "esos indicadores de salud, que reflejan como es el desarrollo de una nación, en lugar de ir disminuyendo ha ido subiendo".

Erazo expresó que la cifra de bebés que llegan al mundo antes de tiempo debe reducirse. Añadió que la atención del prematuro demanda un elevado consumo de recursos hospitalarios, de equipo, insumos, medicamentos, personal idóneo, entre otros.

Refiere que los muy prematuros tienen ingresos hospitalarios frecuentes y enfrentan una serie de problemas de salud.

Meléndez expuso que "tener a un niño prematuro para una familia es una sorpresa, la mayoría de ellos pasan largos periodos de internación en los hospitales, muchos de ellos necesitan apoyo respiratorio".

El costo, aproximado diario, de un niño prematuro en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales oscila entre \$2,500 a 3,000. En promedio estos infantes pasan de 14 a 21 días internados en esa área.

El presidente de ASONES considera que se debe reforzar el trabajo de la prevención de los partos en adolescentes, incrementar el control prenatal y el parto hospitalario para incidir en la baja de estos porcentajes. La tercera parte de todos los embarazos, en el sistema público, son de adolescentes.

Meléndez dijo que la prematurez va en aumento por que se han incrementado los problemas hipertensión del embarazo, los partos en adolescentes, los trastornos metabólicos.

"Los estudios demuestran que los prematuros son los obesos e hipertensos del mañana. La prematurez No solo determina la infancia sino la edad adulta", sostiene Meléndez.

Entre las estrategias que implementa el MINSAL, para reducir este indicador, se encuentra el programa de Madre Canguro, su objetivo es la lactancia materna y reducir el número de estancia hospitalaria de los infantes, también trabajan en la creación de los bancos de leche.

Además, buscan prevenir el embarazo en adolescentes ya que el 25 por ciento tiene probabilidades de que se le adelante el parto; además buscan evitar infecciones en el embarazo y que ingieran micronutrientes.

Un informe reciente, de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros, denominado "Nacidos Demasiado Pronto" da una voz de alerta a los gobiernos sobre el elevado número de infantes que nacen antes de las 37 semanas de gestación.

El documento detalla que en el mundo la tasa va en aumento, excepto en tres países.

Al año, 15 millones de bebés nacen demasiado pronto, más de un millón de infantes fallece a causa de las complicaciones de ser prematuro.

"No se puede lograr un avance global en la salud y supervivencia infantil para y más allá de 2015 sin encarar el nacimiento prematuro", detalla el documento. Mediante el informe llaman a que se acelere la prevención de este tipo de partos. De acuerdo al documento "Nacidos Demasiado Pronto", El Salvador es el segundo país en Centroamérica con las tasas más altas, para 2010. Guatemala; Panamá y Nicaragua tienen las tasas más bajas con 7.7, 8.1 y 9.3 por cien nacidos vivos. En reiteradas ocasiones se solicitó una entrevista con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) El Salvador, pero no la proporcionaron.

#### ***4.2 Propuesta del gobierno a la situación actual de la salud en El Salvador***

El reto es grande pero la administración gubernamental tiene el deseo de mejorar la situación, muestra de ello las palabras del Presidente Mauricio Funes en la Colocación de Ofrenda Floral por la Conmemoración del CLXXXIX Aniversario de la Independencia Patria hecha el 15 de septiembre de 2010 y las metas del MINSAL para el quinquenio 2009-2014

##### **“Salud es la prioridad”**

“La reforma más trascendental que hemos iniciado es la creación del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud. Esta es una iniciativa revolucionaria, un cambio profundo que llevará atención médica a cada uno de los salvadoreños, empezando por los que nunca la recibieron, que son los más pobres y excluidos...”

Este nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud, junto a la eliminación de las cuotas voluntarias y el suministro de medicamentos gratuitos, significará un aumento de la inversión destinada a salud, en 2011, de más de 100 millones de dólares. Un esfuerzo sin precedentes, realizado además en un contexto de fuertes restricciones presupuestarias... Para decirlo de modo directo: la Salud es la prioridad de mi Gobierno”

### **4.3 Principales metas del Ministerio de Salud (MINSAL) para el quinquenio 2009-2014**

#### **Avances en la reducción de la mortalidad**

- a) Reducción de la mortalidad materna,
- b) Reducción de la mortalidad infantil.

#### **Cobertura de los servicios de salud**

Se logrará cubrir a la población salvadoreña no cubierta por otros prestadores de servicios de salud en la red de servicios del MINSAL en todo el país; b) con ello y el nuevo modelo de atención se logrará la protección de la familia contra las consecuencias del daño a la salud y la enfermedad; c) eliminación de las barreras económicas y geográficas que limitan el acceso a la salud; d) reducción de la inequidad de género en la atención a la salud.

#### **Capacidad resolutive de los servicios de salud**

Los servicios de salud aumentarán su capacidad de resolver los problemas de salud en toda la red y un sistema de referencia y retorno apropiado permitirá que los niveles de mayor complejidad resuelvan las referencias desde los niveles de menor complejidad.

#### **Calidad y calidez**

El esfuerzo por aumentar la cobertura de los servicios públicos de salud está siendo acompañado de un esfuerzo igual para la mejora de la calidad y la calidez en toda la red de servicios. El aumento de la calidad repercutirá en el logro de los objetivos sanitarios del sistema (tanto en cuanto a la reducción de la mortalidad como de la morbilidad); la mejora en la calidez redundará en mejores niveles de satisfacción de la población con los servicios de salud y en el estímulo a la participación social para permitir la consolidación de los logros alcanzados y la rendición de cuentas a la sociedad.

#### **Desarrollo de un Sistema Único de Información en Salud**

La extrema fragmentación de la información en salud es otro grave problema del sistema de salud actual. Un sistema de información único permitirá tener una visión completa y estratégica de la situación de salud, mejorar el análisis en la toma de decisiones, desarrollar políticas en salud, evaluar los resultados de las múltiples intervenciones realizadas, así como acciones y estrategias destinadas a controlar epidemias y mitigar situaciones de desastre.

#### **Recursos Humanos en Salud como piedra angular del Sistema Nacional Integrado de Salud**

Los trabajadores de la salud son el pilar del sistema de salud y eje de la Reforma. Para que produzca el servicio con calidad, calidez y dignidad es necesario asegurar que el personal de salud -adecuado y motivado- trabaje de manera efectiva y productiva en el lugar que se le necesita y en el momento que se le requiere. En esto consiste básicamente una política de desarrollo de recursos humanos en salud. En diciembre del 2010 se inició la elaboración de la Política Nacional de Recursos Humanos de Salud.

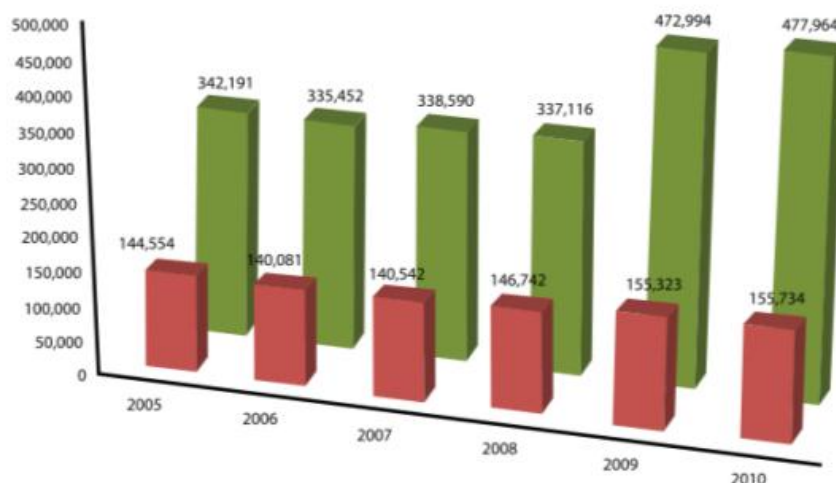
#### 4.4 Causas de mortalidad en el salvador<sup>6</sup>

Las causas de mortalidad en El Salvador son diversas y las principales las definimos a continuación:

##### 4.4.1 Hospitalizaciones

La demanda de atenciones en la red de hospitales del MINSAL en los últimos dos años se ha incrementado considerablemente, con un aumento del 39.7% en el 2010 en comparación al 2005. Asimismo, las intervenciones quirúrgicas mayores se han incrementado un 7.7% para el mismo periodo.

**Gráfico 6: Egresos Hospitalarios e intervenciones quirúrgicas mayores atendidas en los servicio de salud de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, El Salvador**



Fuente: Estimación de cuentas en salud/ Unidad de economía de la salud/ Dirección de planificación.

Para el 2010, del total de egresos reportados por el SNS, el 78,4% fueron de los 30 hospitales del MINSAL evidenciando un incremento del 3% con respecto al 2009. Sin embargo, en el Hospital Nacional Rosales y los hospitales de Sonsonate, La Unión, Usulután, Metapán, Zacatecoluca y Jiquilisco, el incremento fue por arriba del 10% y hasta de un 21%.

Dentro de las atenciones hospitalarias, entre las primeras diez causas de egreso están las relacionadas a las atenciones del área ginecológica, como son el parto único espontáneo, sin otra especificación, falso trabajo de parto y el parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice, las cuales representan un 13.7% (51,336). Al analizar por tipo de morbilidad, las diarreas y neumonías ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente. La insuficiencia renal crónica ocupó la décima causa de egreso hospitalario afectando principalmente al sexo masculino (67,5%). Más del 50% de las

<sup>6</sup> Fuente: Memoria de labores 2011 MINSAL



hospitalizaciones por diarreas, neumonías y apendicitis aguda fueron en atenciones brindadas al sexo masculino.

Nº	Causa específica	Masculino	Femenino	Total
1	Parto único espontaneo, sin otras especificación	-	42,191	42,191
2	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	6,400	5,948	12,348
3	Neumonía, no especificada	5,399	4,699	10,098
4	Apendicitis aguda, no especificada	4,471	3,917	8,388
5	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1,817	4,427	6,244
6	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación		4,427	4,427
7	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	549	3,757	4,306
8	Parto único espontaneo, presentación cefalea de vértice		4,222	4,222
9	Asma, no especificada	1,768	2,420	4,188
10	Insuficiencia renal crónica, no especificada	2,526	1,218	3,744
	Demás causas	107,557	166,562	274,199
	<b>Total</b>	<b>130,487</b>	<b>244,284</b>	<b>374,771</b>

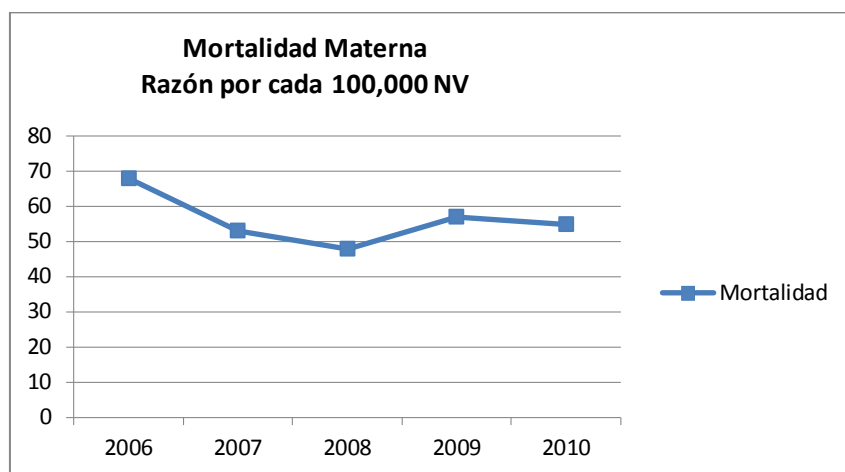
**Tabla 3 Principales causas de egreso utilizando la lista de Morbilidad por causas Especificas Disgregadas por Sexo, El Salvador, MINSAL, Enero - Diciembre 2010**

Fuente: Sistema de Morbimortalidad SIMOW, Servicios del MINSAL, 2010.

#### 4.4.2 Mortalidad materna

Para el 2010 la tasa de mortalidad materna registrada a nivel nacional fue de 55.79 por 100,000 nacidos vivos, evidenciándose un leve descenso en comparación al año 2009 (ver gráfico). De estas, el 61% fueron de tipo directa, similar tendencia a la registrada durante el período del 2006 al 2008, siendo las infecciones/sepsis, hemorragias graves y trastornos hipertensivos las principales causas de mortalidad.

**Gráfico 7: Mortalidad Materna registrada a nivel nacional, Años 2006-2010**



Fuente: Memoria de labores MINSAL 2011.

El departamento de San Salvador registró el mayor número de muertes. Luego de San Salvador, la mayor cantidad de fallecimientos corresponde a los departamentos de Santa Ana, San Miguel, Ahuachapán y La Libertad con el mismo número de muertes. Un 54% procedían del área urbana. Sin embargo, en los departamentos de Sonsonate, La Paz, La Unión y Morazán, las mujeres fallecidas procedían del área rural.

Clasificación	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Sub total DIRECTAS</b>	41	41	41	36	43
<b>Sub total INDIRECTAS</b>	30	16	12	36	27
<b>Total defunciones Maternas por causa directa e indirecta*</b>	71	57	53	72	70
<b>Nacimientos según DIGESTYC</b>	107,111	106,471	112,049	124,898	125,464
<b>Razón /tasa por 100,000 nv</b>	66.29	53.54	47.30	57.65	55.79

**Tabla 4: Defunciones y nacimientos.**

Fuente. MINSAL

\* Se excluyen las muertes no relacionadas

#### 4.4.3 Mortalidad infantil

Al revisar las estadísticas de mortalidad infantil reportadas por DIGESTYC y compararlas con las notificadas por el MINSAL se evidencia que más del 90% son reportadas por este último. Para el 2010, la tasa de mortalidad en menores de cinco años, infantil y perinatal demuestra una reducción importante respecto al 2009, como se evidencia en la tabla 5. Respecto a las causas de mortalidad infantil en los diferentes grupos de edad se observa similar comportamiento, ya que la causa predominante de defunción corresponde a los diagnósticos relacionados con las afecciones originadas en el período perinatal (inmadurez, prematuridad, recién nacidos pre-término, síndrome de distrés respiratorio, sepsis y malformaciones congénitas). Es importante mencionar que estos diagnósticos prevalecieron como principales causas de mortalidad infantil, neonatal y perinatal durante el año 2009.

AÑO	Menores de 5 años		Menores de 1 año		Neonatales (< de 28 días)		Perinatal		Fetal general (nacidos muertos)		Total nacidos vivos
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	
2005	1,112	9.9	955	8.5	665	5.8	1,240	11.0	852	7.6	112,769
2006	1,090	10.2	88	8.2	565	5.3	1,143	10.7	708	6.6	107,111
2007	1,090	10.2	950	8.9	633	5.9	1,278	12.0	859	8.1	106,471
2008	990	8.8	861	7.7	558	5.0	1,199	10.7	836	7.5	112,049
2009	1,048	8.4	889	7.1	558	4.5	1,204	9.6	825	6.6	124,898
2010	990	7.9	863	6.9	565	4.5	1,145	9.1	774	6.2	125,464

**Tabla 5. Defunciones en menores de 5 años, infantiles, neonatales y perinatales registrados en los servicios del MINSAL (2005-2008) y en todo el Sistema Nacional de Salud (2009-2010)**

Fuente: Sistemas Estadísticos Institucionales, MINSAL



# **CAPITULO 2: METODOLOGÍA GENERAL**

## **DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD EN FUNCIÓN DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008**

Lo primero que es necesario definir es el tipo de investigación que se desea realizar. La selección del tipo de investigación determinará los pasos a seguir del estudio, sus técnicas y métodos que puedan emplear en el mismo. En general determina todo el enfoque de la investigación influyendo en instrumentos, y hasta la manera de cómo se analiza los datos recaudados.

Es por ello que en este capítulo se especifica la metodología seguida para determinar el nivel de cumplimiento de la gestión de la calidad actual, a partir de una comparación de la situación actual del gerenciamiento de la calidad con los requerimientos que exige la Norma ISO 9001:2008 a los Sistemas de Gestión de Calidad, a fin de determinar la brecha existente en relación a la norma, y tener una concepción de los elementos que integrarán el Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional de Maternidad.

Para la metodología de este apartado, se han tomado elementos de normativas directrices para la auditoria de los sistemas de gestión de la calidad, tal como la Norma ISO 19011:2002<sup>7</sup>, adaptando estos elementos a los objetivos, exigencias y necesidades de la investigación; debido a que la investigación se asemeja a auditorías al Sistema de Gestión de Calidad que realizan las instituciones, no solo para comprobar su cumplimiento sino para su revisión, con el propósito de eliminar aquellas cláusulas que se hayan considerado innecesarias durante su vigencia, se incorporen las que hayan sido aconsejadas por las circunstancias presentes y se modifiquen las que obedezcan de alguna incorrección o defecto. (Fernández Hatre, pág. 5).

Las auditorias de calidad según la norma UNE 66,001, “son exámenes metódicos e independientes que se realizan para determinar si las actividades y resultados relativos a la calidad satisfacen las disposiciones previamente establecidas y para comprobar que estas disposiciones se llevan a cabo y que son adecuadas para alcanzar los objetivos previstos”.

Los objetivos de las auditorias de calidad son: (Fernández Hatre, pág. 6)

- ✓ Establecer el nivel de cumplimiento de los procedimientos que forman parte del sistema de calidad
- ✓ Comprobar que el cumplimiento de dichos procedimientos permite alcanzar los objetivos de calidad de la empresa

---

<sup>7</sup> ISO 19011:2002 DIRECTRICES PARA LA AUDITORIA DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD Y/O AMBIENTALES

- ✓ Proponer las acciones correctivas y de mejora necesarias para alcanzar el cumplimiento de los procedimientos y de los objetivos
- ✓ Proponer la modificación de los procedimientos cuando se demuestre que no son los adecuados para el desarrollo de la empresa.

He allí la diferencia con nuestra investigación cuya finalidad es concretar el estado actual de la gestión de la calidad y proveer de insumos para el Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional de Maternidad.

La auditoría permite realizar un estudio detallado del proceso desde el punto de vista de su calidad. El estudio del procedimiento auditado y el examen de su cumplimiento por parte de los auditores, junto con la aportación creativa de los responsables del proceso (sin la cual no se puede culminar el informe final), proporcionan las ocasiones de simplificar y mejorar la operación, con las miras puestas en el aumento de la calidad y el aumento de los costes. Y **“para poder realizar una auditoría debe estar preparada e implantada la norma que defina el producto o procedimiento objeto de la misma”**.(Fernández Hatre)

#### ETAPAS DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

1. Definición del programa de la investigación.
2. Establecer reuniones previas con directivos del Hospital Nacional de Maternidad.
3. Recopilar documentación necesaria para la investigación (procesos a investigar, especificaciones y normas, procedimientos que afecten a los procesos, informes de la calidad actual, encuestas de satisfacción del pacientes, entre otros).
4. Realización del cuestionario.
5. Determinar el plan de abordaje de la investigación In Situ.
6. Diseño de la ejecución de la investigación In Situ.
7. Analizar los resultados.
8. Determinar el nivel de cumplimiento de la Gestión de la Calidad Actual.

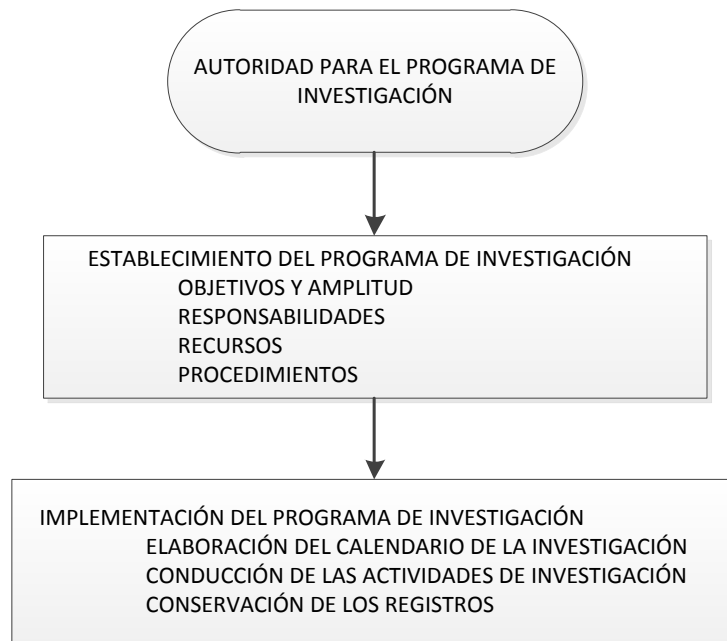
#### **1 PROGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN**

De acuerdo con la naturaleza del proyecto el programa contiene solamente una investigación para determinar el nivel de cumplimiento de la gestión de la calidad actual, este programa incluye todas las actividades necesarias para planificarla y organizarla, y determina los recursos para llevarla a cabo de forma eficaz y eficiente dentro de los plazos establecidos.

La alta dirección del Hospital Nacional de Maternidad deberá otorgar la autoridad para la gestión del programa de investigación, y a aquéllos a los que se han asignado la responsabilidad de gestionar el programa de investigación deberán:

- a) Establecer, implementar, realizar el seguimiento, revisar y mejorar el programa, e
- b) identificar los recursos necesarios y asegurarse de que se proporcionan.

La figura siguiente ilustra el diagrama de flujo para el manejo del programa de investigación del nivel de cumplimientos de la gestión de la calidad



**Figura 11 Diagrama de flujo del proceso para la gestión de un programa de investigación**

## **1.1 DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS, CRITERIOS Y AMPLITUD DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1.1 OBJETIVOS**

Deberían establecerse los objetivos del programa para dirigir la planificación y realización de la investigación. Estos objetivos pueden basarse considerando:

- a) prioridades de la dirección,
- b) propósitos comerciales,
- c) requisitos del sistema de gestión,
- d) requisitos legales, reglamentarios y contractuales,
- e) necesidad de evaluar a los proveedores,
- f) requisitos del cliente,
- g) necesidades de otras partes interesadas, y
- h) riesgos para la organización.

### 1.1.2 CRITERIOS

Los criterios son parámetros o estándares razonables para evaluar, en la fase de ejecución;

- El desempeño,
- El grado de cumplimiento de los objetivos establecidos,
- El cumplimiento de la normativa aplicable,

Comprenden las normas de rendimiento y control – sistemas de producción y control interno - a través de los cuales pueden ser evaluados los sistemas, así como el nivel de eficacia, eficiencia y economía de la gestión de organización investigada.

Generalmente, los criterios deben ser lo suficientemente amplios para permitir modos alternativos de satisfacerlos, pero lo suficientemente específicos para determinar su adhesión a ellos.

Para que el criterio sea más efectivo, deben ser aceptado por las partes involucradas en la investigación. Estos parámetros deben establecerse para cada uno de los procesos investigados o líneas de investigación. Deben ser relevantes, confiables, neutrales, entendibles y completos.

Los criterios de la investigación tienen diversas fuentes, entre ellas, cabe citar:

- Disposiciones y normas,
- Normas o estándares técnico-profesionales,
- Opinión de expertos,
- Buenas prácticas gerenciales y de administración,
- Información de desempeño de programas, proyectos u organismos similares al investigado (en complejidad, tipo de riesgo y bienes o servicios a proveer y/o prestar)

### 1.1.3 AMPLITUD DE LA INVESTIGACIÓN

La amplitud del programa puede variar y estará influenciada por el tamaño, la naturaleza y la complejidad de la organización a la que se la realice la investigación, así como por lo siguiente:

- a) el alcance, el objetivo y la duración de la investigación;
- b) el número, la importancia, la complejidad, la similitud y la ubicación de las actividades que se investiguen;
- c) las normas, los requisitos legales, reglamentarios y contractuales, y otros criterios de investigación;
- d) cualquier aspecto idiomático, cultural y social;



- e) las inquietudes de las partes interesadas; y
- f) los cambios significativos en la organización o en sus operaciones.

## **1.2 RESPONSABILIDADES, RECURSOS, Y PROCEDIMIENTOS DEL PROGRAMA**

### **1.2.1 RESPONSABILIDADES**

La responsabilidad de la gestión de un programa de investigación debería asignarse a una o más personas con conocimientos generales de los principios de la auditoría, de la competencia de los auditores y de la aplicación de técnicas de auditoría. Estas personas deberán tener habilidades para la gestión, así como conocimientos técnicos y del negocio, pertinentes para las actividades que van a investigarse.

Aquellos a los que se ha asignado la responsabilidad de gestionar el programa deberán:

- a) establecer los objetivos y la amplitud del programa de investigación,
- b) establecer las responsabilidades y los procedimientos, y asegurarse de que se proporcionan recursos,
- c) asegurarse de la implementación del programa de investigación, y
- d) asegurarse de que se mantienen los registros pertinentes del programa de investigación.

### **1.2.2 RECURSOS**

Cuando se identifiquen los recursos para el programa, deberían considerarse:

- a) los recursos financieros necesarios para desarrollar, implementar, dirigir y mejorar las actividades de la investigación,
- b) las técnicas de investigación del nivel de cumplimiento de la gestión de la calidad,
- c) la amplitud del programa de investigación, y
- d) otras necesidades de la investigación.

### **1.2.3 PROCEDIMIENTOS**

Los procedimientos del programa de investigación deberían tratar lo siguiente:

- a) la planificación y elaboración del calendario de la investigación;
- b) el aseguramiento de la competencia de los investigadores, la asignación de sus funciones y responsabilidades;
- c) la realización de la investigación;
- d) la conservación de los registros del programa;
- e) la comunicación de los logros globales del programa a la alta dirección.

### **1.3 IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN**

La implementación del programa de investigación debería tratar lo siguiente:

- a) la comunicación del programa a las partes pertinentes;
- b) la coordinación y elaboración del calendario de la investigación y otras actividades relativas al programa;
- c) la provisión de los recursos necesarios para el equipo investigador;
- d) asegurarse de la realización de la investigación de acuerdo con el programa;
- e) asegurarse del control de los registros de las actividades de la investigación; y
- f) asegurarse de la revisión y aprobación de los resultados de la investigación.

### **1.4 REGISTROS DEL PROGRAMA**

Los registros deberían conservarse para demostrar la implementación del programa de investigación y deberían incluir lo siguiente:

- a) registros relacionados con la investigación, tales como:
  - plan de la investigación,
  - Resultados de la investigación,
  - Nivel de cumplimiento de la gestión de calidad actual,
- b) resultados de la revisión del programa de investigación;

## **2 RECOPIACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA LA INVESTIGACIÓN**

Antes de las actividades de investigación in situ, la documentación de la institución investigada debería ser revisada para determinar la conformidad del sistema, según la documentación, con los criterios de la investigación. La documentación puede incluir documentos y registros pertinentes de la gestión de la calidad. La revisión debería tener en cuenta el tamaño, la naturaleza y la complejidad de la organización, así como los objetivos y el alcance de la investigación. En algunas situaciones, esta revisión puede posponerse hasta el inicio de las actividades in situ, si esto no perjudica la eficacia de la realización de la investigación. En otras situaciones, puede realizarse una visita preliminar al lugar para obtener una visión general apropiada de la información disponible.

La investigación no se suspenderá por la inexistencia o la existencia de documentación adecuada, ya que se investigará la gestión actual de la calidad y las deficiencias u oportunidades de mejora observadas permitirán contextualizar el diseño del Sistema de Gestión.

## **INFORMACIÓN BÁSICA A RELEVAR<sup>8</sup>**

Los aspectos básicos de la información a obtener son entre otros los que seguidamente se listan:

### a) Planeamiento

- Plan operativo institucional
- Informes de evaluación anual
- Memoria anual
- Otros documentos relativos al planeamiento institucional

### b) Organización

- Organigrama
- Asignación de responsabilidad
- Delegación de autoridad o grado de autonomía
- Manual de funciones
- Reglamento Interno o Manual de organización

### c) Productos y servicios

- Naturaleza y características
- Intermedios o finales
- Proveedores
- Destinatarios/ usuarios
- Insumos y fuentes

### d) Sistemas Gerenciales de Información

- Asignación presupuestaria.
- Ejecución presupuestaria
- Estados Financieros y complementarios
- Informes sobre seguimiento de la gestión (destinatarios internos y externos)
- Informes anteriores de auditoría y de seguimiento de recomendaciones.
- Funcionarios responsables de la formulación, aprobación y distribución de los informes

### e) Operaciones

- Operaciones o actividades críticas
- Manuales de procedimientos

### f) Financiamiento

- Fuentes de Financiamiento
- Presupuesto (proyecto, crédito aprobado, ejecutado y disponible, modificaciones)
- Otras normas que afecten la libre disponibilidad del presupuesto aprobado

---

<sup>8</sup> MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍA INTERNA, AUDITORÍA GENERAL (UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES pág. 46)

g) Información adicional

- Grado de aceptación por parte de los usuarios (a través de diarios, denuncias, investigaciones parlamentarias, encuestas, otros)
- Procedimientos adoptados para medir e informar el desempeño.

### **3 CUESTIONARIO**

Obtener la información exacta, y rápida es importante. Conseguir evidencias suficientes y apropiadas es crucial en la fase de ejecución y determinante para la credibilidad de los resultados finales.

En esta investigación se tiene como meta lograr una buena calidad de evidencia en los informes y hacer la recopilación de los datos y análisis de la información con el mejor costo-beneficio-efectividad posible; ya que la credibilidad depende de la calidad de evidencia obtenida en la fase de ejecución y obtener demasiadas evidencias o evidencias insuficientes, puede ser costoso o perjudicial para las siguientes etapas del proyecto.

La recopilación de datos y las herramientas de análisis están directamente relacionadas con los objetivos de la investigación. Los resultados serán defendibles si el investigador conoce los objetivos, el criterio, el alcance y las áreas críticas de la institución o empresa, a la que se le hará el diagnóstico, antes de comenzar con la fase de ejecución. A menudo, estos temas son inciertos o están sujetos a cambios durante la fase de ejecución.

Es responsabilidad del Supervisor clarificar los objetivos, el criterio, alcance y la posibilidad de investigación de las áreas críticas al preparar la fase de planeamiento.

Un plan de la fase de ejecución bien definido será mucho más poderoso y pertinente que una que no haya planificado la recolección de los datos y su técnica de análisis. Esto minimiza el costo y el tiempo, disminuye la posibilidad de cambios en la ejecución y finalmente, es un fundamento fuerte para desarrollar conclusiones convincentes y recomendaciones.

Para esta investigación determinamos que el cuestionario es el medio más adecuado para guiarnos en la obtención de la información del nivel de cumplimiento de la gestión de la calidad actual, en el que plasmaremos tanto las respuestas obtenidas del personal entrevistado como los resultados de la observación realizada por el equipo investigador y las muestras tomadas los sondeos donde aplique. Junto con estas técnicas aplicadas en

auditorías, utilizaremos otras considerando la naturaleza del requisito evaluado, tales como<sup>9</sup>:

➤ VERBALES.

**Indagación:** averiguación mediante entrevistas directas al personal de la entidad auditada o a terceros cuyas actividades guarden relación con las operaciones de aquella.

➤ OCULARES.

**Observación:** contemplación atenta a simple vista que realiza el auditor durante la ejecución de su tarea o actividad.

**Revisión selectiva:** examen de ciertas características importantes que debe cumplir una actividad, informes o documentos, seleccionándose así parte de las operaciones que serán evaluadas o verificadas en la ejecución de la auditoría.

**Rastreo:** seguimiento que se hace al proceso de una operación, a fin de conocer y evaluar su ejecución.

➤ DOCUMENTALES.

**Comprobación:** confirmación de la veracidad, exactitud, existencia, legalidad y legitimidad de las operaciones realizadas por las organización auditada, mediante el examen de los documentos que las justifican.

**Métodos estadísticos:** dirigidos a la selección sistemática o casual, o a una combinación de ambas. Estos métodos aseguran que todas las operaciones tengan la misma posibilidad de ser seleccionadas y que la selección represente significativamente la población o universo.

**Análisis:** separación de los elementos o partes que conforman una operación, actividad, transacción o proceso, con el propósito de establecer sus propiedades y conformidad con los criterios de orden normativo y técnico.

**Confirmación:** corroboración de la verdad, certeza o probabilidad de los hechos, situaciones, sucesos u operaciones, mediante datos o información obtenidos de manera directa y por escrito, de los funcionarios que participan o ejecutan las tareas sujetas a verificación.

**Conciliación:** análisis de la información producida por diferentes unidades administrativas o instituciones, con respecto a una misma operación o actividad, a efectos de hacerla concordante, lo cual prueba la validez, veracidad e idoneidad de los registros, informes y resultados, objeto de examen.

---

<sup>9</sup> MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍA INTERNA, AUDITORÍA GENERAL (UNIVERDIDAD DE BUENOS AIRES pág. 16)

**Tabulación:** agrupación de resultados importantes obtenidos en áreas, segmentos o elementos analizados para arribar o sustentar conclusiones.

➤ FÍSICAS.

**Inspección:** reconocimiento mediante el examen físico y ocular de hechos, situaciones, operaciones, transacciones y actividades, aplicando la indagación, observación, comparación, rastreo, análisis, tabulación y comprobación.

Estas técnicas permitirán identificar obtener las evidencias necesarias para la valoración del cumplimiento de cada requisito, cada una de ellas va acompañada de prácticas de auditorías generalmente aceptadas. En general las prácticas de auditoría son procedimientos basados en destrezas desarrolladas por los auditores, cuyo uso continuado, sin alcanzar el rigor sistemático de las técnicas, han probado su eficacia y utilidad en la ejecución de auditorías de gestión.

Las prácticas más habituales son las siguientes:

- ❖ **Pruebas selectivas:** simplificación de las labores de verificación, evaluación o medición, mediante la selección de muestras que a juicio del auditor, sean representativas de todas las operaciones realizadas por la institución, unidad administrativa, programa o actividad examinada.
- ❖ **Detección de indicios:** señal derivada de determinados hechos constatables que le advierte al auditor la existencia de un área crítica o problema. Esta práctica lo orienta a hacer énfasis en el examen de determinados rubros.
- ❖ **Intuición:** reacción rápida, más factible en auditores con experiencia, ante la presencia de indicios que inducen a pensar en la posibilidad de existencia de fallas, deficiencias e irregularidades. También se aplica a la acción de desconfiar de alguna información, a la cual no se le otorga el crédito Suficiente. El auditor no debe demostrar una actitud negativa, pero siempre debe exigir una prueba adecuado de lo examinado.
- ❖ **Síntesis:** práctica que consiste en la preparación resumida de datos e información contenida en documentos legales, técnicos, financieros y administrativos.

El criterio del auditor determinará la combinación de técnicas y prácticas más adecuadas para obtener la evidencia necesaria y suficiente para fundamentar sus opiniones y conclusiones, de tal forma que se garantice la objetividad, imparcialidad y profesionalidad de sus actividades.

**Principales tipos de evidencia:**

**a. Evidencia física:** Esta forma de evidencia es obtenida mediante la visualización de los activos tangibles (efectivo, stocks, bienes de uso, etc.). Esta evidencia no proporciona información sobre la propiedad o valuación del activo y tampoco permite determinar la calidad y condición bienes.

En resumen el examen físico o la observación proporcionan evidencia sobre la existencia de ciertos activos, pero generalmente necesita ser complementado por otro tipo de evidencia para determinar la propiedad, la valoración apropiada y la condición de estos activos.

**b. Evidencia documental:** Es la información obtenida de la revisión de documentos tales como manuales de organización y funciones, planes estratégicos y operativos, manuales de procedimientos, memoria de labores, etc. La confiabilidad del documento depende de la forma como fue creado y su propia naturaleza. Se debe considerar si el documento puede ser falsificado fácilmente o creado en su totalidad por un empleado deshonesto.

Según el origen de la evidencia documental puede considerarse la siguiente clasificación, en cuanto a su mayor o menor grado de confiabilidad:

- Creada fuera del ente y transmitida directamente a los auditores: Ej. Reglamentos nacionales, lineamientos ministeriales, etc.
- Creada fuera del ente y en posesión de éste. Ej. Facturas de proveedores, documentos por cobrar, etc.
- Creada por el ente y en poder de éste. Ej. Manuales de Organización y funciones, Misión y visión de la institución, órdenes de compra.
- Documentos electrónicos: alguna de la documentación mencionada que no está disponible en forma impresa pero sí en medios electrónicos. Por ejemplo, un mensaje electrónico puede reemplazar a la tradicional orden de compra u orden de mantenimiento. Para determinar el grado de confianza que puede tenerse de estos documentos electrónicos, es necesario tener conocimientos sobre los controles en el sistema computarizado.

**c. Evidencia testimonial:** Es la información obtenida de fuentes externas, como pacientes, proveedores, abogados, o especialistas. Las formas más usuales de obtener este tipo de evidencia son las siguientes:

**Confirmaciones o circularizaciones:** se utilizan en la auditoría financiera de una diversidad de cuentas, incluido efectivo, cuentas y documentos por cobrar, cuentas a pagar, existencia de bienes en poder de terceros, etc. Para asegurar la confiabilidad del proceso, se debe diseñar cuidadosamente las solicitudes de confirmación para buscar la información apropiada e inducir y facilitar al receptor su respuesta.

**Informes de especialistas:** son requeridos para la realización de labores técnicas cuando se requiera de especialistas calificados. Debe evaluarse el riesgo de que la objetividad del especialista se debilite en caso de estar relacionado con el auditado. En este caso se debe considerar la evidencia testimonial de un especialista independiente.

**Declaraciones y representaciones orales y escritas del personal de la Unidad o Dependencia auditada:** son las respuestas que obtiene el auditor a las preguntas que se realizan a los empleados de todos los niveles de la organización. Estas declaraciones

pueden ser útiles para revelar situaciones que requieran investigación o para corroborar otras formas de evidencia.

**Carta de representación:**

En la misma: Se resumen las declaraciones más importantes que hizo la Dirección Superior del auditado o el representante de la Autoridad Superior, durante la ejecución de la auditoría, y Se reconoce –por parte del Auditado - que no existen hechos o circunstancias relevantes que pudieran afectar la veracidad de la información que surge de los sistemas de administración financiera, de alumnos y de administración de personal. Esta manifestación de la Autoridad Superior no sustituye a otras evidencias de auditoría que estén o debieran estar disponibles para el auditor.

**d. Evidencia analítica:** Se obtiene mediante el cálculo y comparación de ratios, comparación de cifras – de presupuesto y de ejecución presupuestaria - del ejercicio con las de ejercicios anteriores, comparación de valores reales con cantidades presupuestadas, análisis de composición porcentual, etc. El auditor aplica procedimientos analíticos en la etapa de planificación para determinar la naturaleza, oportunidad y alcance de los procedimientos de auditoría a aplicar. Puede asimismo considerar necesario aplicarlos como pruebas sustantivas para obtener evidencia sobre una o más cuestiones. Esta evidencia proporciona una base de respaldo una inferencia respecto a la razonabilidad de una partida específica, identificando movimientos anormales, falta de uniformidad en la aplicación de los principios contables, correlaciones anormales, errores de imputación de cuentas, etc. En general es la evidencia más utilizada en auditoría de gestión.

**e. Registros contables:** Los registros de contabilidad constituyen una evidencia valiosa en sí misma. La confiabilidad de esta evidencia está relacionada con el control interno que cubre su preparación Si el sistema de registración es computadorizado, se deben verificar los controles pertinentes.

**Tabla 6 Relación de la evidencia con los objetivos de auditoria**

Tipos de evidencia	Objetivos de auditoria					
	Exactitud	Existencia	Integridad	Propiedad	Valuación	Eficacia eficiencia
<b>Evidencia física</b>		X				
<b>Evidencia documental</b>	X	X	X	X	X	X
<b>Evidencia testimonial</b>		X	X	X	X	X
<b>Evidencia analítica</b>	X	X			X	X



## **4 PLAN DE ABORDAJE DE LA INVESTIGACIÓN IN SITU**

### **PREPARACIÓN DEL PLAN DE INVESTIGACIÓN**

El equipo investigador debería preparar un plan de investigación que proporcione la base para el acuerdo entre el equipo investigador y la organización investigada, respecto a la realización de la investigación del nivel de cumplimiento de la gestión actual de la calidad. Este plan debería facilitar el establecimiento de los horarios y la coordinación de las actividades de la investigación.

El nivel de detalle proporcionado en el plan de investigación debería reflejar el alcance y la complejidad de ésta. El plan debería ser suficientemente flexible para permitir cambios, tales como modificaciones en el alcance de la investigación, que pueden llegar a ser necesarios a medida que se van desarrollando las actividades de investigación in situ.

El plan de investigación debería incluir lo siguiente:

- a) los objetivos de la investigación;
- b) los criterios de investigación y los documentos de referencia;
- c) el alcance de la investigación, incluyendo la identificación de las unidades de la organización y unidades funcionales y los procesos que van a investigarse;
- d) las fechas y lugares donde se van a realizar las actividades de la investigación in situ;
- e) la hora y la duración estimadas de las actividades de la investigación in situ, incluyendo las reuniones con la dirección de la organización y las reuniones del equipo investigador;
- f) las funciones y responsabilidades de los miembros del equipo investigador;
- g) la asignación de los recursos necesarios a las áreas críticas de la investigación, y
- h) la identificación del representante de la organización investigada;

El plan debería ser revisado y aceptado por la contraparte y presentado antes de que comiencen las actividades de la investigación in situ.

## **5 REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN IN SITU**

### **5.1 REALIZACIÓN DE LA REUNIÓN DE APERTURA**

Se debería realizar una reunión de apertura con la dirección de la organización investigada o, cuando sea apropiado, con aquellos responsables para las funciones o procesos que se van a investigar. El propósito de una reunión de apertura es:

- a) confirmar el plan de investigación,
- b) proporcionar un breve resumen de cómo se llevarán a cabo las actividades de investigación,
- c) confirmar los canales de comunicación, y
- d) proporcionar, a la dirección de la organización o responsables de los procesos, la oportunidad de realizar preguntas.

### **5.2 COMUNICACIÓN DURANTE LA INVESTIGACIÓN**

Durante la investigación, el equipo investigador debería comunicar periódicamente los progresos de la investigación y cualquier inquietud a la organización investigada. Las evidencias recopiladas durante la investigación que sugieren un riesgo inmediato y significativo (por ejemplo: para la seguridad, el medio ambiente o la calidad) deberían comunicarse sin demora a la organización. Cualquier inquietud relacionada con un aspecto externo al alcance de la investigación debería registrarse y comunicarse a la organización.

### **5.3 RECOPIACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Durante la investigación, debería recopilarse mediante un muestreo apropiado y verificarse, la información pertinente para los objetivos, el alcance y los criterios de la misma, incluyendo la información relacionada con las interrelaciones entre funciones, actividades y procesos. Sólo la información que es verificable puede constituir evidencia de la investigación. La evidencia de la investigación debería ser registrada.

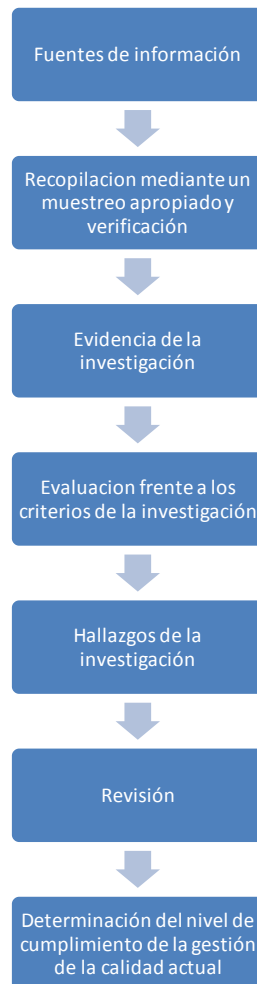
La evidencia de la investigación se basa en muestras de la información disponible. Por tanto, hay un cierto grado de incertidumbre, y aquéllos que actúan sobre las conclusiones de la investigación deberían ser conscientes de esta incertidumbre.

La Figura siguiente proporciona una visión general del proceso, desde la recopilación de la información hasta las conclusiones de la investigación:

Los métodos para recopilar esta información incluyen:

- ❖ Entrevistas,
- ❖ Observación de actividades, y

❖ Revisión de documentos.



**Figura 12 Visión general del proceso desde la recopilación de información hasta la determinación del nivel de cumplimiento de la gestión de la calidad actual**

#### **5.4 FUENTES DE INFORMACIÓN**

Las fuentes de información seleccionadas pueden variar de acuerdo con el alcance y la complejidad de la auditoría y pueden incluir:

- a) entrevistas con empleados y con otras personas;
- b) observación de las actividades y del ambiente de trabajo y condiciones circundantes;
- c) documentos, tales como política, objetivos, planes, procedimientos, normas, instrucciones, licencias y permisos, especificaciones, planos, contratos y pedidos;

- d) registros, tales como registros de inspección, actas de reunión, informes de auditorías, registros de programas de seguimiento y resultados de mediciones;
- e) resúmenes de datos, análisis e indicadores de desempeño;
- f) información sobre los programas de muestreo y sobre los procedimientos para el control de los procesos de muestreo y medición;
- g) informes de otras fuentes, por ejemplo, retroalimentación del cliente, otra información pertinente de partes externas y la calificación de los proveedores; y
- h) bases de datos informáticas y sitios de Internet.

La validez de la evidencia depende de las circunstancias en las cuales ésta se obtiene - fuentes de información - y está relacionada con la confianza que puede depositar el investigador e ella.

El grado de confiabilidad de la evidencia según su fuente de información se detalla en la siguiente tabla:

**Tabla 7 Grado de confiabilidad de las evidencias**

<b>MAYOR CONFIABILIDAD</b>	<b>MENOR CONFIABILIDAD</b>
<b>Proporcionados por terceros informados, independientes a la organización</b>	Obtenida dentro del ente (revisión de registros y elementos proporcionados por la organización).
<b>Producida por un sistema de información con controles efectivos</b>	Producida por un sistema de información con controles deficientes
<b>Obtenida directamente por el investigador (observación, documentos, inspección física, entre otros)</b>	Obtenida por conocimiento indirecto (basada en el trabajo de otras personas, tales como papeles de trabajo preparados por el ente, trabajo de auditoría interna, etc.)
<b>Obtenida de documentos de respaldo</b>	Obtenida por información oral (indagaciones)
<b>Obtenida de niveles jerárquicos</b>	Obtenidas de niveles de menor jerarquía

## 5.5 PLAN DE MUESTREO

### DEFINICIONES

a) El muestreo:

El muestreo en auditoría es un proceso que consiste en seleccionar un grupo de elementos –denominado muestra- de un grupo mayor de elementos –llamado universo-, a efectos de aplicar procedimientos sobre la muestra para aplicar las conclusiones obtenidas a toda la población.

b) Universo

Es el conjunto total de datos del cual se selecciona una muestra sobre la que el auditor desea extraer conclusiones.

c) Unidad de muestreo

Representa a los elementos individuales que componen una población.

d) Estratificación

Consiste en dividir el universo en sub-universos, cada uno de los cuales comprende un grupo de unidades de muestreo que presentan similares características.

### DEFINICIÓN DEL UNIVERSO Y DE LA UNIDAD DE MUESTREO

Luego de determinar el objetivo de la prueba, el investigador debe definir el universo. Es muy importante que el investigador se satisfaga de que el universo determinado y el universo sobre el que seleccionó la muestra (marco) sea el mismo. Si no resultaran equivalentes, el marco podría no incluir todos los elementos sobre los que se quiere obtener una conclusión. Para asegurarse de esta equivalencia entre universo determinado y marco, la muestra debe realizarse sobre información debidamente conciliada con la contabilidad o que posea algún tipo de control numérico – integridad de la información -.

La selección de la unidad de muestreo debe ser adecuada para el objetivo de la prueba.

### MUESTREO ESTADÍSTICO Y NO ESTADÍSTICO

El muestreo es no estadístico cuando la muestra se obtiene aplicando el juicio profesional en lugar de hacerlo sobre la base de técnicas estadísticas.

El muestreo no estadístico no permite cuantificar el riesgo de muestreo. Como consecuencia de esto el investigador podría seleccionar muestras más grandes de las necesarias o por el contrario estar bajo un riesgo de muestreo alto sin advertirlo.

En el muestreo estadístico el investigador puede medir y controlar el riesgo, definiendo el tamaño de la muestra acorde al nivel de riesgo aceptado.

El muestreo estadístico proporciona al investigador la ventaja de poder diseñar muestras eficientes. No obstante su uso demanda mayor capacitación del personal que investiga.

Para elegir un método de muestreo estadístico o no estadístico, el investigador deberá considerar los objetivos de la investigación y la naturaleza del universo determinado, así como las ventajas y desventajas de cada método.

## MÉTODOS PARA SELECCIONAR LAS MUESTRAS

Los métodos de selección de la muestra se clasifican en:

- a) Muestreo por probabilidades. Pueden utilizarse tanto en el muestreo estadístico como en el no estadístico.
- b) Métodos de muestreo basados en el criterio. Sólo se utilizan en el muestreo no estadístico

**Tabla 8 Tipos de muestreos**

<b>Muestreo estadístico y no estadístico</b>	Muestreo por probabilidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muestreo de números al azar</li> <li>- Muestreo sistemático de probabilidades</li> <li>- Muestreo por bloques</li> </ul>
<b>Muestreo no estadístico</b>	Muestreo basado en el criterio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muestreo por selección específica</li> <li>- Muestreo sistemático de criterio</li> </ul>

## MUESTREO DE PROBABILIDADES

Se caracteriza porque los elementos que conforman el universo tienen la misma probabilidad de ser elegidos.

- Muestreo de números al azar

Es un proceso para seleccionar una muestra, en el cual todos los elementos de la población y todas las combinaciones de elementos tienen la misma oportunidad de ser incluidos en la muestra.

Para llevar a cabo el muestreo de números al azar el investigador debe realizar los siguientes pasos:

a) determinar el tamaño de la muestra; generar suficientes números al azar de una secuencia de números que por lo menos sea igual al de las unidades que componen el universo.

b) seleccionar los números al azar con unidades de muestreo específicas del universo.

Dado que con este método todos los elementos tienen la misma posibilidad de ser elegidos, el valor monetario de la muestra puede ser insuficiente para el investigador. En tal caso el universo puede estratificarse, para que la prueba sólo incluya las partidas de mayor monto.

➤ Muestreo sistemático de probabilidades

Consiste en la selección de una muestra en base a uno o más intervalos uniformes de muestreo. El intervalo se determina dividiendo el universo en el número de elementos que se desea tenga la muestra. Por ejemplo si el universo tiene 5.000 elementos y se desea seleccionar una muestra de 50 unidades, el intervalo uniforme será cada 100 elementos. El investigador selecciona el punto de partida inicial entre el elemento 1 y el 100 y cada 100 elementos selecciona las unidades que conformarán la muestra.

A diferencia del muestreo de números al azar, en el muestreo sistemático, si bien todas las unidades tienen la misma probabilidad de ser elegidas, no ocurre lo mismo con las combinaciones de unidades del universo. Este tipo de selección sólo debe utilizarse cuando se espera que los atributos de los elementos estén distribuidos al azar en universo.

➤ Muestreo en bloques

Es la selección al azar de grupos de unidades continuas. Por ejemplo, si la muestra que va a seleccionar el investigador es de 50 unidades, puede seleccionar 10 elementos y tomar los 4 siguientes de cada uno de ellos (5 en total).

➤ Muestreo basado en el criterio

En este tipo de muestreo la probabilidad de que cualquier partida quede incluida en la muestra no es conocida ni determinable.

➤ Muestreo por selección específica

Se basa fundamentalmente en el criterio del investigador para identificar una muestra que sea representativa del universo. El investigador podrá incluir en la muestra partidas con saldos grandes, medianos y pequeños, partidas de distinto tipo, etc.

Este tipo de muestreo requiere del conocimiento del investigador sobre el universo que desea probar.

➤ **Muestreo sistemático de criterio**

Este método es similar al muestreo sistemático de probabilidades, excepto que no es necesario, aunque si conveniente, elegir un punto de partida inicial. Otra forma es no utilizar un intervalo fijo. Por ejemplo, si el universo con el que se trabaja es el detalle de partidas que figuran en un listado de registros, el investigador podría elegir la partida X de cada tantas hojas del listado.

### **TIPO DE MUESTREO SELECCIONADO**

Para la mayoría de los criterios se revisará el 100% de la evidencia excepto en aquellos donde sea necesario el entrevistar a terceros involucrados con el servicio brindado en el hospital (por ejemplo: conocimiento de la política y los objetivos de calidad del Hospital). Para la selección y determinación del tamaño de la muestra, donde no se requiere de la revisión del 100% de la evidencia, se utilizará el muestro no estadístico.

### **5.6 RECOLECCIÓN DE LOS DATOS**

Para esta investigación la mayoría de los datos se obtendrán de la aplicación de cuestionarios al personal médico y administrativo del hospital.

La finalidad de la recolección de los datos es aportar información verídica, oportuna y de relevancia para la el diseño del Sistema de Gestión de Calidad

De acuerdo con (Babtista, 2002, pág. 344) la recolección de los datos implica tres actividades relacionadas entre sí:

- Seleccionar un instrumento o método de recolección de datos entre los disponibles en el área de estudio en la cual se inserte nuestra investigación, o desarrollar uno, el instrumento debe de ser válido y confiable, de lo contrario no podemos basarnos en los resultados.

- Aplicar este instrumento para recolectar los datos. Es decir, obtener observaciones, registros o mediciones de variables, sucesos, contextos, categorías u objetos que resulten de interés para nuestro estudio.

- Preparar observaciones, registros y mediciones obtenidas para que se analicen correctamente.

Las entrevistas son uno de los medios importantes de recopilar información y se deberían llevar a cabo de manera tal que se adapten a la situación y a las personas entrevistadas. Sin embargo, el investigador debería considerar lo siguiente:



- a) las entrevistas deberían mantenerse con personas de niveles y funciones adecuadas que desempeñen actividades o tareas dentro del alcance de la investigación;
- b) las entrevistas deberían realizarse durante las horas normales de trabajo y, cuando sea práctico, en el lugar de trabajo habitual de la persona entrevistada;
- c) e debería hacer todo lo posible para tranquilizar a la persona que se va a entrevistar antes y durante la entrevista;
- d) debería explicarse la razón de la entrevista y de cualquier nota que se tome;
- e) las entrevistas pueden iniciarse pidiendo a las personas que describan su trabajo;
- f) deberían evitarse preguntas que predispongan la respuesta (es decir, preguntas inductivas);
- g) los resultados de la entrevista deberían ser resumidos y revisados con la persona entrevistada; y
- h) se debería agradecer a las personas entrevistadas su participación y cooperación.

El investigador debe obtener evidencia competente y suficiente, mediante la aplicación de pruebas de control y procedimientos sustantivos que le permitan fundamentar razonablemente los juicios y conclusiones que formule respecto al objeto de investigación.

## **5.7 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

La evidencia debería ser evaluada frente a los criterios de la investigación para generar los hallazgos. Los hallazgos de la investigación pueden indicar no tenencia o realización, la tenencia o realización parcial, la tenencia o realización en la mayoría de los casos, la tenencia o realización sistemática en casi todas las áreas evaluadas y la tenencia o realización total de cada requisito investigado. Los hallazgos permitirán contextualizar el diseño del SGC.

El equipo investigador debería reunirse cuando sea necesario para revisar los hallazgos de la investigación en etapas adecuadas durante la misma. Dichos hallazgos de la investigación individuales y sus evidencias de apoyo deberán registrarse.

Las no conformidades o incumplimiento de los requisitos y las evidencias que las apoyan deberán registrarse. Se deberá realizar todo el esfuerzo posible para resolver cualquier opinión divergente relativa a las evidencias y/o los hallazgos de la investigación, y deberían registrarse puntos en los que no haya acuerdo.

## **5.8 CONCLUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

El equipo investigador debería reunirse antes de la reunión de cierre para:

- a) revisar los hallazgos de la investigación y cualquier otra información apropiada, recopilada durante la investigación frente a los objetivos de la misma,
- b) acordar la conclusión de la investigación, teniendo en cuenta la incertidumbre inherente al proceso de investigación, y
- c) preparar recomendaciones, si estuviera especificado en los objetivos de la investigación.

La conclusión de la investigación tratará sobre la **determinación del nivel de cumplimiento de la gestión de la calidad actual respecto a los requisitos de la norma de referencia.**

Si los objetivos de la investigación así lo especifican, las conclusiones de la investigación pueden llevar a recomendaciones relativas a mejoras, relaciones comerciales, certificación/registro, o actividades de auditoría futuras.

## **5.9 REALIZACIÓN DE LA REUNIÓN DE CIERRE**

La reunión de cierre, presidida por el líder del equipo investigador, debería realizarse para presentar los hallazgos y conclusiones de la investigación de tal manera que sean comprendidos y reconocidos por la dirección de la organización investigada. Entre los participantes en la reunión de cierre debería incluirse a los directivos de la organización investigada y a otras partes. Si es necesario, el líder del equipo investigador debería prevenir al responsable del programa de investigación de las situaciones encontradas durante la investigación que pudieran disminuir la confianza en las conclusiones.

Cualquier opinión divergente relativa a los hallazgos de la investigación y/o a las conclusiones entre el equipo investigador y la organización investigada deberían discutirse y, si es posible, resolverse. Si no se resolvieran, las dos opiniones deberían registrarse.

Si está especificado en los objetivos de la investigación, se deberían presentar recomendaciones para la mejora. Se debería enfatizar que las recomendaciones no son obligatorias.



# **CAPITULO 3: INVESTIGACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO**

## **1 PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **1.1 PROGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1.1 OBJETIVOS**

Los objetivos que dirigirán la planificación y realización de la investigación se definen a continuación:

##### **Objetivo General:**

Determinar el nivel de cumplimiento de la situación actual de la gestión de la Calidad del Hospital Nacional Especializado de Maternidad en función de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma ISO 9001:2008, para

##### **Objetivos específicos:**

- Priorizar los procesos claves (operativos) tomando en consideración la importancia para la dirección del hospital, el impacto positivo y negativo en los paciente, las características económicas del proceso, y el impacto positivo en la imagen de la institución, estableciendo los procesos con los que se iniciará la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Llevar a cabo la investigación In Situ obteniendo evidencias de la documentación requerida en un Sistema de Gestión de la Calidad, la responsabilidad de la dirección, la gestión de los recursos, cualidades y elementos de los servicios brindados, y la metodología de medición, análisis y mejora continua de una gestión efectiva de la calidad.
- Analizar los resultados obtenidos en la investigación In Situ, definiendo el nivel de cumplimiento de la situación actual de la gestión de la calidad del Hospital en función de un Sistema de Gestión basado en la ISO 9001:2008.

#### **1.1.2 ALCANCE**

El alcance de la investigación estará definido por los procesos claves priorizados en la “DEFINICIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS PROCESOS DEL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD” (en la sección 2 del Capítulo 3: Recopilación de la documentación necesaria para la investigación), para el apartado 7 de la Norma ISO: Realización del servicio y otros apartados donde los requisitos involucren documentación propia de los procesos claves (operativos). Los procesos estratégicos, los de apoyo clínico y los de apoyo, no se priorizarán porque se investigarán los que exija la norma relacionado con ellos. El periodo cubierto por la investigación será de los últimos 2 años de desempeño del Hospital Nacional De Maternidad.

### 1.1.3 CRITERIOS DE LA INVESTIGACIÓN

Como criterios de evaluación de la gestión de la calidad actual se han considerado los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2008, esta norma detalla los requerimientos del sistema de gestión de la calidad; estos requerimientos permitirán determinar el nivel de cumplimiento entre ambas y la identificación de las áreas donde es necesario realizar acciones de mejora.

### 1.2 AMPLITUD DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación abarcará, de los procesos claves de la institución, los procesos que se priorizaran en el capítulo 3 sección 2., estos procesos están interrelacionados con los procesos estratégicos, los de apoyo clínico y los de apoyo. Los requisitos de calidad que se han definido como guías para la investigación es la norma ISO 9001:2008.

El servicio del hospital está dirigido a la atención del binomio Madre-hijo, en las áreas obstétricas, ginecología y neonatológicas; el hospital es de tercer nivel y el servicio debe contar con la calidad necesaria para satisfacer las necesidades de la población salvadoreña con un nivel especializado, es por ello que para la institución es importante la identificación de la brecha de la gestión actual con respecto a la Norma ISO 9001, identificándose las área de mejora y la futura implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, que permitirá alcanzar los niveles de los estándares definidos por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario.

### 1.3 ESTABLECIMIENTO DE LOS RESPONSABLES DE GESTIONAR LA INVESTIGACIÓN

Para la investigación de la brecha se identifican a las siguientes componentes.

El Grupo investigador y el representante de la dirección del hospital, la institución auditada.

**Tabla 9 Responsabilidades**

ELEMENTO	GRUPO AUDITOR	REPRESENTANTE DIRECCIÓN	HOSPITAL DE MATERNIDAD
<b>Objetivos</b>	Elabora	Aprueba	
<b>Procedimientos</b>	Elabora	Aprueba	
<b>Programa de la investigación</b>	Propone	Ajusta y aprueba	
<b>Ejecución</b>	Audita		Recibe
<b>Informe</b>	Prepara	Recibe	Recibe

Fuente: elaboración propia

## 1.4 RECURSOS

Para la investigación se han determinado los siguientes recursos:

- Se necesitará un equipo auditor con conocimientos de la Norma ISO 9001:2008 y la Norma ISO 19011:2002. El grupo auditor lo conforman 3 Egresados de la carrera de Ingeniería Industrial de la Universidad de El Salvador.
- Se requerirá personal médico y de enfermería con los conocimientos y puesto que puedan proporcionar las evidencias para cada requisito de la norma ISO 9001:2008. A continuación se lista el personal que se estima que proporcionará dichas evidencias.
  - ✓ Director y subdirector del Hospital
  - ✓ Jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad
  - ✓ Personal de la Unidad de planificación
  - ✓ Jefe de Recursos Humanos
  - ✓ Jefe de la Unidad de Formación Profesional
  - ✓ Unidad Financiera Institucional
  - ✓ Unidad de Informática,
  - ✓ Jefe de División Médica,
  - ✓ Unidad de Patrimonio
  - ✓ Jefes de las Unidades de Neonatología
  - ✓ Partos
  - ✓ Quirófano Obstétrico
  - ✓ Puerperio
  - ✓ Cirugía Obstétrica
  - ✓ Personal de Auditoría Interna
- Los recursos financieros que se requerirán para realizar la investigación serán cubiertos por el grupo investigador. Esta es una investigación educativa catalogada como trabajo de Grado para optar al título de Ingenieros Industriales.

## 1.5 DEFINICIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA DESARROLLAR LA INVESTIGACIÓN

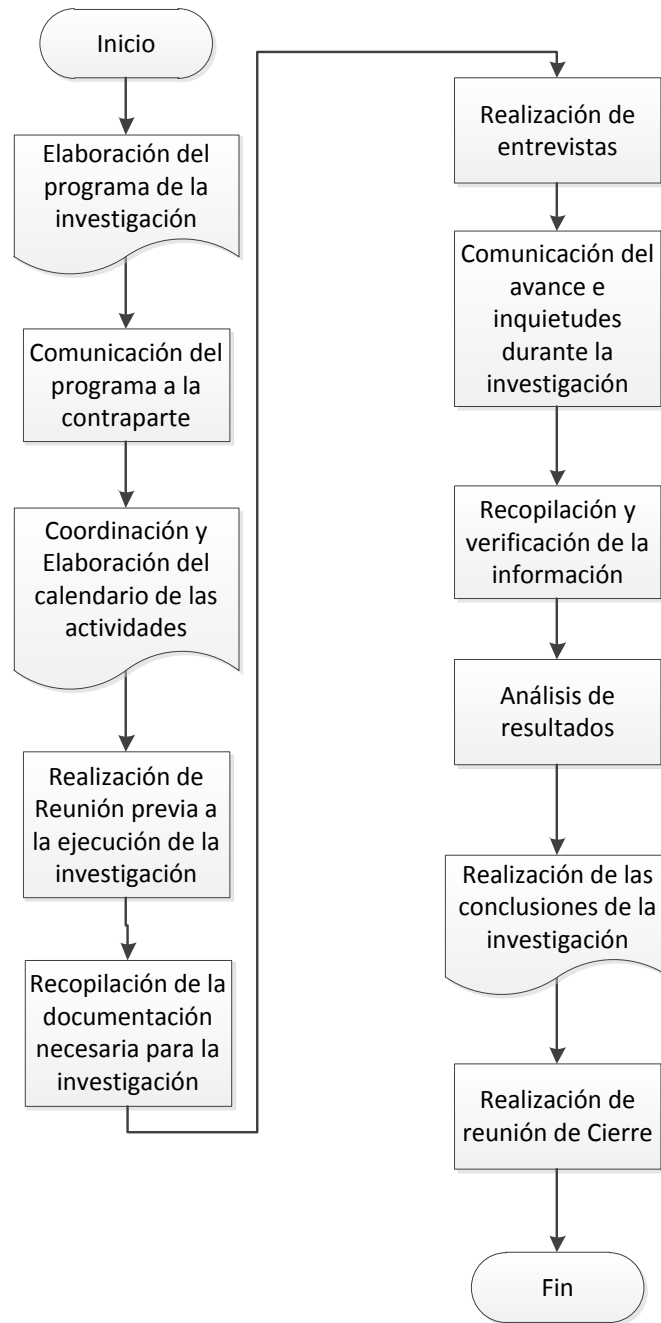
**Tabla 10 Procedimiento de la investigación**

N	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
1	Elaboración del programa de la investigación del nivel de cumplimiento.	Definición del objetivo, alcance, criterio de la investigación, amplitud de la investigación, establecimiento de los responsables de la investigación y los recursos.	Grupo investigador
2	Comunicación del programa al representante de la dirección del Hospital	Realización de reunión para informar de los objetivos de la Investigación, los criterios, alcances entre otras.	Grupo investigador
3	Coordinación y elaboración del calendario de las actividades	Establecimiento de fechas y duraciones propuestas de las actividades desarrolladas en la ejecución de la investigación	Grupo investigador con la aprobación del representante de la dirección
4	Realización de una reunión previa a la ejecución de la investigación	Reuniones con el representante de la dirección comunicando las actividades por realizar y las fechas, para que se comunique y coordine las entrevistas con el personal con la capacidad de proporcionar evidencias a los requisitos definidos por la ISO 9001 a la gestión de la calidad actual, además de la solicitud de acceso a documentos necesarios, y las reglas de seguridad que se deben aplicar al lugar, y la dirección que se necesitará para desarrollar la investigación.	Grupo investigador y representante de la dirección
5	Recopilación de documentación necesaria para la documentación	Revisión de la documentación existente por la institución para determinar el nivel de cumplimiento de la gestión actual de la Calidad	Grupo investigador, con la autorización del director o gerente general de la institución
6	Realización de entrevistas	Ejecución de la investigación a través de entrevistas con preguntas definidas con anticipación tomando en base los requerimientos de la Norma ISO 9001:2008 para definir la brecha existente de la gestión actual con dicha norma de	Grupo investigador

N	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
7	Comunicación del avance o inquietudes durante la investigación	Comunicación periódica del progreso de la investigación y cualquier inquietud relacionada con un aspecto externo a los alcances de la investigación.	Grupo investigador
8	Recopilación y verificación de la información	Se recopilará, mediante un muestreo apropiado, y verificará la información pertinente para los objetivos, el alcance y los criterios de la misma, incluyendo la información relacionada con las interrelaciones entre funciones, actividades y procesos. Se registrará la evidencia de la investigación. El método utilizado para la recopilación de la información es por medio de entrevistas, observación de actividades y revisión de documentos.	Grupo investigador La información será proporcionada por el personal con la capacidad de brindar evidencias para la investigación.
9	Análisis de los resultados	Análisis de los resultados obtenidos de la actividad de recopilación y verificación de la información de los requisitos investigador	Grupo investigador Grupo investigador
10	Realización de las conclusiones de la investigación	En base al análisis obtenido se definirán las conclusiones de la investigación las cuales se entregaran al hospital por medio del representante de la dirección.	Grupo investigador
11	Realización de reunión de cierre	Realización de una reunión para informar de los hallazgos obtenidos y el nivel de cumplimiento que la institución posee con la gestión de la calidad actual.	Grupo investigador

Fuente: elaboración propia





**Figura 13. Flujo del procedimiento de la investigación**

## **2 RECOPIACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA LA INVESTIGACIÓN**

La información relacionada con el Hospital Nacional Especializado de Maternidad, se he detallado en el Capítulo 1, en la sección: “3. Marco Institucional”.

### **2.1. DEFINICIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS PROCESOS DEL HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD**

En este apartado se pretende exponer de forma clara para definir los procesos clave del Hospital Nacional Especializado de Maternidad (HNEM) priorizar los que sean más relevantes en base a una serie de criterios debidamente definidos.

Los pasos para la metodología son los siguientes:

1. Identificación de los procesos
2. Definición los criterios de priorización de procesos
3. Evaluación y selección de los procesos

#### **2.1.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS.**

Es fundamental para cualquier organización conocer todos los procesos y las actividades desarrolladas en los mismos, para llevar a cabo cualquier tipo de acción o trabajo que involucre el enfoque por procesos, como es el caso de la Norma ISO 9001:2008.

Para identificar los procesos se debe partir en primer lugar de la clasificación que se le dará a los mismos, esto con el propósito de aclarar el enfoque de la priorización de los procesos más relevantes. Para esto es preciso tener claro las áreas de actividad principales de la organización, para detectar los grandes procesos que la conforman y permitan más adelante la construcción del mapa de procesos.

##### **2.1.1.1 Clasificación de los procesos**

Bajo un enfoque por procesos las organizaciones tienen que definir en número y los tipos de procesos necesarios para cumplir sus objetivos. Sin embargo para el caso del Hospital Nacional Especializado de Maternidad cuya organización está estructurada por funciones, la definición de los procesos en el momento de este diagnóstico, es poco clara y puede confundirse con otros conceptos como procedimientos o incluso actividades, esto es característico para estas organizaciones estructuradas de esta manera.

En este sentido es conveniente tanto para la metodología de identificación y priorización de los procesos como para el diagnóstico en general, el aclarar la forma en que se clasificarán los procesos identificados. Cabe mencionar que los procesos siempre están presentes en las organizaciones pero no es hasta que se identifican y definen que se pueden obtener los beneficios de la gestión por procesos.

Existen varias formas de clasificar los procesos<sup>10</sup>, sin embargo para fines del diagnóstico se utilizará el enfoque tradicional puesto que es la clasificación que se adapta a las condiciones del HNEM, por su claridad y amplia difusión de esta clasificación.

- **Procesos estratégicos:** Son los procesos responsables de analizar las necesidades y condicionantes de la sociedad, del entorno y las necesidades ciudadanas. El análisis y el conocimiento de los recursos disponibles permiten establecer las referencias y las guías para los procesos de niveles inferiores de manera que se facilite el despliegue de los planes y las políticas de la organización.
- **Procesos clave:** Estos procesos componen la razón de ser de la organización y afectan de modo directo a la prestación de los servicios y la satisfacción de las necesidades y expectativas del ciudadano. Son los procesos que agregan valor y tienen contacto directo con el cliente, es decir, el paciente (en el caso del Hospital Nacional de Maternidad). La prestación de cualquier servicio directo son ejemplos de procesos clave para la organización, sin embargo cabe aclarar que este tipo de procesos no son comunes a todas las organizaciones ya que dependen de la tipología de la misma.
- **Procesos de apoyo o soporte:** Son los responsables de proveer a la organización de todos los recursos necesarios, tanto humanos, técnicos y materiales, a partir de los cuales es posible generar el valor añadido deseado por los usuarios. La gestión documental, los sistemas de información, la gestión de compras y mantenimiento general, son considerados generalmente como procesos de apoyo de las organizaciones. Este tipo de procesos tienen la particularidad de ser comunes para diferentes organizaciones lo que facilita su respectiva identificación.

### Aspectos para identificar los procesos claves

- **Áreas de actividad más relevantes de la organización:** Con esto se pretende principalmente identificar las áreas donde se realizan los procesos clave de la organización, según la definición presentada. Para esto se deben identificar aquellas áreas donde se presten los servicios necesarios para brindar atención médica a los ciudadanos que acuden al Hospital Nacional de Maternidad para recibir atención médica.
- **Características de los procesos:** Para poder identificar los procesos se deben considerar elementos básicos que permitan definir los procesos clave de la organización, tomando en cuenta la información de referencia siguiente:

---

<sup>10</sup> Análisis y Mejora de Procesos en Organizaciones Públicas. Autores: José Antonio Galiano Ibarra, Guillermo Yáñez Sánchez y Emilio Fernández Agüero. Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP), 2007.

- Nombre del departamento o Nombre de la Unidad: Con este elemento se identifica la parte de la estructura organizativa que soporta el proceso y se busca garantizar la existencia de un responsable del mismo o jefe encargado de la eficiencia, eficacia y la correcta realización del proceso en sus diferentes fases.
- Nombre del servicio: Considerando que las unidades administrativas (de la División Medica Principalmente) probablemente no tengan claro el enfoque por procesos, con esto se busca facilitar la identificación del que hacer de cada unidad de una manera directa, dado que un servicio es intangible pero satisface una determinada necesidad y es parte del trabajo de las diferentes unidades.
- Insumos básicos para brindar el servicio y su proveedor: Con esto se pretende identificar una característica de todo proceso, es decir, sus entradas y proveedores. Este elemento permite de forma secundaria en algunos casos identificar posibles relaciones con otros procesos existentes en el hospital.
- Indicadores utilizados: Este factor busca identificar un nivel mínimo de control y medición que se pueda tener en el proceso, con algún tipo de indicador que permita hacer un seguimiento de su desarrollo y resultados.
- Cantidad de pacientes atendidos: Este elemento pretende validar que el servicio, es de alta demanda por parte de los ciudadanos que acuden al hospital.
- Tiempo medio de duración del servicio: Con el tiempo se pretende dimensionar la estadía en el hospital que pueda tener la paciente en el hospital.
- **Elaboración del instrumento para recolectar información:** tomando en cuenta las características enunciadas se elabora el instrumento que servirá para recolectar la información de los diferentes servicios que se brindan en el Hospital Nacional de Maternidad.
- **Plan de trabajo para recolectar la información:** El plan de trabajo es importante debido a que se deben realizar gestiones con la administración del hospital para realizar las entrevistas, esto incluye la obtención de la autorización del Director del Hospital para obtener información de las diferentes unidades.

La recolección de la información contenida en el instrumento, se realizara mediante entrevistas con los jefes de las unidades de División Médica del Hospital. Para cada unidad se debe acordar la fecha, hora y lugar de la reunión con el jefe respectivo.

Para el caso de las unidades que tengan previamente documentados los procedimientos, se podrá complementar el instrumento con la información de la documentación, para únicamente proceder a consultar los elementos puntuales propios del instrumento de priorización.

**Relación entre los servicios:** Con la información recolectada se agrupan los diferentes tipos de servicios identificados, según el grado de afinidad que puedan tener entre sí. Esto con el propósito de identificar el proceso que los produce propiamente, dado que muchos servicios son de carácter complementario lo que hace que se requiera de varios servicios secuenciales para atender completamente a la paciente. En otros casos los servicios son similares en sus actividades por lo que podrían considerarse como un mismo proceso. Esta relación se detalla más adelante.

### **Consideraciones adicionales de los procesos claves**

En resumen en la siguiente figura se puede observar la manera en que se ha enfocado la identificación de los procesos clave, tomando en cuenta que un proceso clave produce uno o varios servicios. Los cuales es consumido dentro del hospital por las pacientes y los recién nacidos. Naturalmente un proceso clave puede involucrar a varias unidades de la División Medica y requerir insumos de diferente clase según el tipo de servicio que este proporcione. En ese sentido dado que el HNEM trabaja bajo un enfoque funcional<sup>11</sup>, al lograr encontrar la relación que existe entre los servicios que brinda el hospital, se pueden identificar los procesos clave a los que pertenecen.

Cabe mencionar que la norma ISO 9001:2008, promueve como uno de sus principios el enfoque por procesos, “para que una organización funcione de manera eficaz, tiene que determinar y gestionar numerosas actividades entre sí. Una actividad o conjunto de actividades que utiliza recursos, y que se gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados, se puede considerar como un proceso”.

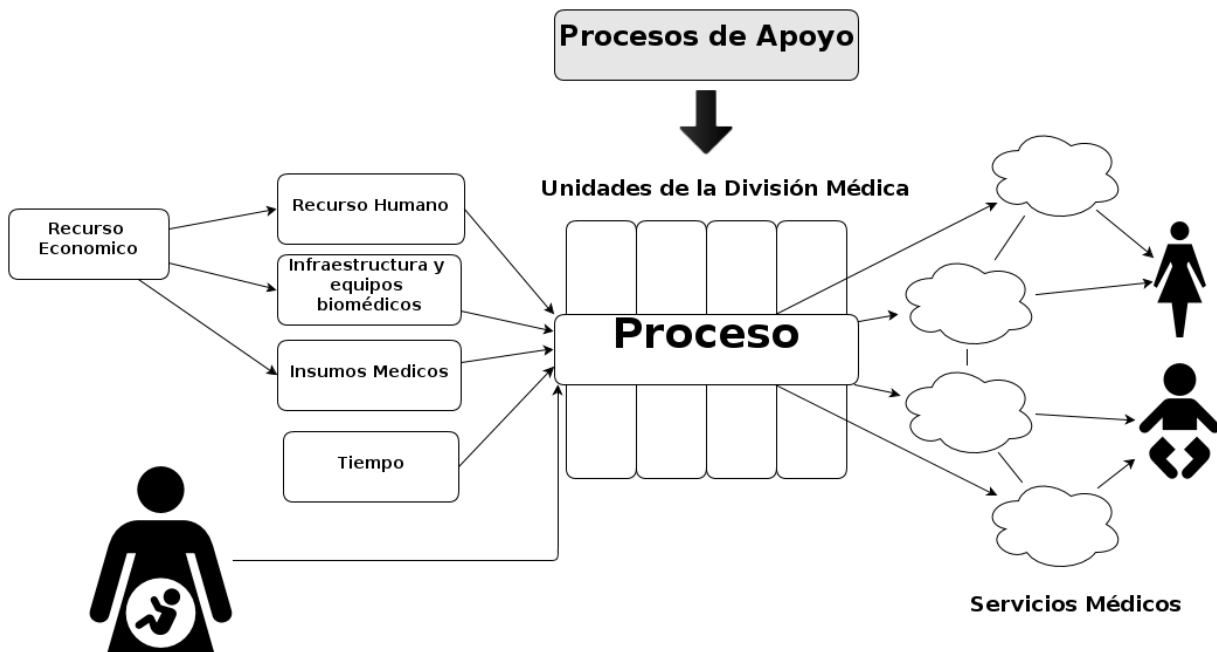
---

<sup>11</sup> Ver Organigrama en Capitulo 1.

Otro elemento importante a destacar es que la norma ISO 9001 en su apartado 3. “Términos y Definiciones”, establece que “cuando se utilice el término *producto*, este puede significar también *servicio*”. Por lo que el hecho de que un proceso produzca un “servicio”, está acorde a lo establecido en la norma ISO 9001.

En el diagrama a continuación se observa la relación existente entre un proceso clave, el servicio que produce, la unidades de la división medica donde son realizados y las pacientes o recién nacidos. Un elemento importante a destacar es que las pacientes también son elementos de entrada de los procesos clave del hospital y que se caracterizan por encontrarse en una determinada condición, luego en la salida se encuentra la paciente pero con su condición debidamente tratada desde el punto de vista médico. Esta relación entre el proceso y la paciente es uno de los aspectos que caracterizan los procesos propios del HNEM.

**Figura 14: Relación Proceso-Servicio-Unidad-Paciente**



### 2.1.1.2 Servicios Identificados

Con la información recolectada con el instrumento se han identificado los siguientes servicios:

- Servicio de Consulta externa
- Servicio de Sala de Partos
- Servicio de Puerperio
- Servicio de Quirófano Obstétrico
- Servicio de Cirugía Obstétrica
- Servicio de Cuidados Intensivos para el recién nacido
- Servicio de Cuidados Intermedios para el recién nacido
- Servicio de Neonatología
- Servicio Quirúrgico
- Servicio de Emergencia
- Servicio de Patología del Embarazo
- Servicio de Infectología
- Servicio de Oncología
- Servicio de Ginecología
- Servicio de Cuidados Intensivos para Adultos
- Servicio de Cuidados Intermedios para Adultos

### Relación entre los servicios

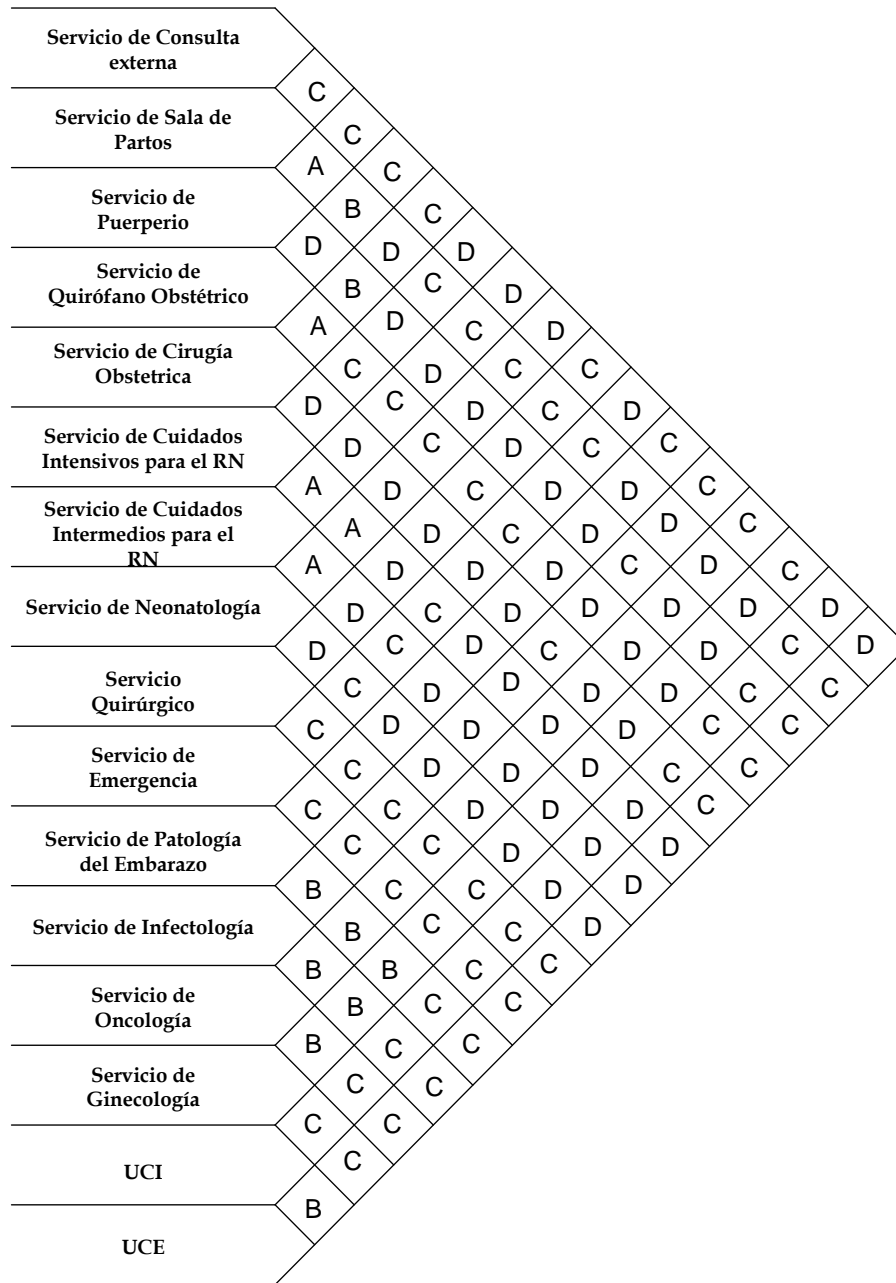
Para establecer la relación entre los servicios se utilizan los siguientes códigos:

Código	Tipo de Relación
<b>A</b>	Ambos servicios son complementarios y secuenciales, se pueden considerar como un mismo proceso.
<b>B</b>	Ambos servicios tienen propósitos similares, aunque se involucren diferentes especialidades médicas, pero no son secuenciales. Se pueden considerar como un mismo proceso.
<b>C</b>	Ambos servicios son independientes, pero podrían apoyarse transfiriéndose pacientes entre sí, según el grado de complicación que presenten. No forman parte de un mismo proceso.
<b>D</b>	No se relacionan de ninguna forma.

**Tabla 11: Código para la relación entre los servicios**

Cabe mencionar que entre dos servicios podría haber otro tipo de relaciones, sin embargo se han considerado las relaciones fundamentales que permitan identificar si forman parte de un mismo proceso, para esto se hace uso de un diagrama de relaciones en el que se especifica el tipo de relación que un servicio en particular puede tener con todos los demás.

**Figura 15: Diagrama de Relación entre los servicios**

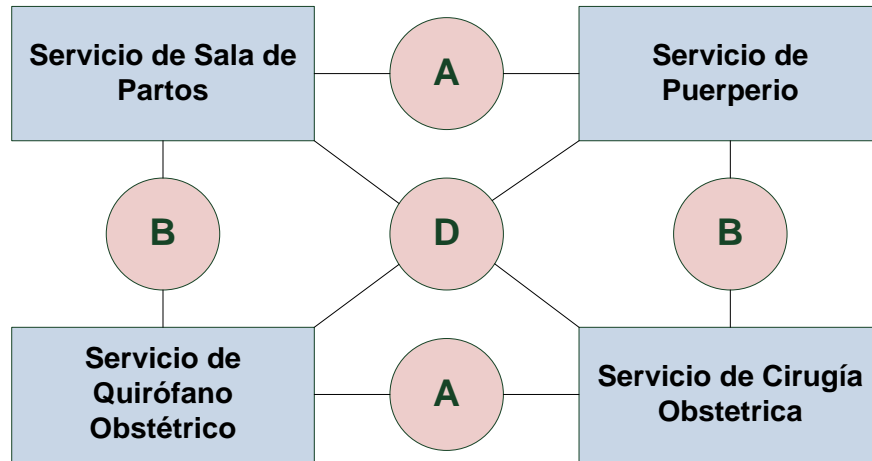


**Análisis de las Relaciones entre los Servicios**

Con las relaciones encontradas en el diagrama, se presentan las más relevantes que ayudan a identificar los procesos clave. A continuación se explican las relaciones encontradas entre los servicios.



**a) Primera relación**

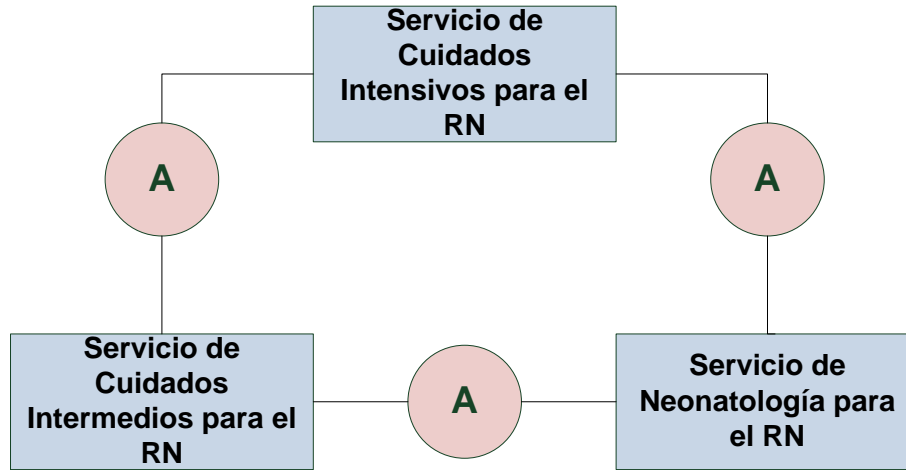


**Figura 16: Relación entre los servicios de Sala de Partos, Puerperio, Quirófano obstétrico y cirugía obstétrica**

En esta figura se puede observar que existen entre los servicios, dos tipos de relaciones, que denota que el Servicio de Sala de Partos con el Servicio de Puerperio es secuencial y complementario por lo que ambos forman parte del mismo proceso. También se observa que entre el Servicio de Quirófano Obstétrico y Servicio de Cirugía Obstétrica la relación que existe entre ellos es secuencial y complementaria, por lo que también forman parte de un mismo proceso. Sin embargo se puede observar que entre el Servicio de Sala de Partos y el Servicio de Quirófano obstétrico tienen propósitos similares entre sí, es decir, atender a la madre para dar a luz al recién nacido, esto mismo sucede entre el Servicio de Puerperio y el Servicio de Cirugía Obstétrica que tienen un propósito similar que es atender a la madre luego de dar a luz.

Dado que las relaciones Tipo A y Tipo B denotan que se pueden considerar como un proceso, estos cuatro servicios son el resultado del “*Proceso de Atención de Parto y Postparto*”.

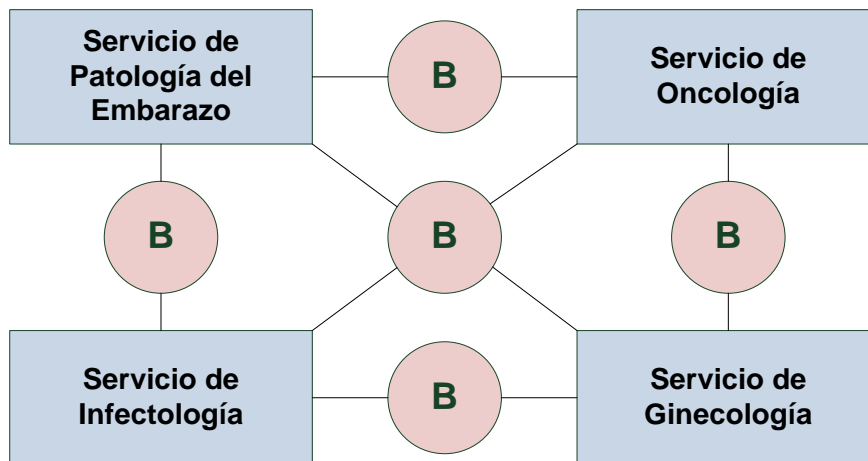
**b) Segunda relación**



**Figura 17: Relación entre UCIN, RNI y RNM**

En esta figura se observa que entre el Servicio de Neonatología para el Recién Nacido (Cuidados mínimos), el Servicio de Cuidados Intermedios para el Recién Nacido y el Servicio de Cuidados Intensivos para el Recién Nacido existe una relación complementaria y secuencian entre todos ellos, por ejemplo un recién nacido puede pasar de Cuidados mínimos directamente a Cuidados Intermedios o a Cuidados Intensivos (relación complementaria). Una vez el recién nacido se encuentra en Cuidados Intensivos, solo puede pasar a Cuidados Intermedios y luego a Cuidados Mínimos, por lo que entre los tres servicios también existe una relación secuencial.

**c) Tercera relación**

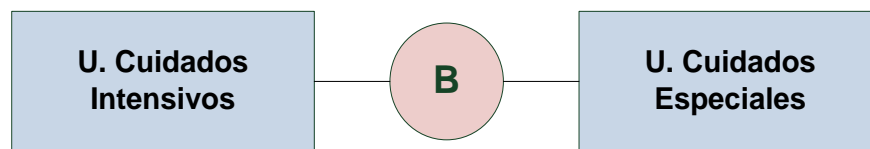


**Figura 18: Relación entre servicios de Patologías del embarazo, Oncología, Infectología y Ginecología**

En esta figura se observa que entre el Servicio de Patología del Embarazo, el Servicio de Oncología, el Servicio de Infectología y el Servicio de Ginecología, muestra una relación tipo B dado que tienen un propósito similar, que es brindar atención hospitalaria a la paciente según la especialidad médica competente para tratar la salud de la misma.

Dado que la relación Tipo B denota que estos servicios conforman un mismo proceso, estos servicios son el resultado del “*Proceso de Atención Hospitalaria Ginecológica y Perinatólogica*”.

#### **d) Cuarta relación**

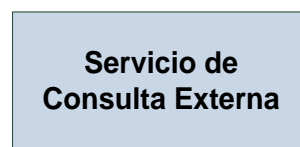


**Figura 19: Relación entre Cuidados Intensivos Adultos y Cuidados Especiales Adultos**

Esta figura denota que entre los Servicios de Cuidados Intensivos y Cuidados Especiales existe una relación que si bien no necesariamente puede ser secuencial si tienen el mismo propósito que es estabilizar a la paciente adulta cuando existen complicaciones especiales.

Por lo que dada la relación Tipo B, estos servicios forman parte del “*Proceso de Cuidados Intensivos y Especiales para Adultos*”.

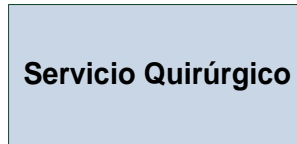
#### **e) Quita relación**



**Figura 20: relación del servicio de Consulta Externa**

Para el servicio de Consulta Externa se tiene que la mayoría de relaciones son de Tipo C, es decir que puede apoyar o apoyarse en otros servicios pero son independientes entre sí, por lo que este servicio forma parte del “*Proceso de Consulta Externa*” propiamente.

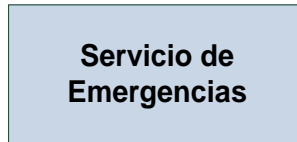
**e) Sexta relación**



**Figura 21: Relación de servicio Quirúrgico**

Para el servicio Quirúrgico se observa que la mayoría de relaciones es Tipo C, dado que este servicio apoya a otros, pero es básicamente independiente. Por lo que forma el "Proceso de Intervención Quirúrgica".

**e) Séptima relación**



**Figura 22: Relación servicios de emergencia**

Para el Servicio de Emergencias se tiene que en su mayoría las relaciones con otros servicios de Tipo C, es decir que se apoya con otros, pero es independiente de ellos. Por lo que forma el "Proceso de Atención de Emergencias".

En resumen con el diagrama de relaciones se han podido identificar los procesos clave del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, esto es la base para el siguiente apartado.

**2.1.1.3 Procesos clave Identificados**

Con la ayuda del diagrama anterior se procede a agrupar los servicios y a identificar los siguientes procesos clave:

- PROCESO DE ATENCIÓN DE PARTO Y POSTPARTO.
- PROCESO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.
- PROCESO DE CONSULTA EXTERNA.
- PROCESO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
- PROCESO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS.
- PROCESO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA GINECOLÓGICA Y PERINATOLÓGICA.
- PROCESO DE CUIDADOS INTENSIVOS Y ESPECIALES PARA ADULTOS.

A continuación se muestra la información de referencia recolectada para cada proceso, tomando en cuenta las diferentes unidades de la división médica donde se realiza:

Nombre del proceso

**ATENCIÓN DE PARTO Y POSTPARTO**

Unidades Físicas que intervienen	Tipo de Recurso humano involucrado	Cantidad	Insumos utilizados	Proveedor	Equipos médicos disponibles para el servicio	Tiempo de paso por la unidad	Jefe de la unidad	Pacientes 2011	Defunciones	Indicadores de referencia
SALA DE PARTOS	Staff	5	Medicamentos	Farmacias	Monitores cardiacos		Dra. Andrea de Oliveras	Vaginal 8125	-	-
	Residentes	5	Insumos médicos	Almacén	Monitores fetales	6 horas				
	Internos	7	Ropa	Lavandería						
	Enfermeras	x	Papelería	Impresos						
QUIROFANO OBSTETRICO (SALA DE OPERACIONES PARTOS POR CESAREA)							Dra. Karla Saade	Cesárea 4692	8	
PUERPERIO	Staff	3	Medicamentos	Farmacias	Tensiometros		Dr. Agreda	8,162	1	Producción
	Residentes	1	Insumos médicos	Almacén	Bomba para nebulizaciones	Alto riesgo: 2 - 3 días				Estancia Hospitalaria
	Internos	2	Ropa (camas, madre y RN)	Lavandería	Estetoscopio	Bajo riesgo: 12				Morbilidad

Unidades Físicas que intervienen	Tipo de Recurso humano involucrado	Cantidad	Insumos utilizados	Proveedor	Equipos médicos disponibles para el servicio	Tiempo de paso por la unidad	Jefe de la unidad	Pacientes 2011	Defunciones	Indicadores de referencia
						- 24 horas				
	Enfermeras	16	Papelería	Impresos						Mortalidad
<b>CIRUGIA OBSTÉTRICA</b>	Staff	4	Medicamentos	Farmacias	Tensiómetros		Dra. Rina Chacon	4,396	-	Altas
	Residentes	2	Insumos médicos	Almacén	Extractores de leche	2.5 a 3 días				Hemorragias obstétricas
	Internos	2	Ropa	Lavandería						Examen físico
	Enfermeras	16	Material	Arsenal						Trastornos Hipertensión
TOTAL		63								

Tabla 12: Información de referenciad el servicio de atención de parto y postparto

## Nombre del proceso

## ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Unidades Físicas que intervienen	Tipo de Recurso humano involucrado	Cantidad	Insumos utilizados	Proveedor	Equipos médicos disponibles para el servicio	Tiempo de paso por la unidad.	Jefe de la Unidad	Pacientes 2011	Defunciones	Indicadores de referencia			
NEONATOLOGIA A CUIDADOS INTENSIVOS	Staff Neonatología	4	Pachas, formulas alimenticias	Unidad de nutrición	Incubadora	20 días	Dr. Miguel Roberto Majano	513	235	-			
	Pediatras	3			Ventilador								
NEONATOLOGIA A CUIDADOS INTERMEDIO	Staff Neonatología	6	Vacunas, leches especiales, medicamentos, alimentos parenteral	Farmacia	Incubadora	10 días		Dr. Miguel Roberto Majano			2,222		
	Pediatras	3			Ventilador								
	Internos	1											
NEONATOLOGIA A CUIDADOS MINIMOS	Staff Neonatología	4	Equipo e insumos médicos (catéteres, bolsas, descartables, etc.)	Almacén	Bacinet	5 días					Dr. Miguel Roberto Majano	7,316	
	Pediatras	3											
	Internos	1											
MADRE CONGUERO	Staff Neonatol.	1										Dr. Miguel Roberto Majano	-
TOTAL		26											10,051

Tabla 13: Información de referenciad el servicio de atención del recién nacido



Nombre del proceso

**CONSULTA EXTERNA**

Unidades Físicas que intervienen	Tipo de Recurso humano involucrado	Cantidad	Insumos utilizados	Proveedor	Equipos médicos disponibles para el servicio	Tiempo de paso por la unidad	Jefe de la unidad	Pacientes 2011	Defunciones	Indicadores de referencia
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	Staff	56	Medicamentos	Farmacia	Electrocardiógrafo		Dra. Mirna Roldán de Rivas	86,237	-	-
	Residentes	3	Insumos médicos	Almacén	Tensiómetro					
	Enfermeras	18	Papelería	Imprenta	Dopler	2 a 3 horas				
					Lector de Rayos X					
					Cauterio					
					Equipo de curación					
TOTAL		77								

Tabla 14: Información de referenciad el servicio de Consulta externa

Nombre del proceso

**INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

Unidades Físicas que intervienen	Tipo de Recurso humano involucrado	Cantidad	Insumos utilizados	Proveedor	Equipos médicos disponibles para el servicio	Tiempo de paso por la unidad	Jefe de la unidad	Pacientes 2011	Defunciones	Indicadores de referencia
<b>CENTRO QUIRURGICO (SALA DE OPERACIONES)</b>	Staff	3	Medicamentos	Farmacias	Maquinas de anestesia		Dra. Karla Saade	Cirugías Menores 8539	-	Hojas de cirugía
	Residentes	2	Insumos médicos	Almacén	Mesa quirúrgica					Electivas
	Internos	1	Instrumental quirúrgico	Arsenal	Cunas térmicas			Cirugías Mayores 8158		Complicaciones quirúrgicas
	Enfermeras	47	Papelería	Impresos	Monitores de recuperación					
			Ropa	Lavandería	Monitores de Laparoscopia					
<b>TOTAL</b>		<b>53</b>								

Tabla 15: Información de referenciad el servicio de Intervención quirúrgica

Nombre del proceso

**ATENCIÓN DE EMERGENCIAS**

Unidades Físicas que intervienen	Tipo de Recurso humano involucrado	Cantidad	Insumos utilizados	Proveedor	Equipos médicos disponibles para el servicio	Tiempo de paso por la unidad	Jefe de la unidad	Pacientes 2011	Defunciones	Indicadores de referencia
<b>EMERGENCIAS</b>	Staff	7	Medicamentos	Farmacia	Monitor de signos vitales		Dr. Lima	26,248	3	Medición de tiempos
	Residentes	7	Insumos médicos	Almacén	Monitor fetal	80% menos de 2 hr				
	Internos	5	Ropa	Lavandería	Ultrasonido portátil					
	Enfermeras	5			Electrocardiógrafo	20% 2 a 4 horas				Encuesta de satisfacción a usuarios
					Dopler fetal					
<b>TOTAL</b>		24								

Tabla 16: Información de referenciad el servicio de atención de atención de emergencias

Nombre del proceso

## ATENCIÓN HOSPITALARIA GINECOLÓGICA Y PERINATOLÓGICA

Unidades Físicas que intervienen	Tipo de Recurso humano involucrado	Cantidad	Insumos utilizados	Proveedor	Equipos médicos disponibles para el servicio	Tiempo de paso por la unidad	Jefe de la unidad	Pacientes 2011	Defunciones	Indicadores de referencia
<b>PATOLOGÍA DEL EMBARAZO (PERINATOLOGÍA)</b>	Staff	5	Medicamentos	Farmacia	2 monitores fetales		Dr. Ortiz Avendaño	2,176	2	
	Residentes	5	Insumos médicos	Almacén	ultrasonido	3 a 4 días				
	Internos	4	Papel de monitores	Almacén	glucómetros					
	Enfermeras	6	Ropa	Lavandería	ultrasonido doplex					
<b>INFECTOLOGÍA</b>	Staff	2	Medicamentos	Farmacia	Aspiradores de secreciones		Dr. Figueroa	1,193	4	Índice de infección
	Residentes	1	Insumos médicos	Almacén	Oxígeno	6 días				Mortalidad
	Internos	2	Curaciones	Arsenal						Estancia hospitalaria
	Enfermeras	5	Ropa	Lavandería						Rotación de camas
<b>ONCOLOGÍA</b>	Staff	5	Medicamentos	Farmacia	Bombas de infusión		Dra. Velázquez	1,321	-	Ingresos y Egresos
	Residentes	1	Quimioterapia	Farmacia	Cilindros de Oxígeno	5 días				Estancia hospitalaria
	Internos	2	Insumos médicos (drenos)	Almacén	Nebulizador					número de cirugías
	Enfermeras	10								Número de quimioterapia

Unidades Físicas que intervienen	Tipo de Recurso humano involucrado	Cantidad	Insumos utilizados	Proveedor	Equipos médicos disponibles para el servicio	Tiempo de paso por la unidad	Jefe de la unidad	Pacientes 2011	Defunciones	Indicadores de referencia
										pías
<b>CIRUGÍA GINECOLOGICA</b>	Staff	3	Medicamentos	Farmacia	Compresores de terapia respiratoria		Dr. Jiménez	1,858	6	Ingresos
	Residentes	1	Insumos médicos	Almacén	Tensiómetro	3 días				Diagnóstico de Egresos
	Internos	3	Curaciones	Arsenal	Electrocardiografía					Días de estancia
	Enfermeras	4								
TOTAL		59								

Tabla 17: Información de referenciad el servicio de atención hospitalaria Ginecológica y oncológica

Nombre del proceso

**CUIDADOS INTENSIVOS Y ESPECIALES PARA ADULTOS**

Unidades Físicas que intervienen	Tipo de Recurso humano involucrado	Cantidad	Insumos utilizados	Proveedor	Equipos médicos disponibles para el servicio	Tiempo de paso por la unidad	Jefe de la unidad	Pacientes 2011	Defunciones	Indicadores de referencia
UCIA (3 camas)	Staff	2	Medicamentos	Farmacia	Monitores externos de signos vitales		Dra. Xochilt Sandoval	587	-	Ingresos
	Residentes	3	Alimentación enteral		Ventiladores para paciente crítico	UCIA: 3.2 días, 83.4 % ocupación				Egresos
	Internos	3	Alimentación parenteral		Electrocardiógrafos					Porcentaje de ocupación
	Enfermeras	16	Descartables para bombas de infusión	Desfibriladores		Promedio de estancia				
UCE (4 camas)			Bigoteras	Almacén	Equipo de hemodiálisis					Pacientes según servicio
			Tubos orotraquiales		Monitor fetal					Pacientes según hospitales
			Tubos toracotomía		Dopler					Destino de las pacientes
			Drenos		Otooftalmolaringoscopia					Tubos orotraquiales utilizados

Unidades Físicas que intervienen	Tipo de Recurso humano involucrado	Cantidad	Insumos utilizados	Proveedor	Equipos médicos disponibles para el servicio	Tiempo de paso por la unidad	Jefe de la unidad	Pacientes 2011	Defunciones	Indicadores de referencia
			Sistemas de drenaje urinario			UCE: 2 días, 70% de ocupación				Catéteres utilizados
			Colchones anti escaras							
			Ambu							
			Cánulas de mayo							
			Sondas para Succión							
			Desinfectantes especiales para equipo biomédico							
			Curaciones		Arsenal					
TOTAL		24								

**Tabla 18: Información de referenciad el servicio de Cuidados intensivos y especiales de adultos**

## Procesos de Apoyo Médico

Con la información anterior se procede a identificar los servicios de apoyo médico, para cada una de las fases de los procesos clave con el siguiente instrumento:

Servicios de Apoyo		Nombre del Proceso
Unidad	Actividad	
<b>Laboratorio</b>	Hematología	
	Química clínica	
	Coprologia-urianalisis	
	Bacteriología	
	Coagulacion	
	Serología e inmunología	
	Pruebas especiales	
	Infertilidad	
<b>Radiología e imágenes medicas</b>	Rayos X de tórax, abdomen y cráneo	
	Enema baritado, pielograma endovenoso, tubo digestivo superior, histerosalpingograma	
	Ultrasonografía general	
<b>Ultrasonografía</b>	Ultrasonografías ginecológicas, de mama, obstétricas y neonatales	
<b>Farmacia</b>	Actividades de farmacia	
<b>Fisioterapia</b>	Detección de malformaciones musculoesqueleticas de recién nacidos en hospitalización,	
	Sesiones de fisioterapia	
<b>Banco de Sangre</b>	Atención de donantes,	
	Pruebas especiales(VIH, RPR, hepatitis B, C, chagas)	
	Preparación de componentes	
<b>Anatomía patológica</b>	Estudio de biopsias	
	Citologías cervicovaginales y extravaginales	
	Morgue	
<b>Unidad de Nutrición y Dietas</b>		
<b>Trabajo Social</b>	Atención al Ciudadano	
<b>Estadística y Documentos medicos</b>	Generacion de informes,	
	Admision de pacientes	
	Otorgamiento de citas	
	Informacion a visitantes	
	Archivo clinico	

Tabla 19: Instrumento para identificación de servicios de apoyo

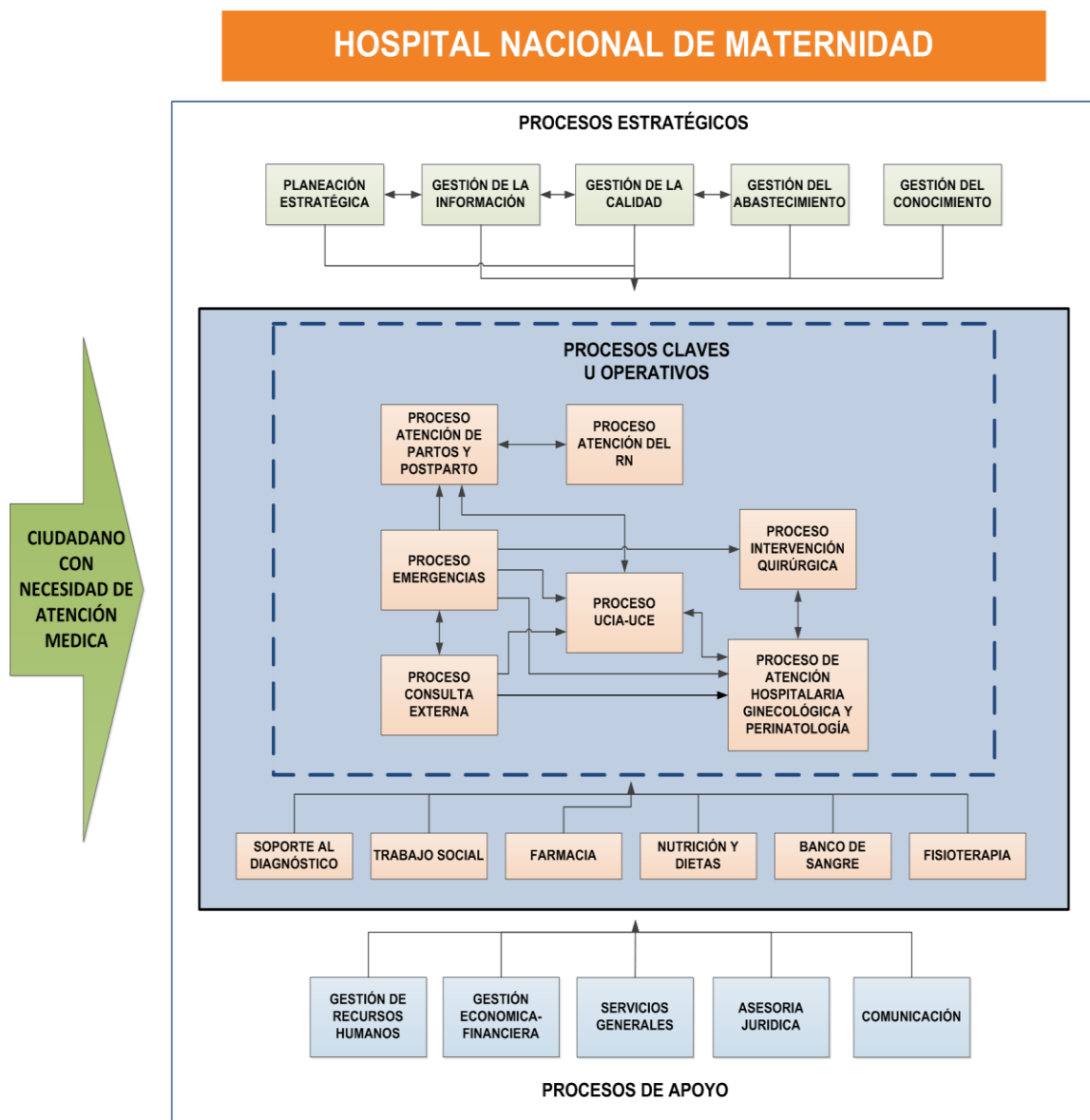


En el “Anexo G – Servicios de Apoyo para cada proceso clave” se observan los resultados obtenidos con este instrumento.

### 2.1.1.4 Mapa de Procesos

Con los procesos clave y de apoyo médico identificados se identifican los procesos estratégicos del Hospital Nacional de Maternidad y los procesos de apoyo para toda la organización.

**Figura 23: Mapa de procesos del Hospital**



Fuente: Elaboración propia

## 2.1.2 DEFINICIÓN LOS CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE PROCESOS.

El diseño de un sistema de gestión de calidad debe abordarse de forma continua, gradual y no de forma global. Dado que la implementación del sistema requiere tiempo y maduración dentro de la organización, por lo que es preferible seleccionar aquellos procesos considerados como prioritarios, para incluirlos en lo que será el manual de calidad respetando los requisitos de la norma ISO 9001:2008.

En un hospital por su misma naturaleza existe una gran cantidad de procesos sujetos a ser incluidos en el diseño del SGC, pero se considera que para el Hospital Nacional de Maternidad no es conveniente realizar un esfuerzo que involucre a nivel general todos los procesos de la organización, este enfoque total solo es viable en una organización pequeña. Cabe mencionar que el abarcar todos los procesos puede llevar a los siguientes inconvenientes:

- Resultar muy costoso y demandar mucho tiempo.
- El trabajo normal de atención al usuario se descuida.
- La implementación del SGC tiende a carecer de enfoque y coordinación.

Para priorizar los procesos existen una buena cantidad de criterios procesos, sin embargo se han seleccionado aquellos que se consideran más apropiados para la evaluación y selección de los procesos clave. Una vez definidos los criterios se definen los factores que permiten medir cada uno de los mismos. Estos factores aportan información que posteriormente ayuda a calificar los procesos.

### **Criterios de priorización:**

- ✓ **Impacto en el paciente:** Este criterio enfatiza el hecho en que se deben orientar los esfuerzos en el diseño del SGC enfatizando en los procesos que tengan un valor agregado para el cliente externo.
- ✓ **Impacto en el cliente Interno:** Este criterio destaca la participación o colaboración interna necesaria para atender a las pacientes del Hospital Nacional de Maternidad que tomando en cuenta que según la relación entre los clientes internos el trabajo de cada unidad repercute en el de los demás participantes. En los procesos que existan más involucrados hay mayor cantidad de requerimientos relacionados con los clientes internos.
- ✓ **Importancia para la organización:** Lógicamente se debe considerar la organización para la selección de los procesos claves, priorizando aquellos que inciden de forma directa en el alcance de la organización y en la consecución de su misión y visión.
- ✓ **Costo económico para la organización:** Una forma de medir el esfuerzo que la organización realiza para ejecutar un proceso es identificar los costos en los que se incurren en los mismos, puesto que al incorporarlos el diseño del SGC se contribuye a mejorar la eficacia y eficiencia de los mismos a través de la

mejora continua. Este criterio considera los costos incurridos en pago de salarios, medicamentos e insumos médicos.

### **Factores para medir los criterios**

Los criterios de priorización se miden cada uno según determinados factores, cada uno considera un aspecto puntual a ser valorado.

- Para medir el ***Impacto en el paciente*** se tiene:
  - Contacto con el paciente: Con este dato se pretende valorar el grado de relación que tiene el servicio o producto con el cliente, ayudando a identificar si es un proceso clave.
  - Contribución a la satisfacción de las necesidades del paciente: con este factor se busca determinar aquellos servicios que son más indispensables que otros en una misma unidad de la división médica.
  - Impacto en la percepción del paciente respecto a la calidad del servicio ofrecido: Este elemento pretende medir el grado de aporte del proceso a la capacidad que tiene el hospital para brindar servicios acorde a las necesidades del cliente externo.
  - Impacto del servicio en la salud del paciente: Con este factor se valora el grado de aporte a la salud de la persona atendida, tomando en cuenta que en un hospital existe una diversidad de servicios pero no todos son igualmente relevantes en este sentido.
  - Impacto del servicio en la mortalidad del paciente: este factor busca valorar el grado de influencia del servicio con respecto a la mortalidad de la persona al momento de ser atendido.
  
- Para determinar el ***impacto en el cliente interno***:
  - Participación de otras unidades de la división médica: con este factor se pretende medir el grado de participación de otras unidades puedan tener posteriormente luego de haber finalizado el servicio en una unidad determinada.

- Influencia en la calidad de la siguiente unidad: básicamente se busca dimensionar que tanta influencia puede tener el trabajo de una unidad determinada en la calidad del trabajo de la siguiente unidad.
- Para determinar la ***importancia para la organización*** se tiene:
- Grado de importancia para la Dirección del Hospital: es decir, que relevancia le brinda la dirección al proceso. Este factor debe ser obtenido con representantes de la dirección del hospital, luego de haber recabado los datos básicos de cada proceso.
  - Grado de contribución a la Misión del Hospital: En este sentido cabe mencionar que la mayoría de procesos contribuyen a la misión del hospital, pero con esto se trata de diferenciar aquellos procesos que lo hacen de forma secundaria. Este factor también debe ser corroborado por algún representante de la dirección del hospital.
  - Impacto en la imagen institucional: Este factor considera el grado de afectación que tiene el proceso en la vista pública a criterio de la dirección del hospital.
  - Grado de aporte a las estrategias nacionales de salud: Cada proceso clave puede ser más relevante que otro desde el punto de vista de las estrategias de salud actuales por lo que es un elemento que ayuda a la priorización.
- Para determinar el Costo Económico para la organización se tiene:
- Costos directos por proceso: La unidad Financiera del Hospital Nacional de Maternidad, tiene identificados los costos incurridos para cada servicio y unidad administrativa, en ese sentido a cada proceso se le pueden atribuir costos directos incurridos.

### **Procedimiento para medir los criterios de valoración y sus factores**

- **Paso 1:** Recopilar información para medir los criterios *impacto en el paciente e impacto en el cliente interno*.

Este paso consiste en documentar la opinión de cada jefe médico encargado de los servicios señalado en la identificación de los proceso clave del hospital, con la ayuda del siguiente instrumento se mide la valoración de cada factor, según la escala que se muestra en cada uno.

Figura 24: Instrumento de Medición de factores de los criterios impacto en el paciente e impacto en el cliente interno

Nombre del proceso							
Nombre de la unidad							
Criterios de Priorización	N	Factor de Medición	1	2	3	4	5
Impacto en el cliente externo (CE)	1	Contacto con el paciente	No existe contacto	Poco Contacto	Mediano contacto	Moderado contacto	Alto Contacto
	2	Contribución a la satisfacción de las necesidades del paciente	Ninguna contribución	Poca Contribución	Mediana Contribución	Moderada Contribución	Alta Contribución
	3	Impacto en la percepción del paciente, respecto a la calidad del servicio ofrecido	No existe Impacto	Poco Impacto	Mediano Impacto	Moderado Impacto	Alto impacto
	4	Impacto del servicio en la salud del paciente	No existe Impacto	Poco Impacto	Mediano Impacto	Moderado Impacto	Alto impacto
	5	Impacto del servicio en la mortalidad del paciente	No existe Impacto	Poco Impacto	Mediano Impacto	Moderado Impacto	Alto impacto
Impacto en el cliente interno (CI)	6	Participación de otras unidades de la división medica luego de brindar el servicio	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
	7	Influye la calidad del servicio de esta unidad en el servicio de la siguiente unidad a la que se dirige el paciente	Ninguna influencia	Poca influencia	Mediana influencia	Moderada influencia	Alta influencia

- **Paso 2:** Recopilar información para medir el criterio *Importancia para la organización*.

Este paso consiste en recopilar la opinión de la Dirección del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, a fin de medir la importancia de la organización para cada proceso clave del hospital, según se identificó en el mapa de procesos del HNEM. En este sentido la consulta se realizó para los siguientes cargos:

- Director del HNEM
- Subdirector del HNEM
- Personal de la Unidad de Planificación
- Jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad
- Jefa de Enfermería
- Jefe de la División Medica
- Jefe de la División de Servicios de Apoyo
- Jefe de la División Administrativa
- Jefe de la Unidad de Formación

Para esto se utilizó el siguiente instrumento:

Figura 25: Escala de valoración del criterio Importancia para la organización.

Importancia para la Organización (Escala de Valoración)					
Factor de Medición	1	2	3	4	5
Grado de interés para la Dirección del Hospital	Ninguna Importancia	Poca Importancia	Mediana Importancia	Moderada Importancia	Alta Importancia
Grado de contribución a la Misión del Hospital	Ninguna Contribución	Poca Contribución	Mediana contribución	Moderada contribución	Alta Contribución
Impacto en la imagen Institucional	No existe Impacto	Poco Impacto	Mediano Impacto	Moderado Impacto	Alto impacto
Grado de aporte a estrategias nacionales de salud	Ningún aporte	Poco aporte	Mediano aporte	Aporte moderado	Alto aporte

Figura 26: Instrumento de Medición de factores del criterio Importancia para la organización.

CARGO DEL EVALUADOR				
NOMBRE DEL EVALUADOR				
Importancia para la Organización				
Nombre del Proceso	FACTORES			
	Grado de importancia para la Dirección del Hospital	Grado de contribución a la Misión del Hospital	Impacto en la imagen Institucional	Grado de aporte a estrategias nacionales de salud
ATENCIÓN DE PARTO Y POSTPARTO				
ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO				
CONSULTA EXTERNA				
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA				
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS				
ATENCIÓN HOSPITALARIA GINECOLOGICAS Y PERINATOLOGIA				
CUIDADOS INTENSIVOS Y ESPECIALES PARA ADULTOS				

- **Paso 3:** Promediar para cada proceso las valoraciones obtenidas de los factores de cada criterio.

Luego de haber tenido los resultados de las jefaturas de la División Médica encargadas de valorar los criterios de Impacto en el paciente e Impacto en el cliente interno, se agrupan los resultados para cada proceso y se obtiene la valoración de cada factor promediando con la ayuda de la siguiente tabla:

NOMBRE DEL PROCESO							
Unidades que intervienen	VALORACIÓN DE CADA FACTOR (para los criterios Impacto en el paciente e Impacto en el cliente Interno)						
	1	2	3	4	5	6	7
Unidad A							
Unidad B							
Unidad C							
Unidad D							
<b>Promedio</b>							

De manera similar se promedian las valoraciones obtenidas para la importancia para la organización, según la opinión de las diferentes personas que conforman la Dirección del Hospital, para esto se resumió en el siguiente formato:

Criterio "Importancia para la Organización"				
Nombre del Proceso	VALORACIÓN DE CADA FACTOR			
	Grado de importancia para la Dirección del Hospital	Grado de contribución a la Misión del Hospital	Impacto en la imagen Institucional	Grado de aporte a estrategias nacionales de salud
ATENCIÓN DE PARTO Y POSTPARTO				
ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO				
CONSULTA EXTERNA				
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA				
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS				
ATENCIÓN HOSPITALARIA GINECOLOGICAS Y PERINATOLOGIA				
CUIDADOS INTENSIVOS Y ESPECIALES PARA				

Estos promedios obtenidos en este paso se trasladan a las tablas 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21 del apartado siguiente según el proceso que corresponda, específicamente en la columna con el título de "valoración".

- **Paso 4:** Establecer los costos relacionados a cada proceso clave identificado.

Se agrupan los costos para cada proceso clave, según el presupuesto del año 2011, es decir, que solo se consideran los gastos directos del hospital para cada proceso clave, (sin considerar gastos de unidades administrativas).

Una vez establecidos los costos para cada proceso, se establece la siguiente fórmula para evaluar cada proceso (las cantidades y los resultados de la evaluación se establecen en el siguiente apartado):

$$Evaluación = \frac{Costo\ del\ proceso \times Peso\ del\ criterio\ (en\ porcentaje)}{Costo\ maximo\ identificado}$$

Los resultados de la aplicación de esta fórmula se pueden observar en la tabla 22 del siguiente apartado, en la columna con el título de "evaluación".

- **Paso 4:** Establecer los pesos de los criterios y factores.

Para los 4 criterios se define que son igualmente importantes por lo que se les asigna un peso de 25% a cada uno. Este mismo principio se establece para los factores de cada criterio, por lo que se distribuye el peso del criterio de manera equitativa entre sus respectivos factores (los valores se detallan en el siguiente apartado).

Finalizando estos 4 pasos se procede a evaluar los criterios según las valoraciones obtenidas. En el siguiente apartado.

## 2.1.3 EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE LOS PROCESOS.

### 2.1.3.1 Evaluación de los procesos clave

Para la priorización de los procesos clave se establecen los pesos los criterios siguientes:

- 1) Impacto en el Paciente
- 2) Impacto en el cliente interno (CI)
- 3) Importancia para la organización
- 4) Costo para la organización

En la tabla siguiente se especifica la forma de valoración los factores de cada criterio:

**Tabla 20: Tabla de ponderaciones primera parte**

Pesos de los Criterios y Factores						
N° de Criterio	Criterios de Priorización	Peso del criterio	N° de Factor	Factor de Medición	Peso del Factor	Forma de evaluación
1	Impacto en el paciente	25	1.1	Contacto con el paciente	5.00	Si tiene una valoración de 5 en el factor se asigna en peso máximo del factor . En caso de tener un valor inferior se calcula la fracción que corresponda según el peso máximo del factor.
			1.2	Contribución a la satisfacción de las necesidades del paciente	5.00	
			1.3	Impacto en la percepción del paciente, respecto a la calidad del servicio ofrecido	5.00	
			1.4	Impacto del servicio en la salud del paciente	5.00	
			1.5	Impacto del servicio en la mortalidad del paciente	5.00	
2	Impacto en el cliente interno (CI)	25	2.1	Participación de otras unidades de la división medica luego de brindar el servicio	12.50	Si tiene una valoración de 5 en el factor se asigna en peso máximo del factor . En caso de tener un valor inferior se calcula la fracción que corresponda según el peso máximo del factor.
			2.2	Influye la calidad del servicio de esta unidad en el servicio de la siguiente unidad a la que se dirige el paciente	12.50	
3	Importancia para la organización	25	3.1	Grado de importancia para la Dirección del Hospital	6.25	Si tiene una valoración de 5 en el factor se asigna en peso máximo del factor . En caso de tener un valor inferior se calcula la fracción que corresponda según el peso máximo del factor.
			3.2	Grado de contribución a la Misión del Hospital	6.25	
			3.4	Impacto en la imagen Institucional	6.25	
			3.5	Grado de aporte a estrategias nacionales de salud	6.25	

El peso del criterio se establece con la suma de los pesos de cada factor obtenidos al aplicar la forma de evaluación de cada uno según las valoraciones obtenidas.



**Tabla 21: Tabla de ponderaciones segunda parte**

Valoración del costo Económico			
N° de Criterio	Criterios de Priorización	Peso del criterio	Forma de evaluación
4	Costo económico para la organización	25	A cada proceso se le coloca su respectivo costo asociado. Se atribuye los 25 puntos al proceso de mayor costo. Los demás procesos se valoran tomando como base el costo mayor.

La fórmula para evaluar el criterio del costo económico se establece en el paso 3 del Procedimiento para medir los criterios de valoración y sus factores en el apartado anterior.

#### ***2.1.3.2 Selección de los procesos clave***

A continuación se muestran los resultados de la evaluación de cada proceso, tomando en cuenta que el criterio “Costo para la Organización “se coloca aparte:

**Tabla 22: Resultados de la evaluación de los criterios para el proceso de Atención de Parto y Postparto**

Nombre del proceso:		ATENCIÓN DE PARTO Y POSTPARTO				
N° de Criterio	Criterios de Priorización	Aporte al criterio	N° de Factor	Factor de Medición	Evaluación del factor	Valoración
1	Impacto en el paciente	22.0	1.1	Contacto con el paciente	5.00	5.00
			1.2	Contribución a la satisfacción de las necesidades del paciente	4.75	4.75
			1.3	Impacto en la percepción del paciente, respecto a la calidad del servicio ofrecido	4.50	4.50
			1.4	Impacto del servicio en la salud del paciente	4.25	4.25
			1.5	Impacto del servicio en la mortalidad del paciente	3.50	3.50
2	Impacto en el cliente interno (CI)	21.3	2.1	Participación de otras unidades de la división medica luego de brindar el servicio	10.63	4.25
			2.2	Influye la calidad del servicio de esta unidad en el servicio de la siguiente unidad a la que se dirige el paciente	10.63	4.25
3	Importancia para la organización	24.0	3.1	Grado de importancia para la Dirección del Hospital	6.11	4.89
			3.2	Grado de contribución a la Misión del Hospital	5.97	4.78
			3.4	Impacto en la imagen Institucional	5.83	4.67
			3.5	Grado de aporte a estrategias nacionales de salud	6.11	4.89

**Tabla 23: Resultados de la evaluación de los criterios para el proceso de Atención del Recién Nacido**

Nombre del proceso		ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO				
N° de Criterio	Criterios de Priorización	Aporte al criterio	N° de Factor	Factor de Medición	Evaluación del factor	Valoración
1	Impacto en el paciente	22.0	1.1	Contacto con el paciente	5.00	5.00
			1.2	Contribución a la satisfacción de las necesidades del paciente	3.00	3.00
			1.3	Impacto en la percepción del paciente, respecto a la calidad del servicio ofrecido	5.00	5.00
			1.4	Impacto del servicio en la salud del paciente	4.67	4.67
			1.5	Impacto del servicio en la mortalidad del paciente	4.33	4.33
2	Impacto en el cliente interno (CI)	22.5	2.1	Participación de otras unidades de la división medica luego de brindar el servicio	11.67	4.67
			2.2	Influye la calidad del servicio de esta unidad en el servicio de la siguiente unidad a la que se dirige el paciente	10.83	4.33
3	Importancia para la organización	23.1	3.1	Grado de importancia para la Dirección del Hospital	5.69	4.56
			3.2	Grado de contribución a la Misión del Hospital	5.97	4.78
			3.4	Impacto en la imagen Institucional	5.69	4.56
			3.5	Grado de aporte a estrategias nacionales de salud	5.69	4.56

**Tabla 24: Resultados de la evaluación de los criterios para el proceso de Consulta Externa**

Nombre del proceso		CONSULTA EXTERNA				
N° de Criterio	Criterios de Priorización	Aporte al criterio	N° de Factor	Factor de Medición	Evaluación del factor	Valoración
1	Impacto en el paciente	21.0	1.1	Contacto con el paciente	5.00	5.00
			1.2	Contribución a la satisfacción de las necesidades del paciente	5.00	5.00
			1.3	Impacto en la percepción del paciente, respecto a la calidad del servicio ofrecido	5.00	5.00
			1.4	Impacto del servicio en la salud del paciente	5.00	5.00
			1.5	Impacto del servicio en la mortalidad del paciente	1.00	1.00
2	Impacto en el cliente interno (CI)	17.5	2.1	Participación de otras unidades de la división medica luego de brindar el servicio	10.00	4.00
			2.2	Influye la calidad del servicio de esta unidad en el servicio de la siguiente unidad a la que se dirige el paciente	7.50	3.00
3	Importancia para la organización	21.9	3.1	Grado de importancia para la Dirección del Hospital	5.28	4.22
			3.2	Grado de contribución a la Misión del Hospital	5.69	4.56
			3.4	Impacto en la imagen Institucional	5.69	4.56
			3.5	Grado de aporte a estrategias nacionales de salud	5.28	4.22

**Tabla 25: Resultados de la evaluación de los criterios para el proceso de Intervención Quirúrgica**

Nombre del proceso		INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA				
N° de Criterio	Criterios de Priorización	Aporte al criterio	N° de Factor	Factor de Medición	Evaluación del factor	Valoración
1	Impacto en el paciente	25.0	1.1	Contacto con el paciente	5.00	5.00
			1.2	Contribución a la satisfacción de las necesidades del paciente	5.00	5.00
			1.3	Impacto en la percepción del paciente, respecto a la calidad del servicio ofrecido	5.00	5.00
			1.4	Impacto del servicio en la salud del paciente	5.00	5.00
			1.5	Impacto del servicio en la mortalidad del paciente	5.00	5.00
2	Impacto en el cliente interno (CI)	22.5	2.1	Participación de otras unidades de la división medica luego de brindar el servicio	10.00	4.00
			2.2	Influye la calidad del servicio de esta unidad en el servicio de la siguiente unidad a la que se dirige el paciente	12.50	5.00
3	Importancia para la organización	21.7	3.1	Grado de importancia para la Dirección del Hospital	5.69	4.56
			3.2	Grado de contribución a la Misión del Hospital	5.56	4.44
			3.4	Impacto en la imagen Institucional	5.42	4.33
			3.5	Grado de aporte a estrategias nacionales de salud	5.00	4.00

**Tabla 26: Resultados de la evaluación de los criterios para el proceso de Atención de Emergencias**

Nombre del proceso		ATENCIÓN DE EMERGENCIAS				
N° de Criterio	Criterios de Priorización	Aporte al criterio	N° de Factor	Factor de Medición	Evaluación del factor	Valoración
1	Impacto en el paciente	25.0	1.1	Contacto con el paciente	5.00	5.00
			1.2	Contribución a la satisfacción de las necesidades del paciente	5.00	5.00
			1.3	Impacto en la percepción del paciente, respecto a la calidad del servicio ofrecido	5.00	5.00
			1.4	Impacto del servicio en la salud del paciente	5.00	5.00
			1.5	Impacto del servicio en la mortalidad del paciente	5.00	5.00
2	Impacto en el cliente interno (CI)	22.5	2.1	Participación de otras unidades de la división medica luego de brindar el servicio	10.00	4.00
			2.2	Influye la calidad del servicio de esta unidad en el servicio de la siguiente unidad a la que se dirige el paciente	12.50	5.00
3	Importancia para la organización	23.3	3.1	Grado de importancia para la Dirección del Hospital	5.97	4.78
			3.2	Grado de contribución a la Misión del Hospital	6.11	4.89
			3.4	Impacto en la imagen Institucional	5.97	4.78
			3.5	Grado de aporte a estrategias nacionales de salud	5.28	4.22

**Tabla 27: Resultados de la evaluación de los criterios para el proceso de Atención Hospitalaria Ginecológica y Perinatólogica**

Nombre del proceso		ATENCIÓN HOSPITALARIA GINECOLOGICA Y PERINATOLOGICA				
N° de Criterio	Criterios de Priorización	Aporte al criterio	N° de Factor	Factor de Medición	Evaluación del factor	Valoración
1	Impacto en el paciente	22.5	1.1	Contacto con el paciente	5.00	5.00
			1.2	Contribución a la satisfacción de las necesidades del paciente	4.75	4.75
			1.3	Impacto en la percepción del paciente, respecto a la calidad del servicio ofrecido	5.00	5.00
			1.4	Impacto del servicio en la salud del paciente	4.50	4.50
			1.5	Impacto del servicio en la mortalidad del paciente	3.25	3.25
2	Impacto en el cliente interno (CI)	20.0	2.1	Participación de otras unidades de la división medica luego de brindar el servicio	10.00	4.00
			2.2	Influye la calidad del servicio de esta unidad en el servicio de la siguiente unidad a la que se dirige el paciente	10.00	4.00
3	Importancia para la organización	22.6	3.1	Grado de importancia para la Dirección del Hospital	5.83	4.67
			3.2	Grado de contribución a la Misión del Hospital	5.56	4.44
			3.4	Impacto en la imagen Institucional	5.83	4.67
			3.5	Grado de aporte a estrategias nacionales de salud	5.42	4.33

**Tabla 28: Resultados de la evaluación de los criterios para el proceso de Cuidados Intensivos y Especiales para adultos**

Nombre del proceso		CUIDADOS INTENSIVOS Y ESPECIALES PARA ADULTOS				
N° de Criterio	Criterios de Priorización	Aporte al criterio	N° de Factor	Factor de Medición	Evaluación del factor	Valoración
1	Impacto en el paciente	25.0	1.1	Contacto con el paciente	5.00	5.00
			1.2	Contribución a la satisfacción de las necesidades del paciente	5.00	5.00
			1.3	Impacto en la percepción del paciente, respecto a la calidad del servicio ofrecido	5.00	5.00
			1.4	Impacto del servicio en la salud del paciente	5.00	5.00
			1.5	Impacto del servicio en la mortalidad del paciente	5.00	5.00
2	Impacto en el cliente interno (CI)	25.0	2.1	Participación de otras unidades de la división medica luego de brindar el servicio	12.50	5.00
			2.2	Influye la calidad del servicio de esta unidad en el servicio de la siguiente unidad a la que se dirige el paciente	12.50	5.00
3	Importancia para la organización	23.2	3.1	Grado de importancia para la Dirección del Hospital	6.11	4.89
			3.2	Grado de contribución a la Misión del Hospital	5.69	4.56
			3.4	Impacto en la imagen Institucional	5.97	4.78
			3.5	Grado de aporte a estrategias nacionales de salud	5.42	4.33

**Tabla 29: Resultados de la evaluación del costo económico para cada proceso**

Valoración del costo Económico						
N° de Criterio	Criterios de Priorización	Peso del criterio	Procesos	Costo	%	Evaluación
4	Costo económico para la organización	25	ATENCIÓN DE PARTO Y POSTPARTO	\$ 1883,044.70	25.43	19.81
			ATENCIÓN DEL RN	\$ 2376,587.75	32.09	25.00
			CONSULTA EXTERNA	\$ 857,163.19	11.58	9.02
			INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	\$ 539,934.49	7.29	5.68
			ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	\$ 395,180.01	5.34	4.16
			ATENCIÓN DE PATOLOGIAS GINECOLOGICAS Y DEL EMBARAZO	\$ 979,859.51	13.23	10.31
			CUIDADOS INTENSIVOS Y ESPECIALES PARA ADULTOS	\$ 373,256.17	5.04	3.93



**Tabla 30. Resultados Finales**

N°	Nombre del Proceso	Aporte a cada criterio				Total
		Impacto en el paciente (25%)	Impacto en el cliente interno (25%)	Importancia para la organización (25%)	Costo para la Organización (25%)	
1	ATENCIÓN DE PARTO Y POSTPARTO	22	21.25	24.03	19.8	87.09
2	ATENCIÓN DEL RN	22.00	22.50	23.06	25.0	92.56
3	CONSULTA EXTERNA	21.00	17.50	21.94	9.0	69.46
4	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	25.00	22.50	21.67	5.7	74.85
5	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	25.00	22.50	23.33	4.2	74.99
6	ATENCIÓN DE PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS Y DEL EMBARAZO	22.50	20.00	22.64	10.3	75.45
7	CUIDADOS INTENSIVOS Y ESPECIALES PARA ADULTOS	25.00	25.00	23.19	3.9	77.12

Los procesos a considerar como el punto de partida para determinar la brecha entre la situación actual y los requisitos de la Norma ISO 9001: 2008 son:

- Atención del Recién Nacido
- Atención de Parto y Postparto

En los resultados se puede observar que para el criterio de “Impacto al Cliente Externo” todos los procesos alto puntaje, debido a que todos son procesos clave y por ende tienen contacto directo con las pacientes. Un comportamiento similar se presenta para los criterios de “Impacto al cliente interno” e “Importancia para la organización”.

Sin embargo es el criterio “Costo para la Organización” tiene diferencias marcadas entre un proceso y otro, ya que unos procesos son más complejos que otros y por ende implican un mayor esfuerzo para el hospital, en materia económica, de personal, medicamentos e insumos médicos.

## **2.2 PLAN ESTRATÉGICO QUINQUENAL 2009-2014 DEL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD**

### **OBJETIVO GENERAL**

Garantizar la salud de la mujer salvadoreña y su recién nacido, basándonos en las estrategias y recomendaciones propuestas por el Ministerio de Salud en el ámbito de Prevención, Curación y Rehabilitación, mejorando los canales de Comunicación y fortaleciendo la Educación e Investigación.

### **VALORES**

- **Mística de Trabajo :** Todos los que conformamos la institución , nos sentimos orgullosos de lo que hacemos, para quien lo hacemos y por qué lo hacemos, nuestra contribución forma parte integral de la competitividad técnica y científica que permite brindar una mejor atención al binomio madre e hijo(a)
- **Honestidad:** En el Hospital Nacional de Maternidad estamos convencidos de que debemos realizar nuestras actividades con ética, integridad y objetividad, al mismo tiempo que construimos relaciones mutuamente beneficiosas y duraderas con todos nuestros clientes externos e internos. Llevamos a cabo nuestras operaciones técnicas, administrativas y financieras de manera correcta dentro del marco de la ley.
- **Responsabilidad:** El compromiso es cumplir ante los usuarios y por la confianza depositada en la Institución, siendo garantes de todos los actos y compromisos.
- **Excelencia en el Servicio:** En la institución nos preocupamos por crear "valor" a través de representar, proteger y satisfacer los intereses y las expectativas de nuestros clientes atendéndolos oportuna, eficiente y eficazmente.
- **Trabajo en Equipo:** nos permite optimizar la capacidad de interactuar en beneficio de los objetivos institucionales.
- **Actualización/Investigación:** estamos conscientes de mantener un conocimiento actualizado en las materias que nos competen; y comprometidos en desarrollar procesos de investigación, con la finalidad de proporcionarle a nuestros usuarios una atención con calidad y calidez
- **Compromiso:** Respetar las necesidades de las paciente, recién nacido, familia y comunidad.
- **Innovación:** Somos estratégicamente una institución de tercer nivel de atención en la red de salud del Ministerio de Salud, en la búsqueda de la excelencia, motivando el pensamiento positivo y su aplicación, y tenemos la voluntad de tomar riesgos basados en criterios científicos.

- Creatividad: Promovemos una actitud positiva, a través de la participación de todos en las diferentes actividades institucionales.
- Calidad: Mantenemos un enfoque hacia las necesidades del cliente, Para que éste reciba sólo lo mejor.
- Calidez: Trabajamos de manera proactiva e innovadora, considerando las necesidades integrales de la paciente.
- Recursos humanos: Seleccionamos y promovemos a nuestro recurso humano para que este sea el idóneo y el más capacitado, manteniendo nuestra filosofía de solidaridad y competitividad.
- Previsión Financiera: Buscamos nuevas fuentes de recursos económicos complementarios, que nos permitan mantener los estándares de calidad en nuestros servicios.
- Comunicaciones: Mantenemos un sistema de comunicaciones interna que asegure la eficaz toma de decisiones, y el monitoreo de todos los procesos.
- Empatía hacia la paciente: Realizamos un esfuerzo objetivo y racional en la comprensión y satisfacción de las necesidades de las pacientes.
- Agradecimiento: Expresamos de la manera más sincera agradecimiento a las pacientes que depositan su confianza en nuestras manos.

## **MISIÓN**

Somos un Hospital Especializado de Tercer Nivel de Atención ginecológica y perinatal dirigido a resolver los problemas en salud de alta complejidad de la mujer salvadoreña y su recién nacido con los más altos estándares de calidad técnico- científicos, a través de atención multidisciplinaria, con adecuada administración de los recursos humanos, técnicos, financieros, y excelente formación académica del recurso humano, mediante alianzas con diferentes instituciones públicas y privadas en el campo Nacional y Centroamericano.

## **VISIÓN**

Ser el primer Instituto Latinoamericano de atención especializada en las áreas Ginecológica y Perinatal, que ofrezca servicios profesionales de alta calidad y excelencia, con ética profesional, actitud proactiva, valores Institucionales y Tecnología innovadora que nos permita afrontar con eficiencia la problemática en salud de la mujer salvadoreña y su recién nacido, impactando en los indicadores nacionales de salud, así como favoreciendo el bienestar y calidad de vida de la población demandante, convirtiéndonos en ente capacitador, formador y regulador de la atención especializada.

## **LÍNEAS ESTRATEGIAS**

1. Participación Social y Comunitaria (Salud Sexual y Reproductiva).
2. Investigación en Salud.
3. Prestación de Servicios a Red de Salud.
4. Políticas Hospitalarias.
5. Salud Laboral.
6. Desarrollo del Recurso Humano (Coordinación con el sector formador).
7. Disponibilidad, calidad y uso racional de medicamentos.
8. Mecanismos y Fuentes de Financiamiento.

## **OBJETIVOS POR LÍNEAS ESTRATÉGICAS**

Línea Estratégica N° 1: Ejecutar Proyección y Participación Social y Comunitaria

1. Brindar educación preventiva en salud a la población blanco
2. Fortalecer los medios de comunicación que permitan proyectar los objetivos institucionales
3. Fortalecer los medios de comunicación que permitan proyectar los objetivos institucionales
4. Planificar y ejecutar Jornadas Científicas
5. Establecer alianzas con el sector educativo para fortalecer la educación sexual y reproductiva preventiva en los adolescentes

Línea Estratégica N° 2: Promover Investigación en Salud a nivel Intra e Interinstitucional

1. Investigar la aplicabilidad de las actuales Guías Clínicas de Atención Obstétrica de tercer nivel
2. Revisión y actualización de las Guías Clínicas de Atención Hospitalaria de Tercer nivel Nacional(HNM)
3. Estandarizar las guías clínicas para las 27 maternidades de la red de salud a través del Ministerio de Salud
4. Capacitar al personal de las 27 Maternidades del país en los componentes básicos de atención del área Gineco-obstétrico
5. Elaborar guías clínicas de paciente crítica Obstétrica-Ginecológica
6. Elaborar guías clínicas de atención neonatal.
7. Capacitar al personal de las 27 Maternidades del país en los componentes básicos de atención neonatal.
8. Solicitar apoyo al Ministerio de Salud para desarrollo de investigaciones a nivel Intra e interinstitucional
9. Fomentar la investigación en las diferentes divisiones hospitalarias

Línea estratégica N° 3: Fortalecer la Prestación de Servicios a la red de Salud

1. Aumento en la cobertura de consulta Externa y Sala de Operaciones Electivas
2. Implementar Consulta Externa pregestacional en pacientes de riesgo
3. Establecer sistema único de referencia y contra referencia oportuna.
4. Crear e implementar la unidad de Epidemiología.

Línea Estrategia N° 4: Regular las Políticas hospitalarias que mejoren la Calidad de atención

1. Definir lineamientos de nueva gestión Hospitalaria.
2. Fortalecer la gerencia de Suministro Médicos(Medicamento insumos y Equipo)
3. Elaborar Plan de Gestión Quinquenal
4. Reflejar atención de calidad a la Usuaría en la planificación anual de trabajo en cada unidad hospitalaria.
5. Reflejar atención de calidad hacia el cliente externo e interno en la planificación anual de trabajo de los Comités de Apoyo.
6. Estandarizar la Clasificación del Riesgo Obstétrico a nivel hospitalario nacional
7. Solventar la necesidad de Recurso humano en la Institución.
8. Fortalecer los Sistema de Información Hospitalaria

Línea Estrategia N° 5: Sistematización de la Salud Laboral Institucional.

1. Diseñar un programa que garantice el auto cuidado de la salud del empleado.
2. Implementar programas de Prestaciones para el empleado.
3. Promover la salud mental del personal de la Institución

Línea Estrategia N° 6: Lograr que el HNM se convierta en un Agente de desarrollo integral de su Recurso Humano y Ente formador.

1. Promover el Avance científico- cultural en el personal de la institución.
2. Propiciar y promover el Desarrollo Organizacional de la institución.
3. Coordinar con los formadores de recursos humanos de pre- post grado y de Enfermería, especialmente Instituciones Gubernamentales Nacionales, privadas e Internacionales, programas educativos acreditados a ejecutar en el hospital
4. Coordinar con los formadores de recursos humanos de pre- post grado y de Enfermería, especialmente Instituciones Gubernamentales Nacionales e Internacionales, programas educativos acreditados a ejecutar.

Línea Estrategia N° 7: Garantizar la disponibilidad, calidad y uso racional de Medicamentos y Suministros Médicos en la institución.

1. Garantizar el abastecimiento Anual de medicamentos y Suministros Médicos hospitalarios.
2. Mantener control de calidad en la distribución racional de medicamentos e insumos.

Línea Estrategia N° 8: Fortalecer Procesos Administrativos y Fuentes de Financiamiento

1. Incrementar el presupuesto hospitalario
2. Cumplir con las normativas legales vigentes en la realización de los diferentes procesos institucionales.
3. Contar con la Normativa regulatoria y Vigente propias de la institución.
4. Automatizar los procesos clínicos y administrativos hospitalarios.
5. Renovar Equipos que cumplió su vida útil
6. Proporcionar un Sistema efectivo de mantenimiento al Equipo Médico, informático, industrial, mobiliario, infraestructura, y transporte del Hospital.
7. Fortalecer las fuentes de financiamiento hospitalario a través de solicitud de apoyo no gubernamental

### ***2.3 PLAN ANUAL OPERATIVO 2012 DE LA UNIDAD DE GARANTÍA DE LA CALIDAD (ACTUALMENTE BAJO EL NOMBRE DE UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD)***

**MISIÓN:** Velar porque los procesos de atención asistenciales de las diferentes áreas Hospitalarias cumplan con los criterios clínicos de la normativa vigente, evaluados con proyectos de mejoramiento continuo de la Calidad basados en la medición de estándares de calidad como evidencia científica.

**VISIÓN:** Ser un Comité organizado para desarrollar programas de calidad y seguridad del paciente en los servicios de salud del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, integrado por personal multidisciplinario, buscar la excelencia en los servicios de salud y la satisfacción de la paciente.

#### **IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN**

El Ministerio de Salud y asistencia Social, a través del proyecto Fortalecimiento de la Salud, ha venido desarrollando en años anteriores, el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud en El Salvador, es a partir del año 2010 y en concordancia con la Política de salud: “Construyendo la Esperanza; Estrategias y Recomendaciones en salud 2009-2014 y por medio del Programa de Mejoramiento de la calidad en la atención en Salud, que le dará continuidad, en los 30 Hospitales Nacionales; los cuales continuarán para este año los proyectos de Mejora Continua de la Calidad para el cumplimiento de 28 Estándares. Los cuales se enuncian a continuación:

**Tabla 31: Estándares evaluados en los Hospitales Nacionales**

No Estándar	Proceso de atención	Frase Clave del Estándar de Calidad.
Planificación Familiar	Medición Mensual	
1.	F5	Oferta básica de 4 métodos de PF
2.	10 exp.	Inscripción de planificación familiar
3.	10 exp.	Control Subsecuente de planificación familiar
4.	10 exp.	Elección Libre e informada para método quirúrgicos
5.	10 exp.	Consejería en post evento obstétrico
Prenatal		
6.	10 exp.	Llenado de Hoja Clínica Perinatal (HCP) y consejería prenatal
Parto		
7.	10 exp.	Uso e interpretación del partograma
8.	10 exp.	Oxitocina como manejo activo del 3er. Periodo
Post parto		
9.	10 exp.	Control post parto inmediato
10.	10 exp.	Control al alta del puerperio
Complicaciones		
11.	10 exp.	Infección puerperal
12.	10 exp.	Hemorragias Obstétricas
13.	10 exp.	Preeclampsia grave/Eclampsia
14.	10 exp.	Amenaza de parto prematuro y uso de corticoesteroides
Neonatos		
15.	10 exp.	Atención inmediata del Recién Nacido
16.	10 exp.	Evaluación al alta del Recién Nacido
Complicaciones		
17.	10 exp.	Sepsis Neonatal
18.	10 exp.	Asfixia Neonatal
19.	10 exp.	Prematurez
20.	10 exp.	Transporte Neonatal
Lactancia Materna		
21.	10 exp.	Lactancia Materna
Infecciones Nosocomiales		
22.	10 exp.	Prevención y control de Infecciones Nosocomiales
Salud Ambiental		
23.	Lista de chequeo	Manejo de Desechos Bioinfecciosos



No Estándar	Proceso de atención	Frase Clave del Estándar de Calidad.
24.	Lista de chequeo	Consumo de Agua Potable
Servicios Hospitalarios		
25.	10 exp.	Unidad de Emergencia
26.	10 exp.	Servicios Hospitalarios (UCI Neonatal y Pediatría, UCI Adulto, Servicios de Obstetricia (post parto y post cesárea), Medicina Interna y Cirugía General
27.	10 exp.	Consulta Externa
28.	10 exp.	Sala de operaciones

Para el año 2011, el Hospital ha logrado incrementar su mediana, en el cumplimiento de los criterios de los 21 estándares medidos, con un valor de 82%, con 23 proyectos de mejora implementados, el 20% restante necesita de cambio de actitud del personal de salud y de inversión en infraestructura y recursos humanos, por lo que hay que planificar, monitorear y evaluar el avance y logros sostenidos hasta la fecha, durante la gestión actual y hacer el enfoque a una cultura de calidad y seguridad del paciente ingresado en el Hospital nacional Especializado de Maternidad.

## OBJETIVOS POR LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Línea Estratégica N° 1: Ejecutar Proyección y Participación Social y Comunitaria

**Tabla 32: Objetivos de la Línea Estratégica N° 1**

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Recurso	Responsable
<b>Promover la participación ciudadana en los servicios de consulta externa, emergencias, partos, recién nacido y sala de operaciones.</b>	5 buzones de sugerencias	Promover buzones de sugerencias en los servicios identificados para participación ciudadana.	5 de quejas resultas antes de los 15 días hábiles.	Humano y material	Comité de calidad

Línea Estratégica N° 2: Promover Investigación en Salud a nivel Intra e Interinstitucional

Tabla 33: Objetivos de la Línea Estratégica N° 2

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSOS	RESPO
Investigar la aplicación de las guías clínicas de atención materna neonatal con base a criterios establecidos en los estándares de calidad.	Medir mensualmente el 100% de los 28 estándares de la mejora continua de la calidad.	Recolectar los datos de 10 expedientes clínicos de forma mensual de los 28 estándares en base a criterios y digitarlos en la base de datos.	Porcentaje de cumplimiento de cada uno de los 28 estándares de calidad en la base de datos.	Humano y material	Comité de calidad
	Implementar los 7 proyectos de mejora continua de la calidad de los estándares nuevos	Elaborar y ejecutar los 7 proyectos	7 proyectos elaborados.	Humano y material	Comité de Calidad.
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSOS	RESPONSABLE
Dar a conocer los resultados de los 28 estándares de MCC del año 2011 al personal programado a las conferencias	Socializar al 100% de los asistentes los resultados de los 21 estándares de calidad.	Conferencia magistral un viernes en el auditorium, según programación.	Número de asistentes a las conferencias.	Humano y material.	Comité de calidad.

Línea estratégica N° 3: Fortalecer la Prestación de Servicios a la red de Salud

**Tabla 34: Objetivos de la Línea Estratégica N° 3**

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSOS	RESPONSABLE
<b>Supervisión y Monitoreo de los 28 estándares de calidad materno, perinatales, en el Hospital de maternidad y los 30 hospitales del MINSAL.</b>	1- Supervisión y monitoreo del 100% de los 28 estándares a través del análisis y evaluación de la base de datos del Hospital de Maternidad.	Reuniones mensuales programadas del comité de calidad local para evaluación de los estándares de calidad.	Actas de las reuniones y gestiones realizadas para las medidas correctivas	Humano y material.	Comité de calidad local.
	2- Supervisión y monitoreo del 80% de hospitales del MINSAL según programación del Comité Nacional de Calidad Hospitalaria.	Reuniones mensuales programadas del comité nacional de calidad. Monitoreos de los hospitales según programación anual del comité de calidad nacional.	Ayuda memorias de las reuniones  Lista de chequeo de monitoreos realizados		Comité nacional de calidad hospitalaria.

Línea Estrategia N° 4: Regular las Políticas hospitalarias que mejoren la Calidad de atención

**Tabla 35: Objetivos de la Línea Estratégica N° 4**

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSOS	RESPONSABLE
<b>1.- Evaluar los procesos de atención Hospitalarias de la mejora continua de la calidad en la atención de las usuarias.</b>	Elaborar el 100% de las estrategias que aplican en el PAO institucional y la memoria anual de logros alcanzados	Elaboración anual del PAO y Memoria de labores.	PAO institucional y Memoria de Labores.	Papel Bond e impresión.	Comité de calidad local
	Elaborar el 100% de las estrategias que aplican en el PAO del comité nacional de calidad hospitalaria	Elaboración de PAO del comité de calidad nacional de calidad	PAO del comité nacional de calidad.	Computadora y cañón.  Humano, cañón y computadora	Comité nacional de calidad hospitalaria

**Línea Estrategia N° 6: Lograr que el HNM se convierta en un Agente de desarrollo integral de su Recurso Humano y Ente formador.**

**Tabla 36: Objetivos de la Línea Estratégica N° 6**

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSOS	RESPONSABLE
<b>2.- Fomentar la política de cultura de calidad y seguridad del paciente.</b>	Capacitar el 90% de las jefaturas Hospitalarias y miembros del comité de calidad local.	5 talleres de capacitación Sobre calidad e indicadores.	Perfil de capacitación y listado de asistencia.	Humano y Material	Dr. Arévalo, Dra. Arauz y Dr. Abrego.
	<b>Capacitar sobre metodologías de calidad y programas de las 5Ss</b>	Capacitar 30 jefes y supervisoras de enfermería y 10 jefes de servicios de apoyo	Talleres de socialización según programación anual de los facilitadores.	Proyectos elaborados	Humano y Material

**Línea Estrategia N° 7: Garantizar la disponibilidad, calidad y uso racional de Medicamentos y Suministros Médicos en la institución.**

**Tabla 37: Objetivos de la Línea Estratégica N° 7**

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Recurso	Responsable
<b>Monitorear la oferta y la demanda en los insumos de planificación familiar.</b>	Medir el abastecimiento durante los 12 meses del F5	Monitoreo de los insumos de PF con el formulario 5 a través de la medición del estándar 1 de PF.	Formulario F5	Humano y material	Comité de calidad y Farmacia.

Línea Estrategia N° 8: Fortalecer Procesos Administrativos y Fuentes de Financiamiento

**Tabla 38: Objetivos de la Línea Estratégica N° 8**

OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	RECURSOS	RESPONSABLE
<b>Fortalecer el cumplimiento de la normativa institucional</b>	Actualizar el manual de funciones del comité de calidad.	Revisar las funciones del manual de calidad, según el nuevo reglamento general de Hospitales	Manual actualizado	Humano y material.	Coordinador del Comité de calidad
	Legalizar el sistema de gestión de calidad.	Legalizar la creación de la Unidad Organizativa de Calidad	Organigrama actualizado y la resolución razonada.		

## **2.4 LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN HOSPITALES DE LA RED INTEGRAL E INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**

### **INTRODUCCIÓN**

El Ministerio de Salud, en adelante MINSAL a través de la Dirección Nacional de Hospitales, en adelante DNH y en coordinación con la Dirección del Primer Nivel de Atención ha definido el desarrollo del Modelo de Mejora Continua de la Calidad, en adelante MCC para implementar el Sistema de Gestión de Calidad en los procesos de atención que se desarrollan en los establecimientos de las Redes Integrales e Integradas de los Servicios de Salud, en adelante RIISS, basado en una de las principales apuestas estratégicas descritas en el documento Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014, en cual se describe: “Constituir un sector público responsable, eficiente, eficaz, moderno, desconcentrado y descentralizado que brinde a la población servicios de Calidad; que disponga de los recursos suficientes para cumplir de forma adecuada y que cuente con un sistema de rendición de cuentas diligentes y transparente”.

Es también de importancia mencionar el compromiso del gobierno con el cumplimiento de la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública, la cual promueve el establecimiento de un enfoque común acerca de las nociones de calidad en la gestión pública, a partir del cual se adopte un conjunto de principios y orientaciones que sirvan de referencia para la formulación de políticas, planes, modelos y mecanismos que permitan la mejora continua de la calidad de su gestión pública.

Cabe también mencionar de igual importancia la Política Nacional de Salud 2009-2014, específicamente en las siguientes estrategias: N° 2 Rectoría y formulación de política y planes de salud, N° 6: Sistema de información estratégica y de calidad, como instrumento para tomar decisiones basadas en la evidencia, N° 8: Prestaciones de la red de servicios, N° 9: Política Hospitalaria y N° 18: Desarrollo de recursos humanos.

En el marco del Plan de Gobierno, una de las acciones estratégicas, es la implementación de programas de MCC en todos los establecimientos de salud, lo que conllevó a elaborar el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de los establecimientos de salud, en el cual se enfatiza la calidad en aspectos relacionados al trato cordial, infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos, procesos de atención, competencia técnica, entre otros. Así mismo, el Sistema Nacional de Salud contiene entre los objetivos estratégicos, “mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud, considerando como eje del modelo de atención a la persona, familia y la comunidad, garantizando la calidad y la calidez de la relación con los usuarios de los servicios de salud”.

El presente documento contiene los avances que a la fecha han sido desarrollados por el Comité de Calidad con el propósito de satisfacer la necesidad identificada por el MINSAL, y particularmente por la DNH para fortalecer la gestión y funcionamiento de los Hospitales elevando la calidad de la atención técnica y la satisfacción por el servicio recibido,

prevenir los efectos adversos de la no calidad, propiciar relaciones justas entre médicos y pacientes y obtener la credibilidad ciudadana.

La DNH tiene particular dedicación a mejorar los procesos asistenciales clave de la institución sanitaria, para lo cual ha identificado los siguientes:

- a. Atención de Emergencias.
- b. Atención en consulta externa.
- c. Atención en las salas de hospitalización.
- d. Atención en salas quirúrgicas.

De acuerdo al análisis de problemas en la calidad y sus causas, en los establecimientos de salud, enunciados en el Programa Nacional de Garantía de la Calidad, se reconocen como elementos críticos los siguientes: deficiencia en la dotación y competencia de los recursos humanos en salud, gestión de los recursos asistenciales y control de la provisión de los servicios de salud; además encontramos limitación en el mejoramiento sistemático de los procesos de atención y administrativos que limitan para disminuir las brechas en salud.

El presente Lineamiento técnico está dirigido al personal y funcionarios del MINSAL, para la aplicación del MCC, con el objetivo de mejorar los procesos de atención y para ello se requiere establecer estándares de calidad, que permitan brindar una mejor atención al usuario en los hospitales de la red pública.

## **OBJETIVOS**

### **A) General**

Desarrollar en el MINSAL la estrategia de la mejora continua de la calidad enfocándola en el Sistema de Gestión de Calidad. Además proporcionar las herramientas metodológicas, para la medición en los diferentes procesos de atención.

### **B) Específicos**

Proporcionar a los trabajadores de la salud, las herramientas y los instrumentos de MCC a través de estándares e indicadores que midan la calidad de los procesos asistenciales, buscando la satisfacción de los usuarios.

Proporcionar la metodología para desarrollar intervenciones de mejora a corto plazo a través de los ciclos rápidos o PEVA.

## **ÁMBITO DE APLICACIÓN**

Están sujetos a la aplicación y al cumplimiento de estos Lineamientos técnicos todos los funcionarios o empleados de los establecimientos del MINSAL.



## **CONTENIDO TÉCNICO**

Para el desarrollo de la mejora continua de la calidad (MCC) en los servicios de salud el personal debe aplicar el modelo de mejoramiento continuo de la calidad. Realizándolo a través de la medición del cumplimiento de los estándares por medio de indicadores y mediante el análisis de los procesos evaluados y sus fallas utilizando los ciclos de planificación, ejecución, verificación y análisis, en adelante PEVA.

En base al tipo de problema identificado el personal debe utilizar una de las siguientes metodologías: MCC a través de resolución de problemas. Se concentra en solucionar el problema que en algunos casos, puede estar directa o indirectamente relacionado con los procesos de atención y pueden depender para su solución, de una sola persona. MCC a partir de la definición de problemas utilizando el diseño/ rediseño de procesos. Permite analizar exhaustivamente los pasos de un proceso y redefinirlo, eliminando obstáculos o pasos en el proceso que dificulten su fluidez, si hay que agregar un nuevo paso en el proceso se reestructura. Este enfoque lleva mucho más tiempo en realizarse. En él se aplica en forma completa el ciclo PEVA.

MCC a partir de la definición, análisis y aplicación de ciclos rápidos PEVA. Operativamente rápido, se escogen los procesos de atención deficientes de acuerdo a los resultados de la medición de los estándares, se hace un análisis breve dando respuesta a las tres preguntas fundamentales. Luego se proponen los cambios a realizar para luego aplicar el resto del ciclo PEVA.

Se debe documentar por la Unidad Organizativa de Calidad, en adelante UOC, en el formulario elaborado para tal fin todos los procesos de mejora a realizar por los equipos de mejora (ver anexo 1).

## **ESTRUCTURA FUNCIONAL PARA LA APLICACIÓN DEL MODELO DE LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD**

Este proceso está conducido e implementado por equipos técnicos de calidad de la Dirección del Primer Nivel de Atención y de la DNH, correspondientes al Vice-Ministerio de Servicios de Salud; mediante estándares, indicadores e instrumentos definidos para medir y mejorar la calidad de la salud fundamentalmente en las áreas materno, neonatal, infantil, de prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS), manejo de desechos bioinfecciosos, calidad de agua y servicios hospitalarios tales como: emergencia, consulta externa, salas de operaciones y hospitalización; es un proceso de auto-monitoreo/ evaluación del personal técnico administrativo del MINSAL.

## NIVEL SUPERIOR:

Comité Nacional de Calidad Hospitalaria.

1. Miembros del Comité: Los miembros del Comité Nacional de Calidad Hospitalaria, en adelante CNCH, son designados por la DNH y está constituido por:

- Dos delegados(as) de la DNH.
- Un representante de la Unidad de monitoreo hospitalario.
- Un representante de la Unidad de Atención Integral e Integrada de Salud Sexual y Reproductiva.
- Representante de la Unidad de enfermería.
- Representante del Comité de IAAS.
- Representante de la Unidad de Salud Ambiental (USAM).
- Otros representantes que la autoridad considere pertinentes.

2. Actividades del Comité:

- Cumplir el plan operativo anual elaborado en su seno.
- Monitoreo y evaluación del cumplimiento del programa de mejoramiento continuo de la calidad, en los servicios hospitalarios.

## NIVEL REGIONAL:

Unidad de monitoreo y evaluación hospitalaria.

- Actividades coordinadas con el CNCH y hospitales: monitoreo, evaluación, supervisión y apoyo técnico del cumplimiento y funcionamiento de la gestión de calidad.

## NIVEL LOCAL: HOSPITALARIO

Unidad Organizativa de Calidad (UOC).

Cada establecimiento ajustándose a su perfil y complejidad debe organizar el equipo de MCC para cumplir el presente Lineamiento técnico.

1. Miembros:

- Debe estar conformado de la siguiente manera:
- Jefe de la Unidad Organizativa de Calidad.
- Coordinadores de los Comités.
- Y otros según sean necesarios de acuerdo a la complejidad del hospital.

2. Actividades:

- Elaborar el POA relacionado con la gestión de calidad, coordinado con la Unidad de Planificación.
- Cumplir el POA e informar oportunamente al Director.

**PRIMER NIVEL:**

Los equipos de MCC deben ser conformados según el personal asignado.

Los que se deben organizar tanto en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, en adelante UCSF, como en los Ecos Familiares y Ecos Especializados.

**ESTÁNDARES PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD**

A continuación se describen los estándares:

<b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>
1. El almacén de cada hospital Contará con oferta básica de PF para un mínimo de dos meses :orales, inyectables, DIU, condones
2. Toda usuaria de PF en inscripción es evaluada con los parámetros esenciales.
3. Toda usuaria de PF en su control subsecuente es evaluada con los parámetros esenciales.
4. Toda usuaria/o de PF que decide por una esterilización quirúrgica o vasectomía deberá tener el consentimiento informado correctamente registrado.
5. Toda mujer post evento obstétrico (post parto o post aborto) que reciben consejería en PF y egresaron con algún método de PF.
<b>PRENATAL</b>
6. Toda embarazada que recibe la atención prenatal en el establecimiento tendrá registro correcto de su HCP y se le brinda consejería prenatal según condición clínica.
Vigilancia del trabajo de Parto
7. Toda mujer en trabajo de parto tendrá su partograma llenado, interpretado y aplicado según condición obstétrica.
8. Toda mujer con parto institucional recibirá oxitocina como parte del MATEP a fin de reducir la hemorragia post-parto.
<b>POST PARTO</b>
9. Toda mujer en post parto es controlada en las primeras 2 horas.
10. Toda mujer en su post-parto previo al alta, recibe una evaluación clínica.
Complicaciones Obstétricas
11. Toda mujer con riesgo de parto (vaginal o cesárea) entre las 24 y 34 semana de gestación recibe Dexametasona 6 mg. IM cada 12 horas #4, o Betametasona 12 mg IM cada 24 horas #2.
12. Toda mujer con diagnóstico de infección/ Fiebre de causa obstétrica (aborto séptico, absceso mamario, endometritis, infección de herida operatoria o episiorrafia, absceso pélvico, y shock séptico entre otros) son manejadas según guías clínicas.
13. Toda usuaria con hemorragia obstétrica deberá ser manejada según guías clínicas.
14. Toda mujer con trastorno hipertensivo del embarazo (preeclampsia grave/eclampsia) debe ser manejada según guías clínicas.

<b>NEONATOS</b>
15. Todo neonato recibe atención inmediata y mediata al nacer y se registra completa y correctamente los criterios de la HCP.
16. Todo neonato que egresa, haya nacido por parto vaginal o abdominal, es evaluado con los criterios previo al alta y registrada la información en la hoja de evaluación al alta del neonato.
Lactancia materna exclusiva
17. Todo neonato de parto hospitalario sin complicaciones se le cumple y fomenta la lactancia materna exclusiva.
<b>COMPLICACIONES NEONATALES</b>
18. Todo recién nacido con sospecha o diagnóstico de sepsis neonatal recibe atención médica según guía neonatal.
19. Todo recién nacido que egresa con diagnóstico de depresión neonatal o asfixia neonatal en el momento del nacimiento fue atendido de acuerdo al flujograma de reanimación neonatal y se deja constancia en el expediente.
20. Todo neonato prematuro recibe atención hospitalaria con calidad técnica.
21. Todo recién nacido en condiciones críticas es trasladado cumpliendo con los criterios de estabilización y transporte del recién nacido crítico.
<b>INFECCIONES NOSOCOMIALES</b>
22. A todo paciente hospitalizado en riesgo prevenible de desarrollar IAAS, se le cumplen las medidas de prevención.
<b>SALUD AMBIENTAL</b>
23. Todo hospital debe manejar los desechos peligrosos bioinfecciosos intrahospitalarios (infecciosos y punzocortantes).
24. Todo hospital cumple con los criterios de calidad del agua potable para el consumo de los usuarios.
<b>SERVICIOS HOSPITALARIOS</b>
25. Proporcionar atención médica a todos los pacientes con prioridad II que presente una urgencia, con calidad técnica y satisfacción al usuario
26. Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción en UCI Neonatal y Pediátrica, UCI adultos, Ginecología y obstetricia: post parto vaginal, Ginecología y obstetricia: post cesárea, Medicina Interna y pediatría, Cirugía General.
<b>CONSULTA EXTERNA</b>
27. Proporcionar atención médica oportuna a todos los pacientes que demanden consulta externa de especialidades por primera vez, con calidad técnica y satisfacción, en los hospitales de II y III nivel del MINSAL.
<b>SALA QUIRURGICA</b>
28. Que todo paciente que requiera un proceso quirúrgico mayor o menor, se le efectúe oportunamente, con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción en los hospitales de II y III nivel del MINSAL.

**Tabla 39. Estándares para el monitoreo de la calidad en los hospitales nacionales**

### 3 CUESTIONARIOS

El instrumento con el que se llevará a cabo la recopilación de datos será un cuestionario. Este cuestionario está basado en los requerimientos de la Norma ISO 9001-2008. Para ello la norma especifica los siguientes apartados que serán objeto de análisis:

- ✓ **Apartado 4: Sistema de Gestión de la Calidad.**
- ✓ **Apartado 5: Compromiso de la Dirección.**
- ✓ **Apartado 6: Gestión de los Recursos.**
- ✓ **Apartado 7: Realización del Servicio.**
- ✓ **Apartado 8: Medición, Análisis y Mejora.**

Cada apartado tiene una población objetivo diferente y un área específica a tratar por lo que se desarrollarán de manera independientes teniendo en cuenta los objetivos para cada numeral de los apartados, mostrados en la siguiente tabla:

**Tabla 40. Objetivos buscados de cada apartado de la Norma ISO 9001:2008**

Numeral de la Norma ISO 9001:2008		Objetivos de las Preguntas por cada apartado
<b>4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>		
4.1 Requisitos Generales	Determinar los procesos necesarios para el SGC, tales como administración, realización del servicio, planificación, medición y análisis para determinar la eficacia de acuerdo a la Norma.	
<b>4.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN</b>		
4.2.1 Generalidades	Identificar si la institución cuenta con políticas, objetivos de calidad, manual de calidad y procedimientos documentados en relación con la prestación de los servicios brindados.	
4.2.3 Control de los Documentos	Identificar si realizan control de los documentos y la actualización de estos.	
4.2.4 Control de Registros	Identificar si la institución cuenta con procedimientos establecidos y documentados relacionados al control de los registros.	
<b>5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN</b>		
5.1 Compromiso de la Dirección	Determinar si la Dirección interviene en el cumplimiento de los objetivos y políticas de la	

Numeral de la Norma ISO 9001:2008	Objetivos de las Preguntas por cada apartado
	institución así como el aseguramiento de los recursos de la misma.
5.2 Enfoque al Cliente	Determinar si la Dirección se asegura de establecer los requisitos del paciente con el propósito de satisfacer sus necesidades y la forma de como las establece.
5.3 Política de Calidad	Determinar si la dirección trabaja con una política de Calidad en la cual se incluya un compromiso de mejora continua logrando una mayor eficiencia en los servicios, de manera que contribuya al cumplimiento de los objetivos de calidad trazados; teniendo en cuenta también si es comunicada y entendida dentro de la institución.
5.4 PLANIFICACIÓN	
5.4.1 Objetivos de la Calidad	Determinar si existen objetivos de calidad establecidos en la institución y si estos poseen relación directa con la política de calidad establecida.
5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN	
5.5.1 Responsabilidad y Autoridad	Verificar que la dirección se asegure que las autoridades y responsabilidades estén definidas y que sean comunicadas dentro de la institución.
5.5.3 Comunicación Interna	Indagar sobre los medios que utiliza la dirección para comunicar los objetivos y políticas al personal del hospital.
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS	
6.1 Provisión de los Recursos	Identificar si la Gerencia proporciona los recursos necesarios para brindar un servicio que cumpla las necesidades del paciente.
6.2 RECURSOS HUMANOS	
6.2.1 Generalidades	Identificar si el personal de la institución es competente en base a educación, habilidades, formación, etc. De acuerdo al desempeño en la actividades de la prestación del servicio.

Numeral de la Norma ISO 9001:2008	Objetivos de las Preguntas por cada apartado
6.2.2. Competencia, formación y toma de conciencia.	Determinar las necesidades de formación, facilitar y evaluar la eficacia del personal e identificar si se cuenta con registros de los mismos.
6.3 Infraestructura	Identificar si cuentan con las instalaciones, equipos y servicios de apoyo requeridos para prestar un servicio de calidad.
6.4 Ambiente de Trabajo	Indagar si el ambiente de trabajo es el propicio para la prestación de servicios con calidad.
<b>7. REALIZACIÓN DEL SERVICIO</b>	
7.1 Planificación de la realización del servicio	Comprobar que la institución planifica y desarrolla los procesos necesarios para la realización del servicio
7.2 Procesos relacionados con el cliente	Verificar que el hospital ha determinado los requisitos médicos, legales y reglamentarios del servicio ofrecido a los pacientes
7.3 Diseño y desarrollo	Evidenciar que se planifica y controla el diseño y desarrollo del servicio
7.4 Compras	Revisión de las actividades seguidas para la adquisición de insumos médicos, maquinaria, equipo, medicamentos, entre otros.
7.5 Prestación del servicio	Comprobar que el hospital planifica y lleva a cabo la realización del servicio bajo condiciones controladas.
7.6 Control de los quipos de seguimiento y de medición	Constatar que la institución determina el seguimiento y la medición a realizar y los equipos de seguimiento y medición necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del servicio ofrecido con los requisitos determinados.
<b>8. MEDICIÓN ANÁLISIS Y MEJORA</b>	
<b>8.2 Seguimiento y Medición</b>	
8.2.1 Satisfacción del Cliente	Comprobar si la organización realiza el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por

Numeral de la Norma ISO 9001:2008	Objetivos de las Preguntas por cada apartado
	parte de la Institución.
8.2.3 Seguimiento y Medición de los Procesos	Verificar si el hospital aplica métodos apropiados para el seguimiento, cuando sea aplicable y la medición de los procesos en la institución.
8.2.4 Seguimiento y Medición del Producto	Comprobar si la organización realiza el seguimiento y medición de las características de la prestación del servicio para verificar que se cumplen los requisitos del mismo.
8.3 Control del Producto No Conforme	Verificar si los servicios brindados en el hospital que no sean conforme con los requisitos se identifiquen y controlen.
8.5.2 Acción Correctiva	Comprobar si el hospital toma acciones para eliminar las causas de las no conformidades respecto a la prestación de los servicios seleccionados.
8.5.3 Acción Preventiva	Verificar si la institución toma las acciones necesarias para eliminar las causas de no conformidades potenciales en los servicios de seleccionados para prevenir su ocurrencia.

De acuerdo con los objetivos antes mencionados se han realizado preguntas por cada requisito permitiendo investigar sobre la situación actual del hospital en lo relacionado con la gestión de la calidad. A continuación se desglosa cada apartado de la norma definiendo las preguntas y los criterios para tales preguntas. Junto con información relevante tal como la identificación de en qué consiste el apartado abordado, el objetivo de la metodología, determinación de los requisitos y las variables de interés y el establecimiento de los individuos o los elementos componentes de la población de interés.

A continuación el desarrollo de cada apartado de la norma:



### **3.1 INSTRUMENTO PARA EL APARTADO 4: SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

En este apartado se expone la metodología para el diagnóstico de la situación actual referido al Sistema de Gestión de Calidad a partir de la comparación de la situación actual con los requerimientos que exige la Norma ISO 9001:2008 en el apartado 4 de la misma, a fin de determinar la brecha existente en relación a la norma.

A continuación se dan a conocer los pasos a seguir:

- **Identificar en qué consiste el apartado de la Norma.**  
Consiste en que la organización debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de calidad y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de la norma internacional
- **Objetivo de la Metodología.**  
Determinar el grado de cumplimiento de la situación actual de Hospital respecto al apartado 4 de la norma ISO 9001:2008 “Sistema de gestión de la Calidad”.
- **Determinar los requerimientos de la Norma y las variables de interés.**

Requerimientos:

- Identificación de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad.
- Control de los procesos del SGC
- Política de calidad documentada
- Objetivos de Calidad documentados
- Manual de calidad documentado
- Metodología documentada para el control de documentos
- Metodología documentada para el control de registros

VARIABLES:

- Evidencias objetivas que permitan demostrar que existe un cumplimiento parcial o total de los requisitos que la norma establece relacionada con el apartado del Sistema de Gestión de Calidad.
- **Identificar los individuos o los elementos componentes de la población de interés.**
  - Jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad
  - Personal de la Unidad de Planificación

- **Diseño del instrumento:**

**tabla 41: Diseño del instrumento de investigación del nivel de cumplimiento del apartado 4: sistema de gestión de la calidad**

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER
<b>4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
<b>4.1 Requisitos generales</b>		
1	¿Se encuentran identificados los procesos del sistema?	Manual de procesos de: Atención del parto y posparto y Atención del Recién Nacido
2	¿Se identifican y controlan los procesos subcontratados externamente?	Procedimiento de control de los servicios subcontratados externamente
<b>4.2 Requisitos de la documentación</b>		
<b>4.2.1 Generalidades</b>		
3	¿Existe un documento de política de calidad?	Política de calidad documentada
4	¿Existe un documento de objetivos de calidad?	Objetivos de calidad documentados
5	¿Existe un manual de calidad?	Manual de calidad
6	¿Existen procedimientos documentados exigidos por la norma y necesarios para el desarrollo del sistema?	Procedimientos documentados que describen claramente la secuencia de los procesos necesarios para garantizar la conformidad del servicio;
<b>4.2.2 Manual de la calidad</b>		
7	¿El manual incluye el alcance del sistema de gestión de la calidad?	Alcance del sistema de gestión de calidad documentado
8	¿El manual incluye las exclusiones del apartado 7 y su justificación?	Exclusiones de los requisitos de la Norma ISO 9001: 2008 documentadas
9	¿El manual incluye o cita a todos los procedimientos documentados?	Procedimientos documentados
10	¿El manual de calidad incluye la interacción de los procesos?	Interacción de los procesos documentada

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER
	<b>4.2.3 Control de los documentos (Documentos: Toda la documentación utilizada por la organización en apoyo de su SGC y / o los de ejecución del servicio (por ejemplo, especificaciones de realización del servicio, manuales, procedimientos operativos, normas nacionales e internacionales y los códigos de práctica)</b>	
11	¿Existe un procedimiento documentado para el control de documentos?	Procedimiento para el control de la documentación
12	¿Existe una metodología documentada adecuada para la aprobación de documentos?	Metodología documentada para la aprobación de documentos
13	¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de aprobación?	Lista de documentos Los documentos del manual cumplen con la metodología
14	¿Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos?	Metodología documentada para la revisión y actualización de documentos
15	¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de revisión y actualización?	Lista de documentos revisados Los documentos revisados han seguido examinados en base a la metodología de revisión y actualización
16	¿Existe una metodología documentada adecuada para la identificación de los cambios de los documentos y el estado de la versión vigente?	Metodología documentada adecuada para la identificación de los cambios de los documentos y el estado de la versión vigente
17	¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de identificación de cambios y estado de revisión?	Lista de documentos revisados
18	¿Existe una metodología documentada adecuada para la distribución de los documentos que los haga disponibles en los puestos de trabajo?	Metodología documentada adecuada para la distribución de los documentos que los haga disponibles en los puestos de trabajo

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER
19	¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de distribución de documentos?	Lista de documentos distribuidos
20	¿Los documentos son legibles e identificables?	Lista de documentos Muestra del 20% de los documentos para Comprobar que son legibles e identificables
21	¿Se han identificado documentos de origen externo y se controlan y distribuyen adecuadamente?	Lista de documentos de origen externo Muestra del 30% de los documentos para saber el control y distribución aplicado.
22	¿Existe una metodología adecuada para evitar el uso de documentos obsoletos?	Metodología documentada para evitar el uso obsoleto de documentos
23	¿Los documentos obsoletos han sido tratados según la metodología definida?	Lista de documentos obsoletos
24	¿Los listados de documentos existentes se encuentran correctamente actualizados?	Listado de documentos y fecha de actualización
<b>4.2.4 Control de los registros</b>		
25	¿Existe un procedimiento documentado para el control de los registros?	Procedimiento documentado para el control de los registros
26	¿Existe una metodología para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de los registros?	Metodología para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de los registros
27	¿Los registros revisados cumplen con esta metodología?	Listado de registros revisados
28	¿El procedimiento describe la conservación y protección de registros en formato digital?	Metodología para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de los registros
29	¿Se realizan copias de seguridad de los registros informáticos?	Información de las copias de seguridad de los registros informáticos

### **3.2 INSTRUMENTO PARA EL APARTADO 5: RESPONSABILIDAD PARA LA DIRECCIÓN**

En este apartado se expone la metodología para el diagnóstico de la situación actual referido a la Responsabilidad de la Dirección a partir de la comparación de la situación actual con los requerimientos que exige la Norma ISO 9001:2008 en el apartado 5 de la misma, a fin de determinar la brecha existente en relación a la norma.

A continuación se dan a conocer los pasos a seguir:

- **Identificar en qué consiste el apartado de la Norma.**  
Este apartado establece el compromiso que debe tener la dirección del Hospital con el desarrollo e implementación del SGC, así como la mejora continua de su eficacia, asegurando que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen, definiendo una política de calidad acorde con el propósito del hospital, planificando todo lo relacionado con el accionar y mejoras del SGC, definiendo un representante de la dirección para que administre el SGC e informe sobre su desempeño, para su posterior revisión asegurando su conveniencia, adecuación y eficacias continuas.
- **Definir el objetivo de la Metodología.**  
Determinar el grado de cumplimiento de la situación actual de Hospital respecto al apartado 5 de la norma ISO 9001:2008 “Responsabilidad de la dirección”.
- **Determinar los requerimientos de la Norma y las variables de interés.**

Requerimientos:

- Proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia
- asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente
- asegurarse de que la política de la calidad:
  - a) es adecuada al propósito de la organización,
  - b) incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad,
  - c) proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad,
  - d) es comunicada y entendida dentro de la organización, y
  - e) es revisada para su continua adecuación.
- Asegurarse de que los objetivos de la calidad, incluyendo aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el servicio, se establecen en las funciones y los niveles pertinentes dentro de la organización

- asegurarse de que la planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos para la mejora del SGC y mantiene la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios en éste.
- asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización
- La alta dirección debe designar un miembro de la dirección de la organización quien, administre el SGC
- asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad
- revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas. La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad.

Variables:

Prevención: Evitar que se produzcan elementos no conformes.

Responsabilidad: Compromiso de la dirección.

Demostración: Evidenciar objetivamente que se han cumplido todos los requisitos.

Evidencias objetivas que se han cumplido todos los requisitos.

- **Identificar los individuos o los elementos componentes de la población de interés.**
  - Director y subdirector del Hospital Nacional de Maternidad
  - Jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad
  - Personal de la Unidad de Planificación

Para abreviar el nombre de las siguientes unidades:

- Sala de Partos
- Quirófano Obstétrico
- Puerperio
- Cirugía Obstétrica
- Cuidados Intensivos del Recién Nacido
- Cuidados Intermedios del Recién Nacido
- Cuidados Mínimos del Recién Nacido

Se utilizara el siguiente cuadro de referencia:<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup>Abreviaturas:

SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
-----	----	----	----	------	-----	------

▪ **Diseño del instrumento.**

**Tabla 42: Diseño del instrumento de investigación del nivel de cumplimiento del apartado 5: responsabilidad de la dirección**

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER
<b>5.1 Compromiso de la dirección</b>		
1	¿Se comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos del servicio brindado al cliente, (requisitos médicos y legales)?	Un documento que contenga: - Una lista de requisitos regulatorios gubernamentales, legales y requisitos del servicio - Identificación del Mecanismo de comunicación utilizado.
2	¿Se ha establecido la política de la calidad?	Un documento que contenga: Una política de alto nivel relacionada a los objetivos y políticas organizacionales.
3	¿Se asegura el establecimiento de los objetivos de la calidad?	Un documento que contenga: Objetivos de calidad vinculados a la política de calidad
4	¿Se llevan a cabo revisiones del sistema de calidad?	Procedimientos que describen Revisiones por la dirección de la gestión de la calidad;
5	¿Se asegura la disponibilidad de los recursos necesarios: Humanos, instalaciones y equipos?	Identificación de las fortalezas y debilidades de la organización Procedimientos de la Gestión de los recursos; Procedimientos de revisión del contrato; Revisiones por la dirección; Plan financiero.
<b>5.2 Enfoque al cliente</b>		
6	¿Se asegura la determinación de los requisitos, tanto médicos como legales, del servicio recibido por los pacientes?	Identificación de las fortalezas y debilidades de la organización Procedimiento de identificación de las características de los servicios que permiten satisfacer las necesidades y expectativas de

SPA: Sala de Partos  
QO: Quirófano Obstétrico  
PU: Puerperio  
CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido  
RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido  
RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER							
		<p>los pacientes</p> <p>Documento que demuestre que se ha identifica el papel del Hospital en el plan quinquenal de desarrollo y la Política Nacional de Gobernabilidad y Modernización del Estado</p> <p>Procedimiento que asegura que la organización tiene un conocimiento suficiente de la ley y requisitos regulatorios (y es capaz de implementar ellos);</p> <p>Procedimiento de identificación de las necesidades de los pacientes para cada servicio ofrecido.<sup>13</sup></p> <table border="1" data-bbox="821 858 1408 915"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
7	¿Se asegura que se analice la información relativa a la satisfacción del paciente?	<p>Encuesta de satisfacción del paciente</p> <p>Informe recibido por la dirección con los resultados de la investigación de la satisfacción del paciente</p> <p>Informe recibido por la dirección sobre las malas praxis realizadas en la institución</p>							
<b>5.3 Política de la calidad</b>									
8	¿Se asegura la coherencia de la política de la calidad con la realidad del Hospital?	Descripción de cómo la organización se acerca a la calidad y cómo garantiza que este enfoque es adecuado tanto para el paciente y su propia organización:							
9	¿Existe un compromiso de mejorar	Documento de la revisión a la gestión de							

<sup>13</sup> **Abreviaturas:**

SPA: Sala de Partos

QO: Quirófano Obstétrico

PU: Puerperio

CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido

RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido

RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido



N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER
	continuamente el sistema de Gestión de Calidad?	calidad actual junto con las recomendaciones de mejora propuestas
10	¿Se asegura que los objetivos de la calidad están de acuerdo a las directrices de la política?	Documento de la metodología para la revisión de la política de calidad.
11	¿Se asegura que la comunicación de la política es adecuada y se evidencia que es entendida por el personal del Hospital?	Listado de mecanismos usados para comunicar la política de calidad al personal del Hospital
12	¿Se asegura la documentación de la metodología para la revisión de la política y se evidencia esta revisión?	Documento de la metodología para la revisión de la política de calidad. Número de Reuniones hechas por la dirección de Hospital, con el propósito de revisar la política de calidad.
<b>5.4 Planificación</b>		
<b>5.4.1 Objetivos de la calidad</b>		
13	¿Existe un compromiso de cumplir con los requisitos del servicio brindado al paciente?	Objetivo que defina el compromiso de cumplir con los requisitos del cliente
14	¿Se asegura que los objetivos de la calidad están de acuerdo a las directrices de la política?	Documento con la Planificación de la calidad y debe incluir: Los objetivos de calidad; Recursos. Documento con la política del hospital. (Hacer comprobación de concordancia)
15	¿Se asegura que la comunicación de la política es adecuada y se evidencia que es entendida por el personal del Hospital?	Lista de los mecanismos utilizados para comunicar la política. Para esto se Encuestará al personal preguntando sobre la política de calidad (3 de cada nivel jerárquico)
16	¿Se asegura la documentación de la metodología para la revisión de la política y se evidencia esta revisión?	Documento con la metodología para la revisión de la política Número de reuniones de la dirección en el que uno de los puntos a tratar ha sido la revisión de la política del Hospital.

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER
17	¿Se asegura que los objetivos de la calidad están de acuerdo a las directrices de la política?	Documento con la metodología para la revisión de la política y la política (hacer comprobación)
18	¿Se asegura que los objetivos se han fijado en funciones y niveles pertinentes dentro del hospital, de manera que ofrezcan una mejora continua de la organización?	Documento con las declaraciones de política que define los objetivos de la empresa y los responsables de la consecución de estos objetivos.
19	¿Se asegura que los objetivos son medibles y están asociados a un indicador?	Documento con los objetivos de calidad del Hospital
20	¿Se asegura que los objetivos se encuentran desarrollados en planes de actividades para su cumplimiento?	Documento con los objetivos de calidad del Hospital Plan Anual Operativo año 2012
21	¿Se asegura que se encuentran definidos los recursos, las fechas previstas y responsabilidades para las actividades del plan de objetivos?	Documento con las declaraciones de política que define los objetivos de la empresa y los responsables de la consecución de estos objetivos.
22	¿Los objetivos evidencian mejora continua respecto a valores de periodos anteriores?	Informe del Sistema de Programación, Monitoreo y Evaluación de Actividades Hospitalarias. Informe ejecutivo de los resultado de los indicadores de los últimos 5 años
23	¿Las actividades de los objetivos y el seguimiento de los mismos se están realizando según lo planificado?	Informe de la evaluación semestral del PAO
<b>5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad</b>		
24	¿Se realizan planes para el personal (admisión, formación, desarrollo, etc.) evaluando el rendimiento y las necesidades de desarrollo de todas las personas?	Documentación de la identificación y planificación de las actividades y recursos necesarios para alcanzar los objetivos de calidad de la organización.

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER							
25	¿Se revisan de forma sistemática los planes comparando resultados con objetivo implicando a todos los afectados en los cambios necesarios?	Procesos y procedimientos utilizados por la alta dirección para definir y planificar la manera en que su organización se ejecuta							
<b>5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación</b>									
<b>5.5.1 Responsabilidad y autoridad</b>									
26	¿Se asegura la definición de los cargos o funciones del Hospital en un organigrama y fichas de puesto?	(Documento con la definición de los roles, responsabilidades y líneas de autoridad.) Manual de puestos y funciones de <sup>14</sup> <table border="1" data-bbox="808 863 1365 919"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
27	¿Se asegura la documentación de las responsabilidades de cada puesto de trabajo referidas para el sistema de gestión de la calidad?	Revisiones del manual de funciones y puestos							
28	¿Se asegura la adecuada comunicación de las responsabilidades a cada uno de los empleados del hospital?	Documento con la definición de las funciones y la metodología para comunicarla a todo el personal							
<b>5.5.2 Representante de la dirección</b>									
29	¿Se encuentra documentada la asignación del representante de la dirección a algún cargo o puesto del Hospital para que administre el Sistema de Gestión de Calidad?	Nombre de la unidad o departamento y personal a cargo de la gestión de la calidad en el Hospital.							

<sup>14</sup> **Abreviaturas:**

SPA: Sala de Partos

QO: Quirófano Obstétrico

PU: Puerperio

CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido

RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido

RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER
30	¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye el aseguramiento del establecimiento, implementación y mantenimiento de los procesos del sistema?	Manual de funciones del personal encargado de la gestión de la calidad
31	¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema y de las necesidades de mejora?	Manual de funciones del personal encargado de la gestión de la calidad
32	¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de asegurarse de la promoción de la toma de conciencia de los requisitos del servicio brindado a los paciente?	Manual de funciones del personal encargado de la gestión de la calidad
33	¿Existen evidencias documentadas del cumplimiento de las responsabilidades del representante de la dirección?	Documentos que evidencian el cumplimiento de las responsabilidades del representante de la dirección
<b>5.5.3 Comunicación interna</b>		
34	¿Se encuentra evidencia de procesos de comunicación eficaces para el correcto desempeño de los procesos?	Documentos o acciones que confirman que los requisitos de la gestión de la calidad son comunicados en toda la empresa  Lista de mecanismos utilizados para la comunicación interna de la institución
<b>5.6 Revisión por la dirección</b>		
<b>5.6.1 Generalidades REQUISITO: REALIZACIÓN DE AUDITORIAS A LA GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
35	¿Se encuentran definida la frecuencia de realización de las revisiones del sistema?	Procedimientos de auditoría del sistema de Gestión de Calidad

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER
36	¿Se incluye en el registro de informe de revisión, el análisis de oportunidades de mejora, la necesidad de cambios en el sistema y el análisis de la política y los objetivos de la calidad?	Documento que confirma el análisis de oportunidades de mejora, la necesidad de cambios en el sistema y el análisis de la política y los objetivos de la calidad.
37	¿Se identifican y mantienen los registros de la revisión por la dirección?	Documento de informe de las reuniones con el objetivo de revisar el sistema de gestión de la Calidad
<b>5.6.2 Información de entrada para la revisión REQUISITO: REALIZACIÓN DE AUDITORIAS A LA GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
38	¿Se solicitan los resultados de las auditorías internas para realizar la revisión del sistema?	Informe de auditorías internas previas Comprobante de uso de los informes de auditorías previas para la revisión del Sistema de Gestión de la Calidad
39	¿Se solicitan los resultados de satisfacción de los pacientes y sus reclamos para realizar la revisión del sistema?	Informe de la investigación de la satisfacción de los paciente Comprobante de uso de los resultados de la investigación de la satisfacción de los pacientes
40	¿Se solicita el informe de indicadores de desempeño de cada uno de los procesos para realizar la revisión del sistema?	Documento con el resultado de indicadores de desempeño de los últimos años de operación del Hospital Comprobante de uso de los indicadores de desempeño en la revisión del sistema
41	¿Se solicita el estado de las acciones correctivas y preventivas para realizar la revisión del sistema?	Informe del estado de las acciones correctivas y preventivas para realizar la revisión del sistema  Comprobante de uso de los informes de estado de las acciones correctivas y preventivas en la revisión del Sistema
42	¿Se solicita el informe del análisis de las acciones resultantes de revisiones anteriores?	Informe de análisis de las acciones recomendadas en revisiones al sistema hechas anteriormente  Uso de los informes para la revisión del

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER							
		sistema							
43	¿Se identifican los cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad, al momento de realizar la revisión del sistema?	Documento en el que se muestran los cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad							
44	¿Se solicitan las recomendaciones para la mejora del sistema, al realizar la revisión del este?	Informe de recomendaciones previas al sistema de gestión de la calidad y el comprobante de uso para la revisión de sistema							
<b>5.6.3 Resultados de la revisión SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		<b>REQUISITO: REVISIÓN AL</b>							
45	¿El informe de revisión contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad?	Documento con las decisiones y acciones para mejorar la eficiencia del sistema de gestión de la calidad							
46	¿El informe de revisión contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora del servicio brindado a los pacientes?	Documento con las decisiones y acciones para mejorar el servicio brindado <sup>15</sup> <table border="1" data-bbox="808 1178 1360 1230"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
47	¿El informe de revisión define los recursos necesarios para el desarrollo de estas acciones?	Documento con la determinación de recursos para las acciones definidas en la revisión del sistema							

<sup>15</sup> Abreviaturas:

SPA: Sala de Partos

QO: Quirófano Obstétrico

PU: Puerperio

CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido

RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido

RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido

### 3.3 INSTRUMENTO PARA EL APARTADO 6: GESTIÓN DE LOS RECURSOS

En este apartado se expone la metodología para el diagnóstico de la situación actual referido a la gestión de los recursos a partir de la comparación de la situación actual con los requerimientos que exige la Norma ISO 9001:2008 en el apartado 6 de la misma, a fin de determinar la brecha existente en relación a la norma.

A continuación se dan a conocer los pasos a seguir:

- **Identificar en qué consiste el apartado de la Norma.**

Este apartado establece los estándares relacionados a la determinación y provisión de recursos necesarios para implementar, mantener el sistema de gestión de calidad y mejorar continuamente su eficacia.

Los principales recursos que la norma establece como requisitos son el Recurso humano, Infraestructura y el Ambiente de trabajo.

- **Definir el objetivo de la Metodología.**

Determinar el grado de cumplimiento del apartado Gestión de los Recursos.

- **Determinar los requerimientos de la Norma y las variables de interés.**

Requerimientos:

- Definición de los recursos necesarios para el sistema de gestión de calidad.
- Definición Competencias necesarias del personal que brinda el servicio.
- Formación proporcionada al personal para lograr competencias requeridas.
- Evaluaciones de la eficacia de las formaciones brindadas.
- Demostrar la conformidad con los requisitos del servicio al paciente.
- Registro de la educación del personal
- Registros de la formación del personal.
- Registros de las habilidades del personal.
- Registros de experiencia del personal.
- Definición de la infraestructura necesaria para brindar el servicio (Espacios físico, equipos, servicios asociados y de apoyo).
- Mantenimiento de la infraestructura.
- Condiciones en las que se debe realizar el trabajo.

Variables:

- Evidencias objetivas que permitan demostrar que existe un cumplimiento parcial o total de los requisitos que la norma establece relacionada con la gestión de los recursos.
- **Identificar los individuos o los elementos componentes de la población de interés.**

Las unidades administrativas siguientes serán consultadas para valorar cada requisito del apartado de la gestión de recursos según corresponda:

- División Medica
- Unidad financiera Institucional
- Unidad Asesora de suministros
- Unidad de Recursos Humanos
- Unidad de Servicios Generales

Para abreviar el nombre de las siguientes unidades:

- Sala de Partos
- Quirófano Obstétrico
- Puerperio
- Cirugía Obstétrica
- Cuidados Intensivos del Recién Nacido
- Cuidados Intermedios del Recién Nacido
- Cuidados Mínimos del Recién Nacido
- Madre Canguro

Se utilizara el siguiente cuadro de referencia:<sup>16</sup>

SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
-----	----	----	----	------	-----	------

- **Diseño del instrumento.**

---

<sup>16</sup> Abreviaturas:

SPA: Sala de Partos

QO: Quirófano Obstétrico

PU: Puerperio

CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido

RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido

RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido



**Tabla 43: Diseño del instrumento de investigación del nivel de cumplimiento del apartado 6: gestión de recursos**

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER							
<b>6.1 Provisión de recursos</b>									
1	¿Dispone la organización de los recursos necesarios para mantener el sistema de gestión de la calidad y aumentar la satisfacción del cliente?	<p>En unidades relacionadas con el “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el Proceso de Atención al Recién Nacido”<sup>17</sup></p> <table border="1" data-bbox="760 646 1372 699"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table> <p>Estas unidades cuentan con la infraestructura (Espacio físico o camas acorde a la demanda del servicio, equipos biomédicos), Recurso Humano, medicinas e Insumos médicos necesarios.</p>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
<b>6.2.1 Generalidades</b>									
2	¿Existe evidencia de evaluaciones al personal que brinda el servicio en base a educación, formación, habilidades y experiencia, y fichas por cada empleado para demostrar la competencia del mismo?	<p>Se cuentan documentados las evaluaciones realizadas por el personal técnico competente en base a criterios establecidos por la dirección del hospital a los médicos de staff, residentes, Internos y enfermeras de:</p> <p>Las unidades relacionadas con el “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y con el “Proceso de Atención al Recién Nacido”</p> <table border="1" data-bbox="760 1224 1393 1276"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
<b>6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia</b>									
3	¿Se encuentra definida la competencia necesaria para cada puesto de trabajo (o perfiles de puestos de trabajo) teniendo en cuenta la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas?	<p>Se encuentra el perfil definido para cada puesto de trabajo con la formación, experiencia y habilidades acorde a los requisitos legales e institucionales.</p> <p>En las unidades relacionadas con el “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y con el “Proceso de Atención al Recién Nacido”.</p>							

<sup>17</sup> Abreviaturas:

SPA: Sala de Partos

QO: Quirófano Obstétrico

PU: Puerperio

CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido

RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido

RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER						
		SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
4	¿Existe un plan de formación o de logro de competencias?	<p>Se cuenta con un plan conteniendo las acciones calendarizadas para lograr las competencias necesarias o para actualizar sus conocimientos mediante formaciones del personal relacionado con:</p> <p>El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”.<sup>18</sup></p>						
		SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
5	¿Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas?	<p>Se cuenta con una metodología autorizada por la dirección del hospital para valorar los resultados de las formaciones impartidas al personal de las unidades relacionadas con :</p> <p>El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”:</p>						
		SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
6	¿Existen registros de plan de formación, competencia necesaria de cada puesto, ficha de empleado y actos o certificados de formación, o similares?	<p>Se tienen registros donde se identifique de las formaciones impartidas a cada miembro del personal según su puesto de trabajo de las unidades relacionadas con:</p> <p>El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”:</p>						
		SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
7	¿Existe evidencia documentada del cumplimiento de los requisitos de competencia para cada	<p>Se mantienen registros apropiados para cada empleado que valida que reúnen los requisitos de formación, habilidades y experiencia</p>						

<sup>18</sup> Abreviaturas:

SPA: Sala de Partos

QO: Quirófano Obstétrico

PU: Puerperio

CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido

RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido

RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER							
	empleado de la organización?	<p>requerida para el puesto en el que desempeñan, en la unidades relacionadas con:</p> <p>El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”:</p> <table border="1" data-bbox="760 537 1369 590"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
<b>6.3 Infraestructura</b>									
8	¿Es encuentra identificada la infraestructura necesaria y existente para la realización de los procesos?	<p>Se encuentran identificados el espacio físicos exclusivos, los equipos biomédicos, servicios de manejo y evacuación de desechos, servicios de apoyo al diagnóstico, en las unidades que ejecutan los procesos siguientes:</p> <p>El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”:<sup>19</sup></p> <table border="1" data-bbox="760 1031 1385 1083"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
9	¿Existen planes o rutinas de mantenimiento preventivo para cada uno de los equipos?	<p>Se tienen planes de mantenimiento conteniendo como mínimo ficha de cada equipo biomédico con una descripción detallada de las operaciones de mantenimiento a realizar y su respectiva frecuencia. Relacionados con:</p> <p>El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”:</p> <table border="1" data-bbox="760 1423 1385 1476"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
10	¿Existen registros de las acciones de mantenimiento correctivo y preventivo	Se tienen las órdenes de mantenimiento donde se ha registrado las tareas de mantenimiento preventivo y correctivo realizadas, en un lugar							

<sup>19</sup> Abreviaturas:

SPA: Sala de Partos

QO: Quirófano Obstétrico

PU: Puerperio

CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido

RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido

RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER							
	realizadas?	centralizado.							
11	¿Existe una metodología definida para la realización de estas tareas de mantenimiento?	Existen indicaciones documentadas para realizar el mantenimiento, donde se especifique las indicaciones del fabricante de los equipos, calibraciones requeridas, el tipo de personal autorizado para realizar las tareas de mantenimiento.							
<b>6.4 Ambiente de trabajo</b>									
12	Si existen condiciones específicas de trabajo, ¿Se encuentran definidas tales condiciones?	Para las siguientes unidades relacionadas con: El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”: <table border="1" data-bbox="756 873 1382 930"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
13	¿Existe evidencias del mantenimiento de estas condiciones específicas de trabajo, en esas unidades?	Para las siguientes unidades relacionadas con: El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”: <sup>20</sup> <table border="1" data-bbox="756 1234 1382 1291"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			

<sup>20</sup> Abreviaturas:

SPA: Sala de Partos

QO: Quirófano Obstétrico

PU: Puerperio

CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido

RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido

RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido

### 3.4 INSTRUMENTO PARA EL APARTADO 7: REALIZACIÓN DEL SERVICIO

En este apartado se expone la metodología para el diagnóstico de la situación actual referido a la realización del servicio a partir de la comparación de la situación actual con los requerimientos que exige la Norma ISO 9001:2008 en el apartado 7 de la misma, a fin de determinar la brecha existente en relación a la norma.

A continuación se dan a conocer los pasos a seguir:

- **Identificar en qué consiste el apartado de la Norma.**

Este apartado consiste en la realización del servicio que es el proceso efectivo de suministro de su servicio.

Se deben controlar las operaciones de prestación de servicio a través de: información que describa las características del servicio; la disponibilidad de instrucciones de trabajo; el uso de equipos adecuados; la disponibilidad y el uso de equipos de monitoreo y medición; la implementación de actividades de monitoreo y medición, y la implementación de actividades de liberación.

- **Objetivo de la Metodología.**

Documentar, evaluar y definir la Situación Actual con respecto a la Norma ISO 9001-2008 para determinar el grado de cumplimiento del apartado Realización del Servicio.

- **Determinar los requerimientos de la Norma y las variables de interés.**

Requerimientos:

-Planificación y desarrollo de los procesos necesarios para la realización del servicio.

-Determinar los requisitos especificados por el cliente.

-Determinar los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el servicio.

- Planificación y controlar el diseño y desarrollo del servicio.

- Asegurarse de que el producto comprado cumple los requisitos de compra especificados.

- Evaluar y seleccionar a los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo a los requisitos establecidos.

-Establecer la inspección u otras actividades necesarias, para asegurarse de que el servicio cumple con los requisitos.

- Planificar y llevar a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas.

- Validar los procesos de prestación del servicio.

- Identificar el servicio por medios adecuados, a través de toda la realización del servicio (trazabilidad).
- Determinar el seguimiento y la medición a realizar, y los dispositivos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto.

Variables:

Prevención: Evitar que se produzcan elementos no conformes.

Trazabilidad del servicio.

Demostración: Evidenciar objetivamente que se han cumplido todos los requisitos.

Satisfacción del cliente: Nivel de satisfacción de la paciente.

Evidencias objetivas que se han cumplido todos los requisitos.

▪ **Identificar los individuos o los elementos componentes de la población de interés.**

- Encargado de cada procesos operativo
  - Proceso de atención de parto y postparto.
  - Proceso de atención del recién nacido.

Para abreviar el nombre de las siguientes unidades:

- Sala de Partos
- Quirófano Obstétrico
- Puerperio
- Cirugía Obstétrica
- Cuidados Intensivos del Recién Nacido
- Cuidados Intermedios del Recién Nacido
- Cuidados Mínimos del Recién Nacido
- Madre Canguro

Se utilizara el siguiente cuadro de referencia:<sup>21</sup>

SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
-----	----	----	----	------	-----	------

▪ **Diseño del instrumento.**

<sup>21</sup> Abreviaturas:

SPA: Sala de Partos

QO: Quirófano Obstétrico

PU: Puerperio

CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido

RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido

RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido

**Tabla 44: diseño del instrumento de investigación del nivel de cumplimiento del apartado 7: realización del servicio**

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER							
<b>7.1 Planificación de la realización del servicio</b>									
1	¿Dispone la organización de una planificación de los servicios que se brindan teniendo en cuenta los requisitos del cliente?	<p>Se tienen documentados la planificación de los servicios que se brindaran en un periodo de tiempo determinado,</p> <p>considerando los objetivos de calidad y requisitos de los servicios, así como las actividades de verificación, validación, seguimiento, medición e inspección de los servicios brindados en las unidades relacionadas con:</p> <p>El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”.<sup>22</sup></p> <table border="1" data-bbox="824 1010 1409 1062"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
<b>7.2 Procesos relacionados con el cliente</b>									
<b>7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio</b>									
2	¿Se encuentran documentados los requisitos del cliente?	<p>Se tiene la disponibilidad de un documento con las necesidades que el ciudadano espera que sean cubiertas por el servicio brindado en las unidades relacionadas con:</p> <p>El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”:</p> <table border="1" data-bbox="802 1556 1409 1608"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			

<sup>22</sup> Abreviaturas:

SPA: Sala de Partos

QO: Quirófano Obstétrico

PU: Puerperio

CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido

RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido

RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER							
3	¿Se han definido requisitos no especificados por el cliente pero propios del servicio?	<p>Se cuenta con un documento con los requisitos que se deben cumplir en cada servicio según las características propias de cada uno, para las unidades relacionadas con:</p> <p>El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”:</p> <table border="1" data-bbox="813 800 1409 852"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
4	¿Se han definido los requisitos legales o reglamentarios del servicio?	<p>En caso de existir requisitos de naturaleza reglamentaria o legal propia de cada servicio se cuentan estos claramente documentados para su consulta en las unidades relacionadas con:</p> <p>El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”.<sup>23</sup></p> <table border="1" data-bbox="802 1241 1409 1293"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
5	¿Existe una metodología definida para la determinación de estos requisitos?	Existe un procedimiento o método establecido por el hospital para definir los requisitos establecidos ya sea por el ciudadano, reglamentos, leyes, o por la naturaleza de cada servicio.							
6	¿Se cumple con los requisitos específicos de la metodología?	Existe evidencia que los requisitos actuales se han establecido siguiendo la metodología							

<sup>23</sup> Abreviaturas:

SPA: Sala de Partos

QO: Quirófano Obstétrico

PU: Puerperio

CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido

RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido

RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido



N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER							
		establecida por el hospital, mediante acuerdos documentados con los participantes en la definición de los mismos.							
<b>7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio</b>									
7	¿Se encuentra descrita la metodología, momento y responsabilidades para la revisión de los requisitos del cliente?	<p>Se encuentra documentado un procedimiento de revisión de los requisitos de los servicios brindados al ciudadano, con los responsables de llevar a cabo esta revisión. Donde se evidencie la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos establecidos para los servicios relacionados con:</p> <p>El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”:</p> <table border="1" data-bbox="799 877 1409 932"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
8	¿Se cumple con los requisitos específicos de la metodología?	Existe evidencia documentada de que se sigue el procedimiento para la revisión de los requisitos de los servicios.							
9	¿Existe evidencia de la revisión de los requisitos?	Se cuenta con documentos que respalden las reuniones que han tenido los responsables de revisar los requisitos de los servicios.							
10	¿Existe una metodología definida para el tratamiento de modificaciones de los requisitos ofertados al cliente?	Se cuenta con procedimientos documentados, con responsables específicos para realizar los cambios en los requisitos de los servicios en los diferentes documentos y para divulgar estas modificaciones al personal correspondiente.							
<b>7.2.3 Comunicación con el cliente</b>									
11	¿Existe metodología eficaz para la comunicación con el cliente?	<p>Se cuenta definida la información que se le debe proporcionar al ciudadano y el responsable de comunicársela en las unidades relacionadas con:</p> <p>El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”.<sup>24</sup></p>							

<sup>24</sup> **Abreviaturas:**

SPA: Sala de Partos

QO: Quirófano Obstétrico

PU: Puerperio

CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido

RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido

RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER							
		<table border="1" data-bbox="813 436 1409 489"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
12	¿Se registran los resultados de satisfacción del cliente y sus quejas?	Se tienen registros de algún tipo de encuesta, instrumento o medio con el que se ha recabado el nivel de satisfacción de las necesidades del ciudadano, quejas, reclamos o sugerencias.							
<b>7.3 Diseño y desarrollo</b>									
<b>7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo</b>									
13	¿Existe una planificación para cada uno de los diseños o desarrollos de los servicios brindados según su complejidad?	Se tiene documentada un plan con fechas, previstas, responsables de elaborar diseño del servicio (o forma en que se debe realizar el servicio por parte de las unidades médicas del hospital). Para las unidades relacionadas con:  El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”. <sup>25</sup>							
		<table border="1" data-bbox="813 1119 1409 1171"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
14	¿La planificación incluye etapas del diseño, verificación y validación?	El plan incluye la identificación elementos de entrada (es decir, información técnica propia de cada especialidad médica, legal y reglamentaria), la realización, la verificación y validación del diseño del servicio.							
15	¿Están definidos los criterios de revisión de cada una de las etapas del diseño?	Se cuenta con un documento que tenga establecidos los criterios que deben tomar de base los encartados de revisar las diferentes etapas del diseño.							
16	¿Están definidas las responsabilidades para el diseño	Se tiene un acuerdo por parte de la dirección el hospital donde se establecen los responsables							

<sup>25</sup> **Abreviaturas:**

SPA: Sala de Partos

QO: Quirófano Obstétrico

PU: Puerperio

CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido

RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido

RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER
	y desarrollo?	para diseñar y desarrollar los servicios que se brindan.
<b>7.3.2 Elementos de entrada para el diseño</b>		
17	¿Para todos los diseños se han definido los elementos de entrada?)	Existe un documento donde se especifique cada requisito de entrada: (requisitos médicos, funcionales, legales, diseños similares, etc.
18	¿Existe registro asociado a esta identificación?	Se tienen los registros de los requisitos de entrada definidos, para cada diseño de la prestación de los servicios.
<b>7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo</b>		
19	¿Los resultado del diseño y desarrollo cumplen con los elementos de entrada?	Se cuenta documentada la verificación que se cumplen con los requisitos de entrada del diseño de la prestación del servicio.
20	¿Proporcionan información para la compra y prestación del servicio?	Se tiene documentado los procedimientos resultantes del diseño que indican las características de los recursos o insumos necesarios y la forma de prestar el servicio.
21	¿Incluyen pautas que indican cómo se debe prestar el servicio correctamente?	Se tienen identificados en el diseño de la prestación del servicio aquellas características esenciales para que sea brindado de forma correcta y segura.
<b>7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo</b>		
22	¿Existen registros de las revisiones realizadas a cada una de las etapas del diseño?	Se han dejado registros de las evaluaciones de acuerdo a lo planificado a la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos.
23	¿Existen criterios de aceptación para cada etapa?	Se tiene constancia de los criterios de aceptación que se deben seguir en la revisión del diseño y desarrollo.
<b>7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo</b>		
24	¿Existe registro de la verificación de los resultados del diseño y desarrollo?	Se cuenta con registros de que se ha verificado el cumplimiento de los requisitos del diseño y desarrollo.
25	¿Los criterios de aceptación para la verificación están de acuerdo a los elementos de entrada del diseño?	Se tienen constancia de los criterios de aceptación que se deben seguir en la verificación del diseño y desarrollo.
<b>7.3.6 Validación del diseño y desarrollo</b>		

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER
26	¿Existe registro de la validación del servicio diseñado?	Se cuentan con los registros de las validaciones, realizadas según lo planificado al diseño y desarrollo de la prestación del servicio, donde se asegura que este es capaz de satisfacer las necesidades de su aplicación.
27	¿Los criterios de aceptación para la validación están de acuerdo a los elementos de entrada del diseño?	Se tiene constancia de los criterios de aceptación que se deben seguir en la validación del diseño y desarrollo de los elementos de entrada del diseño de la prestación del servicio.
<b>7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo</b>		
28	¿Existe registro de los cambios realizados en el diseño de los servicios?	Se tienen los registros de los cambios al diseño y desarrollo de la prestación de los servicios realizados por la organización.
29	¿Estos cambios están sometidos a verificación y validación?	Se tienen evidencia documentada de que los cambios al diseño y desarrollo han sido verificados y validados, así como se han evaluado el efecto de los cambios en la prestación de los servicios y se han sometido a aprobación previo a su implementación.
<b>7.4 Compras</b>		
<b>7.4.1 Proceso de compras</b>		
30	¿Se encuentran definidos por escrito los servicios y los requisitos solicitados a los proveedores?	Existe un documento que especifique los requisitos solicitados a los proveedores.
31	¿Existe una selección de proveedores y se encuentran definidos los criterios de selección?	Criterios de selección de posibles proveedores.
32	¿Existe una evaluación de proveedores y sus criterios de evaluación?	Procedimiento para evaluación y selección de proveedores.
33	¿Existen registros de las evidencias de cumplimiento de los criterios de selección, evaluación y reevaluación?	Registros o evidencias de selección de proveedores que se justifiquen en base a los criterios
<b>7.4.2 Información de las compras</b>		
34	¿Existe una metodología adecuada para la realización de	Metodología para realización de compra a los proveedores.

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER							
	los pedidos de compra?								
35	¿Los pedidos de compra contienen información sobre todos los requisitos deseados?	Formato de hojas de pedido de compras que contenga la información sobre los requisitos deseados.							
36	¿Se cumple la metodología definida para los requisitos de compra?	Verificación de cumplimiento de metodología para realización de compras por medio de observación directa o preguntas a encargados.							
<b>7.4.3 Verificación de los productos comprados</b>									
37	¿Existe definida una metodología adecuada para inspección de los productos comprados?	Existe una metodología definida para inspeccionar los productos comprados.							
38	¿Están definidas las responsabilidades para la inspección de los productos comprados?	Nombre de los responsables para la inspección de los productos comprados.							
39	¿Existen registros de las inspecciones conformes a la metodología definida?	Documento que registre las inspecciones realizadas de acuerdo a la metodología establecida.							
<b>7.5 Producción y prestación del servicio</b>									
<b>7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio</b>									
40	¿Existe una metodología adecuada definida para la prestación del servicio?	<p>Metodología para la prestación del servicio:</p> <p>Para las siguientes unidades relacionadas con:</p> <p>El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”.<sup>26</sup></p> <table border="1" data-bbox="805 1444 1409 1499"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
41	¿Existen registros cumplimentados conforme a lo	Registros y control de la prestación del servicio.							

<sup>26</sup> Abreviaturas:

SPA: Sala de Partos

QO: Quirófano Obstétrico

PU: Puerperio

CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido

RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido

RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER							
	definida en la metodología de prestación del servicio?	<p>Control de producción de servicio y servicio de información.</p> <p>El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”:</p> <table border="1" data-bbox="808 600 1409 655"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
42	Si existen instrucciones de trabajo ¿Se encuentran disponibles en los puestos de uso y están actualizadas?	<p>Listado de instrucciones actualizadas para la prestación del servicio en El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”:</p> <table border="1" data-bbox="808 861 1409 915"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table> <p>Para médicos de staff, internos, residentes y enfermeras.</p>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
43	¿Se realizan las inspecciones adecuadas durante la prestación del servicio?	<p>Listado de Inspecciones adecuadas para prestar el servicio en:</p> <p>El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”:</p> <table border="1" data-bbox="808 1236 1409 1291"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
44	¿Se utilizan los medios y los equipos adecuados?	Listado de equipos utilizados así como el cumplimiento de las características de los mismos.							
45	¿El personal es competente para la realización de los trabajos?	<p>Se mantienen registros apropiados para cada empleado que valida que reúnen los requisitos de formación, habilidades y experiencia requerida para el puesto en el que desempeñan, en la unidades relacionadas con:</p> <p>El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”.<sup>27</sup></p>							

<sup>27</sup> Abreviaturas:

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER						
		SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
<b>7.5.2 Validación de los procesos de la prestación del servicio</b>								
46	Si existen procesos para validar, ¿se han definido los requisitos para esta validación?	Están debidamente documentados los procesos de prestación del servicio de Atención del Recién Nacido y del Proceso de Atención del Parto y Post parto por medio de requisitos que permitan la validación.						
47	¿Existen registros de la validación de los procesos?	Documento que avale la validación de los procesos de Atención del Recién Nacido y del Proceso de Atención del Parto y Post parto.						
<b>7.5.3 Identificación y trazabilidad</b>								
48	¿Se encuentra identificado el servicio a lo largo de todo el proceso productivo?	Seguimiento del servicio mediante procedimientos preestablecidos que permitan conocer la historia, ubicación y trayectoria por ejemplo por medio del expediente.						
49	Si es necesaria la trazabilidad del servicio, ¿Se evidencia la misma?	Documento que especifique origen e historia de la prestación del servicio. (Expediente clínico)						
<b>7.5.4 Propiedad del cliente</b>								
50	¿Existe una metodología adecuada definida para la comunicación de los daños ocurridos en las pertenencias del paciente?	Metodología que permita informar a los pacientes cualquier daño ocurrido en las pertenencias del mismo.						
51	¿Existen registros de estas comunicaciones?	Documento o registros que permitan dar a conocer a los pacientes este tipo de situaciones.						
52	Si es de aplicación, ¿se cumple la ley de protección de datos con los datos de los clientes?	Verificación de cumplimiento de la Ley de Acceso a la Información Pública.						

SPA: Sala de Partos  
 QO: Quirófano Obstétrico  
 PU: Puerperio  
 CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido  
 RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido  
 RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER
	<b>7.5.5 Preservación del servicio</b>	
53	¿Existe definida una metodología adecuada para el traslado, protección e identificación del paciente dentro de las instalaciones?	Metodología para manejo de pacientes del Proceso de Atención de Parto y Post-Parto y de Atención del Recién Nacido.
54	¿Se evidencia el correcto cumplimiento de esta metodología?	Verificación por medio de consulta a pacientes del Proceso de Atención de Parto y Post-Parto y de Atención del Recién Nacido.
55	¿Existe definida una metodología adecuada para el traslado a otra institución?	Guías técnica o documentos que definan procedimientos a seguir para el traslado, referencia, a otra institución de salud

N°	PREGUNTAS	EVIDENCIAS POR OBTENER							
	<b>7.6 Control de los equipos de seguimiento y de medición</b>								
56	¿Se encuentran identificados todos los equipos de seguimiento y de medición?	<p>Inventario e identificación de equipos de seguimiento y medición en:<sup>28</sup></p> <p>El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
57	¿Existen definidas unas rutinas adecuadas de verificación o calibración de los mismos?	Documento que dé a conocer la programación de las rutinas de verificación o calibración de los equipos de seguimiento y medición.							
58	¿Existen registros de las verificaciones o calibraciones	Cumplimiento de verificaciones o calibraciones mediante documento que compruebe dicha							

<sup>28</sup> **Abreviaturas:**

SPA: Sala de Partos

QO: Quirófano Obstétrico

PU: Puerperio

CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido

RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido

RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido



	realizadas?	acción.
<b>59</b>	¿Los equipos se encuentran correctamente identificados con su estado de verificación o calibración?	Verificar si los equipos están correctamente identificados.
<b>60</b>	¿Están definidas las pautas de actuación cuando se observe que las mediciones han sido erróneas?	Procedimiento a seguir cuando las mediciones de los equipos han sido erróneas.
<b>61</b>	¿Se confirma la capacidad de los programas informáticos cuando participen en actividades de seguimiento y medición?	Verificación de capacidad de los programas informáticos en las actividades de seguimiento y medición de la prestación del servicio.

### **3.5 INSTRUMENTO PARA EL APARTADO 8: MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA**

En este apartado se realizará un diagnóstico de la situación actual referido a la medición, análisis y mejora, ello a partir de una comparación de la situación actual con los requerimientos que exige la Norma ISO 9001:2008 en el apartado 8 de la misma, a fin de determinar la brecha existente en relación a la norma. Con ello se espera establecer que se necesita crear, medir y mejorar.

A continuación se dan a conocer los pasos a seguir:

- **Identificar en qué consiste el apartado de la Norma.**  
Este apartado establece la realización de actividades de seguimiento y medición para asegurar la conformidad del servicio y obtener datos para la mejora. Las actividades de seguimiento y medición se enlazan con los procesos de realización del servicio, identificando las mediciones actuales, el contenido de las mismas, los indicadores, la frecuencia y los criterios de aceptación.
- **Definir el objetivo de la Metodología.**  
Documentar, evaluar y definir la Situación Actual con respecto a la Norma ISO 9001-2008 para determinar el grado de cumplimiento del apartado Análisis, Medición y Mejora en la realización del servicio.
- **Determinar los requerimientos de la Norma y las variables de interés.**

#### **Requerimientos:**

Procedimiento para controlar y medir de forma regular las características claves de las operaciones que puedan tener impactos significativos.

Registro de información de seguimiento del funcionamiento, de los controles operacionales relevantes y de la conformidad con los objetivos y metas.

Demostrar la conformidad con los requisitos del servicio al paciente.

Determinar el seguimiento y medición de las características del servicio.

Verificar registros de las personas que autorizan la liberación del servicio a la paciente.

- Los productos no conformes se deben de abordar mediante una o más de las siguientes maneras:
  - a) tomando acciones para eliminar la no conformidad detectada;
  - b) autorizando su uso, liberación o aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el cliente;
  - c) tomando acciones para impedir su uso o aplicación prevista originalmente;
  - d) tomando acciones apropiadas a los efectos, reales o potenciales, de la no conformidad, cuando se detecta un producto no conforme después de su entrega.
- Determinar si existen procedimientos que definan responsabilidad y autoridad para:
  - Controlar e investigar no conformidades.
  - Llevar a cabo acciones para reducir el impacto producido.
  - Iniciar y completar acciones correctoras y preventivas.

- Acciones correctoras y preventivas adecuadas a la magnitud del problema o impacto potencial.
- Procedimiento documentado para definir los requisitos para:
  - Revisar las no conformidades (incluyendo las quejas de los pacientes).
  - Determinar las causas de las no conformidades.
  - Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades.
  - Que no vuelvan a ocurrir,
  - Determinar e implementar las acciones necesarias
  - Registros de los resultados de las acciones tomadas.
  - Revisión de la eficacia de las acciones correctivas tomadas.
- Procedimiento de acción preventiva para:
  - Determinar las no conformidades potenciales y sus causas,
  - Evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades
  - Determinar e implementar las acciones necesarias,
  - Registros de los resultados de las acciones tomadas, y revisar la eficacia de las acciones preventivas tomadas.
- Implantación de los procedimientos ante cualquier cambio consecuencia de acciones correctoras o preventivas.

**Variables:**

Prevención: Evitar que se produzcan elementos no conformes.

Detección: Segregar elementos no conformes.

Corrección y Mejora: Eliminar las causas de las no conformidades y mejora de los procesos.

Demostración: Evidenciar objetivamente que se han cumplido todos los requisitos.

Satisfacción del cliente: Nivel de satisfacción de la paciente.

- **Identificar los individuos o los elementos componentes de la población de interés.**

Sala de Partos

Puerperio

Cuidados Intensivos del Recién Nacido

Cuidados Mínimos del Recién Nacido

Quirófano Obstétrico

Cirugía Obstétrica

Cuidados Intermedios del Recién

Madre Canguro

Se utilizara el siguiente cuadro de referencia:

SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
-----	----	----	----	------	-----	------

- **Diseño del instrumento.**

**Tabla 45: Diseño del instrumento de investigación del nivel de cumplimiento del apartado 8: medición, análisis y mejora.**

n°	preguntas	evidencias por obtener							
<b>8.1 Generalidades</b>									
1	¿Planifica la organización los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora para demostrar la conformidad con los requisitos del servicio?	Se cuenta con una Metodología autorizada que permita a los procesos de Parto Post-Parto y Atención del Recién Nacido planificar el seguimiento, análisis y mejora. <sup>29</sup> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
2	¿Implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora para demostrar la conformidad con los requisitos del servicio?	Cumplimiento a la metodología planificada mediante verificación en los procesos de Parto Post-Parto y Atención del Recién Nacido. <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
3	¿Verifica los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora para demostrar la conformidad con los requisitos del servicio?	Evaluación de los procesos de seguimiento, medición y análisis de forma periódica. <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
4	¿Toma acciones para mejorar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora para demostrar la conformidad con los requisitos del servicio?	Toma de decisiones correctivas que permitan mejorar los procesos en base a documentos que validen los resultados de la metodología. <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
<b>8.2 Seguimiento y Medición</b>									
<b>8.2.1 Satisfacción del Cliente</b>									
5	¿Elabora de algún instrumento para medir la satisfacción del paciente?	Instrumento que permita medir la satisfacción del paciente. <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			

<sup>29</sup> **Abreviaturas:**

SPA: Sala de Partos

QO: Quirófano Obstétrico

PU: Puerperio

CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido

RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido

RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido

n°	preguntas	evidencias por obtener							
6	¿Utiliza algún instrumento para medir la satisfacción del paciente?	Instrumento que valide la ejecución del mismo. <table border="1"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
7	¿Existen registros del análisis de los resultados de la satisfacción del paciente en base al instrumento utilizado?	Tabulación y Análisis de Datos <table border="1"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
8	¿Existen acciones posteriores a la medición de la satisfacción del paciente?	En base al registro de análisis de datos se toman decisiones para acciones posteriores. <table border="1"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
<b>8.2.2 Auditoría Interna</b>									
9	¿Planifica la realización de auditorías internas?	Documento con Auditoría <table border="1"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
10	¿Realiza auditorías internas a intervalos planificados para determinar si el SGC es eficaz?	Documento con fechas pre-establecidas. <table border="1"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
11	¿Existe una metodología definida para las auditorías?	Metodología para la realización de Auditorías. <sup>30</sup> <table border="1"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
12	¿Están definidos las responsabilidades y los requisitos para planificar y realizar las auditorías?	Nombres de los responsables.							
13	¿Existen registros de auditorías y de sus resultados?	Registros de los resultados de la auditoría. <table border="1"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			

<sup>30</sup> **Abreviaturas:**

SPA: Sala de Partos

QO: Quirófano Obstétrico

PU: Puerperio

CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido

RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido

RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido

n°	preguntas	evidencias por obtener							
14	¿Se realizan correcciones y se toman acciones correctivas para eliminar las no conformidades detectadas?	Resolver problemas descubiertos en las auditorias. <table border="1" data-bbox="776 478 1393 533"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
<b>8.2.3 Seguimiento y Medición de los Procesos y del Servicio</b>									
15	¿Planifica el seguimiento y las características a medir del servicio para verificar si se cumplen con los requisitos del mismo?	Documento o registro que dé a conocer las características que permiten medir y supervisar el servicio. <table border="1" data-bbox="776 730 1393 785"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
16	¿Existen indicadores que permitan medir su servicio?	Documento con registro de indicadores <sup>31</sup> <table border="1" data-bbox="776 856 1393 911"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
17	¿Posee alguna metodología que demuestre la capacidad para alcanzar los resultados planificados?	Metodología que permita dar seguimiento a lo planificado. <table border="1" data-bbox="776 1016 1393 1071"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
18	¿Existen acciones posteriores para mejorar los resultados obtenidos?	Registro y medición de acciones posteriores. <table border="1" data-bbox="776 1142 1393 1197"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
<b>8.3 Control del Servicio No conforme</b>									
19	¿Planifica una metodología para determinar la no conformidad en los servicios brindados?	Metodología para control del servicio no conforme. <table border="1" data-bbox="776 1402 1393 1457"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
20	¿Implementa la metodología para conocer la no conformidad en el servicio?	Verificación del cumplimiento de la metodología. <table border="1" data-bbox="776 1562 1393 1617"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			

<sup>31</sup> Abreviaturas:

SPA: Sala de Partos

QO: Quirófano Obstétrico

PU: Puerperio

CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido

RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido

RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido

n°	preguntas	evidencias por obtener							
21	¿Las no conformidades encontradas son solventadas?	Registro y descripción de las no conformidades <table border="1"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
22	¿Existen acciones posteriores para mejorar las no conformidades del servicio?	Eliminar o corregir las inconformidades encontradas. <table border="1"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
<b>8.4 Análisis de Datos</b>									
23	¿Se determinan, recopilan y analizan los datos para demostrar la eficacia del SGC?	Análisis de los datos relacionados con la calidad y el funcionamiento del SGC							
<b>8.5 Mejora</b>									
<b>8.5.1 Mejora Continua</b>									
24	¿Planifica mejorar continuamente la eficacia del SGC?	Planificación de la mejora continua del SGC							
25	¿Mejora continuamente la eficacia del SGC mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas preventivas y la revisión por la dirección?	Definición de políticas de calidad, objetivos, auditorías entre otras. Que guíen la mejora de la eficacia del SGC.							
<b>8.5.2 Acción Correctiva</b>									
26	¿Planea un procedimiento para revisar las no conformidades?	Procedimiento para revisar las no conformidades <table border="1"> <tr> <td>SPA</td> <td>PU</td> <td>QO</td> <td>CO</td> <td>UCIN</td> <td>RNI</td> <td>RNCM</td> </tr> </table>	SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM			
27	¿Existen procedimientos documentados para revisar las no conformidades?	Documento con procedimiento a seguir en las no conformidades <sup>32</sup>							

<sup>32</sup> **Abreviaturas:**

SPA: Sala de Partos

QO: Quirófano Obstétrico

PU: Puerperio

CO: Cirugía Obstétrica

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido

RNI: Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido

RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos del Recién Nacido

n°	preguntas	evidencias por obtener						
		SPA	PU	QO	CO	UCIN	RNI	RNCM
28	¿Existen procedimientos documentados para determinar las causas de las no conformidades?	Documento con procedimiento a seguir para determinar las causas de las no conformidades						
29	¿Existen procedimientos documentados para determinar e implementar acciones necesarias?	Documento con procedimiento a seguir para implementar las acciones necesarias.						

Cada pregunta es calificada con una escala de valoración del 0 al 4, permitiendo el cálculo del porcentaje de cumplimiento de la gestión actual. La escala de valoración se describe a continuación:



### 3.6 ESCALA DE VALORACIÓN

Con los cuestionarios se pretende determinar el nivel de cumplimiento del SGC actual, comparándolo con los requisitos que exige la norma ISO 9001:2008, los enunciados de los niveles de respuestas están relacionados con el cumplimiento o no de los requisitos de la Norma, los cuales se presentan a continuación:

Enunciados de los niveles de calificación
Prácticamente no se cumple
Se cumple parcialmente(en ocasiones puntuales)
Se cumple generalmente(en la mayoría de los casos)
Se cumple sistemáticamente y en casi todas las áreas.
Se cumple siempre y de forma total, y se es un ejemplo para el sector.

Tabla 46: Enunciado de los niveles de calificación de cada requisito

### 3.7 PUNTUACIÓN Y ANÁLISIS

Después de completar el cuestionario, cada elemento se puede analizar por separado o, en algunos casos, las respuestas a cada elemento se suman para obtener una puntuación total para un grupo de elementos.

Se considera una escala de tipo ordinal, ya que las evidencias podrán definirse como equidistantes. Cuando los datos se tratan como ordinales, es posible calcular la mediana y la moda (pero no la media). La dispersión se calcula por medio del intervalo entre cuartiles (no es posible calcular la desviación típica), o puede analizarse mediante técnicas no paramétricas, como la distribución  $\chi^2$ , la prueba de Mann-White, la prueba de los signos de Wilcoxon o la prueba de Kruskal-Wallis.

Las respuestas a los elementos se puede sumar, y hay que tener en cuenta que todos los elementos deben medir lo mismo. Podría aplicarse un análisis de varianza.

Es por ello que cada ítems tiene un puntaje y a medida aumenta la escala el puntaje incrementa en 1 iniciando desde 0 hasta 4.

Enunciados de los niveles de respuesta	Puntaje
Prácticamente no se cumple	0
Se cumple parcialmente(en ocasiones puntuales)	1
Se cumple generalmente(en la mayoría de los casos)	2
Se cumple sistemáticamente y en casi todas las áreas.	3
Se cumple siempre y de forma total, y es un ejemplo para el sector.	4

Tabla 47: niveles de valoración para el grado de cumplimiento de los requisitos

Al finalizar la evaluación de todos los apartados, se sumarán los puntos obtenidos dividiéndolos entre el total de puntos posibles para obtener el porcentaje de cumplimiento de la situación actual del Hospital en función de la Norma ISO 9001:2008 de acuerdo con los siguientes rangos de valoración.

### **RANGOS DE VALORACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO.**<sup>33</sup>

**Menos del 40 por ciento:** El sistema global de calidad con respecto al modelo ISO 9001:2008 no se cumple, se cumple en aspectos parciales o tiene una fidelidad muy baja con las actividades realmente realizadas, y deben tomarse medidas correctoras urgentes y globales para implantar un sistema de calidad eficaz.

**Entre 40 y 60 por ciento:** El sistema global de calidad se cumple, pero con deficiencias en cuanto a documentación o a la continuidad y sistemática de su cumplimiento, o tiene una fidelidad deficiente con las actividades realmente realizadas. Se deberán solucionar las deficiencias urgentemente, para que el sistema sea eficaz.

**Entre 60 y 85 por ciento:** El sistema global de calidad se cumple, pero con leves deficiencias en cuanto a documentación o a la continuidad y sistemática de su cumplimiento, o respecto a la fidelidad con las actividades realmente realizadas. Se deberán solucionar las deficiencias a corto plazo, para que el sistema no deje de ser eficaz. Su tendencia hacia la Gestión de la Calidad es muy positiva. Les sugerimos analicen sus puntos sobresalientes y apliquen medidas similares a los temas con más baja puntuación.

**Más de 85 por ciento:** Su organización se gestiona de acuerdo con el modelo ISO 9001:2008, y son ejemplo para otras organizaciones del sector.

---

<sup>33</sup> Bibliografía: “Desarrollo de bases para un Sistema de Calidad bajo la norma ISO 9001:2008 para la facultad de ingeniería mecánica de la Escuela Politécnica Nacional” Ecuador, Octubre 2009. Pág. 128.

#### 4 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizará por apartados de la Norma ISO 9001:2008, en la siguiente tabla se programan las fechas en las que se llevarán a cabo las entrevistas y la recopilación de las evidencias.

Tabla 48 Programación de actividades de la investigación

Apartado	Personas entrevistadas	Fecha
<b>4- Sistema de Gestión de la Calidad</b>		
4.1 Requisitos Generales	Dr. Abrego/Dra. Díaz/Ing. Rodas	3-7 Sep.
4.2 Requisitos de la documentación	Dr. Abrego/Dra. Díaz/Ing. Rodas	3-7 Sep.
<b>5- Responsabilidad de la Dirección</b>		
5.1 Compromiso de la Dirección	Dr. Abrego	28-31 ago.
5.2 Enfoque al cliente	Dr. Abrego	28-31 ago.
5.3 Política de Calidad	Dr. Abrego	28-31 ago.
5.4 Planificación	Dra. Díaz/Ing. Rodas	27-31 ago.
5.6 Revisión por la dirección	Dr. Abrego	28-31 ago.
<b>6- Metodología para la Gestión de los Recursos</b>		
6.1 Provisión de Recursos	Jefes de Unidades de Interés	29-31 ago.
6.2 Generalidades	Jefes de Unidades de Interés	29-31 ago.
6.3 Infraestructura	Jefes de Unidades de Interés	29-31 ago.
6.4 Ambiente de Trabajo	Jefes de Unidades de Interés	29-31 ago.
<b>7- Realización del Servicio</b>		
7.1 Planificación de la Realización del Servicio	Jefes de Unidades de Interés	3-14 Sep.
7.2 Procesos relacionados con el cliente	Jefes de Unidades de Interés	3-14 Sep.
7.3 Diseño y desarrollo	Jefes de Unidades de Interés	3-14 Sep.

<b>7.4 Compras</b>	UACI	3-14 Sep.
<b>7.5 Producción y Prestación del Servicio</b>	Jefes de Unidades de Interés	3-14 Sep.
<b>7.6 Control de los equipos de seguimiento y medición</b>	Unidad de Mantenimiento	3-14 Sep.
<b>8. Análisis, Medición y Mejora</b>		
<b>8.1 Generalidades</b>	Jefes de Unidades de Interés	3-7 Sep.
<b>8.2 Seguimiento y Medición</b>	Jefes de Unidades de Interés	3-7 Sep.
<b>8.3 Control del Servicio no conforme</b>	Jefes de Unidades de Interés	3-7 Sep.
<b>8.4 Análisis de Datos</b>	Ing. Rodas	3-7 Sep.
<b>8.5 Mejora</b>	Dra. Díaz/Ing. Rodas/Jefes de Unidades de Interés	3-7 Sep.

Fecha, hora y duración de las actividades de la investigación:

- REUNIÓN DE APERTURA:
  - FECHA: 23 DE AGOSTO
  - HORA: 9:00 AM
  - DURACIÓN: 1.5 HORAS
- ENTREVISTAS:
  - HORA: 8:00 AM
  - DURACIÓN: 4 HORAS
- REUNIÓN DE CIERRE:
  - FECHA: 19 DE OCTUBRE
  - HORA: 8:00 AM
  - DURACIÓN: 2 HORAS

## **5 REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN IN SITU**

### **5.1 REALIZACIÓN DE LA REUNIÓN DE APERTURA**

La reunión de apertura de la investigación del nivel de cumplimiento se llevó a cabo a las 9:00 am del día 23 del mes de agosto, y las personas reunidas fueron el grupo investigador y el representante de la dirección del Hospital Nacional Especializado de Maternidad. Los puntos tratados fueron los siguientes:

- a) confirmar la autoridad para llevar a cabo la investigación, solicitando el apoyo del personal de la institución en la investigación solicitada recibiendo de parte de la dirección una carta de autorización de realización de la investigación enviada a cada uno de los jefes de las unidades tanto administrativas como operativas del hospital.
- b) proporcionar información sobre las fechas y la duración propuestas de las actividades de la investigación. Se presentó el plan de trabajo definido por el equipo investigador buscando la aprobación del representante de la dirección.
- c) solicitar acceso a los documentos pertinentes, incluyendo los registros. Se envió una solicitud al director de la institución, el Dr. Roberto Edmundo Sánchez Ochoa, requiriendo el acceso a documentos relacionados con la investigación que estaban en poder de cada unidad.
- d) acordar la necesidad de guías para el equipo investigador. En el plan de trabajo se especificó las fechas en las que se entrevistaría al personal del hospital que proporcionaría las evidencias para cada requisito investigado, en la reunión se acordó el enviar un comunicado declarando la realización de las entrevistas por el equipo investigador y solicitando la colaboración al personal que sería abordado en el estudio.

### **5.2 COMUNICACIÓN DURANTE LA INVESTIGACIÓN**

Durante la realización de la investigación se comunicó el avance de ésta, informando al representante de la dirección, el grado de cumplimiento preliminar de cada apartado de la norma de calidad, las necesidades de acceso a información que surgían al avanzar en el desarrollo de la investigación In Situ, y la confirmación de las evidencias registradas junto con la referencia a la documentación que sustentaba la valoración definida a cada requisito.

### **5.3 RECOPIACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Durante la investigación, se recopiló mediante un muestreo apropiado, la información exigida por los requisitos de calidad de la norma ISO 9001, información y documentos que confirmaban las labores de calidad realizadas en el Hospital, las evidencias de las responsabilidades que la dirección tiene en la gestión de la calidad, información sobre los recursos empleados y su administración a lo largo de los procesos de la institución, la

documentación relacionada con la realización de los servicios ofertados, la concerniente a la medición, análisis y mejora de la calidad en todo lo que se desarrolla incluyendo la información relacionada con las interrelaciones entre funciones, actividades y procesos.

En la recolección de la información se consideró que sólo la información que es verificable puede constituir evidencia de la investigación. Y esa evidencia fue registrada en el instrumento guía diseñado para la investigación.

La evidencia de la investigación se basa en muestras de la información disponible. Por tanto, hay un cierto grado de incertidumbre, y aquéllos que actúan sobre las conclusiones de la investigación deberían ser conscientes de esta incertidumbre.

Tal como lo mencionamos en la sección 3 del capítulo 2, los métodos utilizados para la recopilación y verificación de la investigación fueron:

- ✓ Entrevistas al personal objetivo tomando como base los requisitos de los apartados 4 al 8 de la norma ISO 9001:2008.
- ✓ Observación de actividades y procedimientos involucrados con el requisito investigado.
- ✓ Revisión de las evidencias y documentación referenciadas.

#### **5.4 FUENTES DE INFORMACIÓN**

Como fuentes de información se consideraron las siguientes:

- a) Entrevistas con empleados (principalmente directivos del Hospital) y con pacientes;
- b) Observación de las actividades y del ambiente de trabajo y condiciones circundantes;
- c) documentos, tales como política, objetivos, planes estratégicos y operativos, manuales de procedimientos, manuales de funciones y organización, normas o lineamientos clínicos según servicio evaluado, instrucciones médicas ejecutadas por el personal médico y de enfermería, licencias y permisos, especificaciones, planos, órdenes de compra, solicitudes de mantenimiento, contratos y pedidos;
- d) registros, tales como registros de inspección, actas de reunión, informes de auditorías realizadas por el Comité Nacional de Calidad Hospitalarios, registros de programas de seguimiento y resultados de mediciones de los estándares médicos;
- e) resúmenes de datos, análisis de indicadores de desempeño, resultados de encuestas de satisfacción de los pacientes;
- f) información sobre los programas de muestreo y sobre los procedimientos para el control de los procesos de muestreo y medición;
- g) informes de otras fuentes, por ejemplo, opinión de la paciente, otra información pertinente de partes externas y la calificación de los proveedores; y
- h) bases de datos informáticas y sitios de Internet.

## 5.5 PLAN DE MUESTREO

Para la mayoría de los criterios se revisó el 100% de la evidencia excepto en aquellos donde fue necesario el entrevistar a terceros involucrados con el servicio brindado en el hospital (por ejemplo: conocimiento de la política y los objetivos de calidad del Hospital).

Para la selección y determinación del tamaño de la muestra, donde no se requiere de la revisión del 100% de la evidencia, se utilizó el muestro no estadístico basado en la experiencia profesional y la situación específica de cada uno de los apartados de la Norma.

Otros muestreos utilizados:

### **Muestreo basado en el criterio**

En este tipo de muestreo la probabilidad de que cualquier partida quede incluida en la muestra no es conocida ni determinable; utilizada en el Apartado 5.3 Política de Calidad.

### **Muestreo por selección específica**

Se basa fundamentalmente en el criterio del investigador para identificar una muestra que sea representativa del universo.

Este tipo de muestreo requiere del conocimiento del investigador sobre el universo que desea probar; siendo este el que se aplicó en los apartados en los cuales se seleccionaba en base al criterio del investigador por ejemplo en el requisito 7.3 de Diseño y Desarrollo.

## 5.6. RECOLECCIÓN DE DATOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de los instrumentos utilizados para valorar el nivel de cumplimiento de los apartados de la norma siguientes:

- Sistema de Gestión de calidad
- Responsabilidad de la dirección
- Gestión de Recursos
- Realización del servicio
- Medición, Análisis y Mejora

### 5.6.1. Resultados del Apartado Sistema de Gestión de Calidad

Tabla: Personas que proporcionó la evidencias para los requisitos del apartado 4 de la Norma ISO 9001:2008

APARTADO DE LA NORMA	PERSONA QUE PROPORCIONÓ LA EVIDENCIA Y PUESTO.
<b>4.1 Requisitos Generales</b>	Jefe de Unidad de Planificación y Jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad
<b>4.2 Requisitos de la Documentación</b>	Jefe de Unidad de Planificación y Jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad

Calificación:

Calificación	Descripción
0	Prácticamente no se cumple
1	Se cumple parcialmente(en ocasiones puntuales)
2	Se cumple generalmente(en la mayoría de los casos)
3	Se cumple sistemáticamente y en casi todas las áreas.
4	Se cumple siempre y de forma total, y es un ejemplo para el sector.



N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
<b>4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>							
<b>4.1 Requisitos generales</b>							
1	¿Se encuentran identificados los procesos del sistema?	0	X	2	3	4	<p>Se tienen documentados los procedimientos de las unidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Partos</li> <li>• Puerperio</li> </ul> <p>El 22.2% de las unidades se encuentran documentadas.</p> <p>Sin embargo, no se tiene documentado un manual del proceso de Atención de Parto y Postparto y del Proceso de Atención al Recién Nacido.</p>
2	¿Se identifican y controlan los procesos subcontratados externamente?	0	1	2	X	4	<p>Los servicios que actualmente se tienen subcontratados que tienen relación con el proceso de Atención de Parto y Postparto y el Proceso de Atención al recién nacido son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación (a cargo de Nutrición y Dietas)</li> <li>• Limpieza (a cargo de Servicios Generales)</li> <li>• Vigilancia (a cargo de Servicios Generales)</li> </ul> <p>En los procedimientos de la unidad de Nutrición se detalla la forma de cómo se supervisa el servicio de alimentación Privada (pág. 10) supervisando el ensamblaje y/o distribución de dietas y también se hacen Visitas, recorriendo las instalaciones de la empresa que realiza los alimentos para el Hospital. También esta unidad es la encargada de supervisar al proveedor de formulas lácteas que se utiliza para la elaboración del alimento para el Recién Nacido que lo requiere.</p> <p>Con relación a la vigilancia y la limpieza se han definido procedimientos registrados en el Manual de procedimientos de Servicios Generales evidenciando su identificación y control de los procesos subcontratados externamente.</p> <p>El nivel de cumplimiento de la identificación y control de los procesos subcontratados es de 75%.</p>
<b>4.2 Requisitos de la documentación</b>							
<b>4.2.1 Generalidades</b>							

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
3	¿Existe un documento de política de calidad?	0	X	2	3	4	<p>No se tiene un documento con una Política de calidad documentada del Hospital propiamente. No se ha adaptado a la situación específica de la institución. El nivel de cumplimiento como base para el documento de calidad es aproximadamente de 15%.</p> <p>Sin embargo se cuenta con lineamientos generales, en relación a la calidad en los hospitales siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Política Nacional de Salud: La Política Nacional de Salud, tiene como premisa que la salud es un derecho de todos y está dirigida a garantizar <i>altos niveles de calidad</i>, a través del mejoramiento permanente en la atención.</li> <li>• Programa de mejoramiento continuo de la calidad elaborada por un equipo técnico de la Dirección Nacional de Hospitales: En este documento se establecen las premisas que debe garantizar el programa según lo que la Política Nacional de Salud establece en relación a la calidad.</li> </ul>
4	¿Existe un documento de objetivos de calidad?	0	1	2	X	4	<p>No se cuenta con un documento donde se establezcan los objetivos de calidad propios del HNEM.</p> <p>Sin embargo se cuenta con los objetivos relacionados a la calidad que fueron establecidos por la Dirección Nacional de Hospitales en el "Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad". Estos objetivos son los que sirven de guía a la Unidad Organizativa de la Calidad. Y junto con líneas estratégicas del plan quinquenal permiten formular objetivos y actividades en pro del mejoramiento de la calidad, entre las líneas estratégicas de las que se han definido objetivos de calidad esta:</p> <p>a) La líneas estratégica 3: Fortalecer la prestación de servicios a la red Salud, y en el objetivo se ha definido la supervisión y monitoreo de los 28</p>

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN				RESULTADOS	
						<p>estándares de calidad materno perinatales y para cumplir el objetivo antes mencionado se establece la realización de reuniones mensuales para evaluar los estándares de calidad.</p> <p>b) De la línea estratégica 4: “Regular políticas hospitalarias que mejore la Calidad de atención”, también se ha establecido un objetivo orientado a la calidad: “Evaluar los procesos de atención hospitalarias de la mejora continua de la calidad en la atención de las usuarias” y la actividad que se especificó para cumplir ese objetivo es el la Elaboración del Plan Anual Operativo y la Memoria de Labores</p> <p>c) De la línea estratégica 6: Desarrollo integral del Recurso Humano se ha definido como objetivo “Fomentar la política de cultura de calidad y seguridad del paciente”, y “Capacitar sobre la metodología de calidad y programas de las 5S” por medio de talleres de capacitación sobre calidad e indicadores.</p> <p>Todos estos objetivos están especificados en la Planificación Anual Operativa de la Unidad Organizativa de la Calidad ejecutándose en un 75%.</p>	
5	¿Existe un manual de calidad?	0	X	2	3	4	<p>No se cuenta con un manual de calidad debidamente documentado, que se apegue a la norma.</p> <p>Pero se cuenta con ciertos elementos tales como los lineamientos técnicos establecidos por la Dirección Nacional de Hospitales relacionada con la Mejora Continua de la Calidad, Manuales de Funciones y de organización de la mayoría de las unidades; así como de Manuales de Procedimientos de las unidades administrativas. Un detalle importante de resaltar es que dichos documentos no se encuentran reunidos en un solo archivo; sino que están de manera independiente, no teniendo en algunos casos el conocimiento de su existencia y su aplicación en las unidades respectivas.</p>

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
							Todo esto mencionado anteriormente constituye la base en un 5% al manual de calidad.
6	¿Existen procedimientos documentados exigidos por la norma y necesarios para el desarrollo del sistema?	0	X	2	3	4	No se cuenta con todos los procedimientos documentados exigidos por la norma, solamente las unidades administrativas, el servicio de partos y puerperio (no revisados ni aprobados) cuentan con manuales de procedimientos; pero algunos de ellos necesitan de su actualización debido a que se ha cambiado la forma de realizar las actividades y se han creado nuevas leyes que regulan la forma de proceder en circunstancias puntuales. Por lo tanto el nivel de cumplimiento actual es aproximadamente del 22.2%
<b>4.2.2 Manual de la calidad</b>							
7	¿El manual incluye el alcance del sistema de gestión de la calidad?	X	1	2	3	4	No se cuenta con un manual de calidad apegado a la norma para revisión.
8	¿El manual incluye las exclusiones del apartado 7 y su justificación?	X	1	2	3	4	No se cuenta con un manual de calidad apegado a la norma para revisión.
9	¿El manual incluye o cita a todos los procedimientos documentados?	X	1	2	3	4	No se cuenta con un manual de calidad apegado a la norma para revisión. Y no se han citado todos los manuales de procedimientos con los que cuenta el hospital.
10	¿El manual de calidad incluye la interacción de los procesos?	X	1	2	3	4	No se cuenta con un manual de calidad apegado a la norma para revisión. Y es necesario identificar la relación de los procesos que el hospital ejecuta.
<b>4.2.3 Control de los documentos</b>							
11	¿Existe un procedimiento documentado para el control de documentos?	X	1	2	3	4	No existe un procedimiento para el control de la documentación, el 0% de los documentos se encuentran documentados bajo un procedimiento.
12	¿Existe una metodología documentada adecuada para la aprobación de	X	1	2	3	4	No se cuenta con una metodología documentada. En la práctica se realiza en tres pasos la aprobación de documentos relacionados con los procedimientos de los servicios prestados:

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
	documentos?						<p>1° Se realiza una revisión en la unidad de planificación, en consulta conjunta con los jefes de las unidades médicas que proporcionan los servicios.</p> <p>2° Se realiza un análisis del marco legal en jurídico.</p> <p>3° La dirección aprueba los documentos.</p>
13	¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de aprobación?	X	1	2	3	4	No se cuenta con una metodología bajo la cual comparar. Pero los pasos mencionados en el requisito anterior son seguidos a cabalidad para la aprobación de los documentos.
14	¿Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos?	X	1	2	3	4	<p>No existe una metodología documentada para la revisión y aprobación de los documentos. Se realizan revisiones a los documentos, pero sin una metodología específica a seguir.</p> <p>Lo que en la práctica se realiza, consiste en que los jefes de las unidades médicas al identificar la necesidad de un cambio en los procedimientos o formatos, elaboran una solicitud formal por escrito del cambio requerido.</p> <p>Se realiza una valoración por parte de la Unidad de Planificación, a fin de determinar si aplica o no el cambio. Sin embargo no se tienen identificados criterios formales para valorar si los cambios solicitados son válidos.</p>
15	¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de revisión y actualización?	X	1	2	3	4	No se tiene una metodología formal bajo la cual comparar.
16	¿Existe una metodología documentada adecuada para la identificación de los cambios de los	X	1	2	3	4	No se cuenta con una metodología documentada para identificar los cambios de los documentos y el estado de vigencia de los mismos.

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
	documentos y el estado de la versión vigente?						
17	¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de identificación de cambios y estado de revisión?	X	1	2	3	4	No se cuenta con una metodología formal, bajo la cual comparar este aspecto.
18	¿Existe una metodología documentada adecuada para la distribución de los documentos que los haga disponibles en los puestos de trabajo?	X	1	2	3	4	No se tiene una metodología documentada para la distribución de los documentos.  En la práctica, una vez los documentos son aprobados por la Dirección. Se envía un memorándum a los jefes de las unidades médicas junto a una copia de los documentos a distribuir, estos firman a su vez de recibido dicho memorándum.
19	¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de distribución de documentos?	X	1	2	3	4	No se tiene una metodología documentada bajo la cual comparar, si se cumple siempre con ella.
20	¿Los documentos son legibles e identificables?	0	X	2	3	4	Los manuales de procedimientos cuentan con: código, nombre, servicio, versión y fecha. Sin embargo los formularios utilizados para control de los servicios brindados, no tienen un manejo de versiones, ni identificadores de los mismos, evaluando que el nivel de legibilidad e identificación es del 25%.
21	¿Se han identificado documentos de origen externo y se controlan y distribuyen adecuadamente?	0	1	2	3	X	Se tienen identificados los Lineamientos Técnicos proporcionados por el MINSAL, para su respectiva distribución. Se lleva un control de la distribución vía memorándum, con firma y sello de recibido por parte de los jefes de las unidades médicas dando un nivel de cumplimiento del 100%.
22	¿Existe una metodología adecuada para evitar el uso de documentos obsoletos?	X	1	2	3	4	No se cuenta con una metodología documentada para evitar el uso de documentos obsoletos. Incluso se dan ocasiones en que se encuentran formularios obsoletos en uso.
23	¿Los documentos obsoletos han sido	X	1	2	3	4	No se tiene una metodología con la que se pueda comparar.

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
	tratados según la metodología definida?						
24	¿Los listados de documentos existentes se encuentran correctamente actualizados?	X	1	2	3	4	No se tiene un inventario de documentos actualizados, los documentos son administrados por los jefes de las diferentes unidades, debido a la ley de transparencia los manuales de organización, funciones y procedimientos entre otros han sido enviados a la unidad Jurídica para ser incorporado a la sección de transparencia del sitio Web. <a href="http://www.salud.gob.sv/index.php/marco-normativo">http://www.salud.gob.sv/index.php/marco-normativo</a> .
<b>4.2.4 Control de los registros</b>							
25	¿Existe un procedimiento documentado para el control de los registros?	X	1	2	3	4	No se ha definido el procedimiento para el control de los registros tales como informes de auditoría del SGC, la calibración de equipos de medición y prueba, inspecciones, pruebas, certificaciones y concesiones permitiendo que la Institución garantice que es capaz de demostrar la eficacia de su SGC.
26	¿Existe una metodología para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de los registros?	X	1	2	3	4	No se tiene una metodología con la cual comparar. Los registros de inspecciones de estándares, entre otras actividades son elaborados digitalmente pero no se ha definido una metodología para identificarlas, protegerlas, recuperarlas y tenerlas siempre disponibles.
27	¿Los registros revisados cumplen con esta metodología?	X	1	2	3	4	No se tiene una metodología con la cual comparar.
28	¿El procedimiento describe la conservación y protección de registros en formato digital?	X	1	2	3	4	No se cuenta con reglas para la conservación en formato digital y su respectiva protección.
29	¿Se realizan copias de seguridad de los registros informáticos?	X	1	2	3	4	No se hace de manera formal, existe capacidad instalada en informática para respaldar información, pero no hay reglas que regulen el tipo de documentos a respaldar, ni el periodo para realizar el respaldo.

Calificación	0	1	2	3	4
Total de X	21	5	0	2	1
Multiplicado por	*0	*1	*2	*3	*4
Total por Calificación	0	5	0	6	4
Suma total de puntos obtenidos (ST)	15				
Resultado (suma total entre mayor puntaje posible) (97/ 116 ) %	12.93%				

### 5.6.2. Resultados del Apartado Responsabilidad de la Dirección

Tabla: Personas que proporcionó la evidencias para los requisitos del apartado 5 de la Norma ISO 9001:2008

APARTADO DE LA NORMA	PERSONA QUE PROPORCIONÓ LA EVIDENCIA Y PUESTO.
<b>5.1 Compromiso de la Dirección</b>	UOC, RRHH, UFP, UFI, UI, DM, U Patrimonio
<b>5.2 Enfoque al Cliente</b>	UOC, UP, Alta Dirección
<b>5.3 Política de Calidad</b>	UOC
<b>5.4 Planificación</b>	UOC, UP
<b>5.5 Responsabilidad, Autoridad y Comunicación</b>	UP, UOC, UFP
<b>5.6 Revisión por la dirección</b>	UOC

Calificación:

Calificación	Descripción
0	Prácticamente no se cumple
1	Se cumple parcialmente(en ocasiones puntuales)
2	Se cumple generalmente(en la mayoría de los casos)
3	Se cumple sistemáticamente y en casi todas las áreas.
4	Se cumple siempre y de forma total, y se es un ejemplo para el sector.



N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN				RESULTADOS	
<b>5.1 Compromiso de la dirección</b>							
1	¿Se comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos del servicio brindado al paciente, (requisitos médicos y legales)?	0	X	2	3	4	La importancia de satisfacer los requisitos está presente a nivel directivo, mensualmente se reúnen para tratar temas relacionados con la calidad; pero no se observó evidencia que sustente que se comunica con los niveles operativos dicha necesidad.
2	¿Se ha establecido la política de la calidad?	0	1	X	3	4	<p>La Dirección Nacional de Hospitales ha establecido una política de calidad que se debe implementar en todos los hospitales según el nivel al que pertenezcan, por lo que se le atribuye un 50% de cumplimiento de establecimiento de la política, ya que es la única que se aplica.</p> <p>Doc.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Programa para el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios Hospitalarios</b> (pág. 9, Premisas de la Política Nacional de Salud en relación a la calidad: La Dirección Nacional de Hospitales, en adelante DNH, debe garantizar que en lo concerniente a la calidad, se cumpla lo siguiente con el programa: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es adecuado al propósito de la organización (Visión).</li> <li>▪ Incluye el compromiso de cumplir con los requisitos y mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.</li> <li>▪ Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.</li> <li>▪ Es comunicado y entendido dentro de la organización.</li> <li>▪ Es revisado para su continua adecuación.</li> <li>▪ La política de calidad de la Institución, debe ser ampliamente conocida por todos y asegurar que se les informe y detalle al personal nuevo sea, técnico o administrativo, acerca de su contenido</li> </ul> </li> <li>- <b>Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de</b></li> </ul>

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
							<p><b>las RIISS</b>  <p>(pág. 7, Política Nacional de Salud:  N° 2 Rectoría y formulación de política y planes de salud:  2.3. Mejorar y controlar la calidad en todos los niveles del sistema de salud estableciendo las normativas y los instrumentos de monitoreo y evaluación.)</p> <p>Ambos documentos han sido creados por El Comité Nacional de Calidad Hospitalarios para ser implementados en los hospitales de la RIISS.</p> </p>
3	¿Se asegura el establecimiento de los objetivos de la calidad?	0	1	2	X	4	<p>Los objetivos de calidad se han definido en el Plan Anual Operativo de la Unidad Organizativa de la Calidad y se formulan en repuesta a las líneas estratégicas emanadas de la Política Nacional de Salud. De estos objetivos se definen metas, actividades, indicadores por controlar y se calendarizan de ser necesario. La UOC es la encargada en cada hospital de velar por la calidad en el servicio, y entre sus responsabilidades está el formular los objetivos de calidad que se buscarán cumplir en el año de trabajo de las instituciones dando un nivel de cumplimiento del 80%.</p>
4	¿Se llevan a cabo revisiones del sistema de calidad?	0	1	2	X	4	<p>La Unidad Organizativa de la Calidad (en adelante UOC) se reúne mensualmente y se registra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las actividades realizadas en la reunión.</li> <li>▪ Actas de reunión.</li> <li>▪ Informes de la dirección.</li> </ul> <p>Para las revisiones de la gestión de la calidad se posee:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Base de datos de Mejora Continua de la calidad.</li> <li>✓ Instrumentos de recolección de datos.</li> <li>✓ Bancos de proyectos por cada estándar.</li> </ul>
5	¿Se asegura la disponibilidad de los recursos necesarios: Humanos, instalaciones y	0	1	2	X	4	<p>Cada jefe de unidad manda entre el mes de Noviembre y Diciembre el Stock de insumos y equipos necesarios para realizar el servicio del siguiente año. También se</p>

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN	RESULTADOS
	equipos?		<p>envía una nota con las necesidades del siguiente año, (presupuesto en términos monetarios). En el transcurso del año cuando se identifique la necesidad de insumos o equipo se envía una solicitud de compra con el propósito de que aprueben y emitan una orden de compra en relación con los recursos disponibles. Las probabilidades de aprobar una compra de insumos o equipos en el segundo semestre del año son del 25%.</p> <p>La disponibilidad de los recursos disponibles se garantiza por medio de:</p> <p><b>Recursos Humanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Reclutamiento y Selección del Personal.</li> <li>-Planillas.</li> <li>-Control de la Asistencia.</li> <li>-Evaluación del Desempeño.</li> <li>-Nombramiento y contratación del Personal.</li> <li>-Unidad de Adquisiciones y Contrataciones.</li> <li>-Actualización de Sistemas.</li> <li>-Inducción del Personal.</li> </ul> <p><b>Unidad de Formación Profesional y Comunicaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Plan de Capacitaciones Anual.</li> <li>-Avance de Capacitaciones.</li> </ul> <p><b>Unidad Financiera</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Recepción de documento con solicitud de compra.</li> <li>-Asignación de cifrado presupuestario.</li> <li>-Envío a UACI (Adjudicado).</li> <li>-Revisión de techo asignado por rubro (en los casos que no se cuente con los fondos para ejecutar dicha compra).</li> <li>-Responder a solicitud.</li> </ul> <p><b>Unidad de Informática</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Manual de procedimientos.</li> <li>-Manual de organización y funciones de la UI.</li> <li>-Reglamento sobre el uso y cuidado de los recursos informáticos.</li> </ul> <p><b>Departamento de mantenimiento</b></p>

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN				RESULTADOS	
						<p>-Manual de mantenimiento preventivo planificado (protocolos) (están desactualizados y no se utilizan) (No tienen repuestos necesarios para realizar mantenimiento preventivo, falta de recursos de papelería, falta de comunicación y responsabilidades, problemas con rotación en compras, no hay mantenimiento predictivo, falta personal, asignación de tareas de otras áreas).</p> <p><b>Unidad de patrimonio</b></p> <p>-Plan de trabajo de la unidad de patrimonio -Normas técnicas de control por el MINSAL -Norma técnica de control específico del Hospital Nacional de Maternidad.</p> <p>Las fortalezas, oportunidades, debilidades, y amenazas son establecidas en el <b>Plan Estratégico Quinquenal 2009-2014</b> del hospital.</p>	
<b>5.2 Enfoque al cliente</b>							
6	¿Se asegura la determinación de los requisitos, tanto médicos como legales, del servicio recibido por los pacientes?	0	1	X	3	4	<p>La alta dirección posee documentos donde se detallan los servicios que el Hospital brinda, estos documentos se llaman <b>Ofertas de servicios (de cada unidad)</b>. En este documento se especifica el área de aplicación, nombre del servicio, descripción del servicio, los requisitos generales, la dirección física donde se brinda el servicio, los horarios de atención y el tiempo de respuesta.</p> <p>Requisitos legales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Carta Iberoamericana.</b></li> <li>-<b>Ley de Ética.</b></li> <li>-<b>Ley de Transparencia.</b></li> <li>-<b>Ley de Acceso a la Información Pública.</b></li> <li>-<b>Ley Lepina.</b></li> <li>-<b>Reglamento General de Hospitales.</b></li> <li>-<b>Derechos de la mujer embarazada.</b></li> <li>-<b>Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.</b></li> <li>-<b>Ley Especial Integral para una Vida libre de violencia para las Mujeres</b></li> <li>-<b>Ley de Igualdad y Equidad y</b></li> </ul>

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN				RESULTADOS	
						<p><b>erradicación de la discriminación contra la mujer.</b></p> <p>No se cuenta con un documento que identifique la necesidades de los pacientes (ni en el hospital ni en el MINSAL)</p> <p>La opinión de los pacientes se hace por medio de encuestas hechas por la Unidad de Planificación y las entrevistas de Trabajo Social.</p> <p>Se está iniciando la Propuesta de intervención de calidad en la atención al ciudadano a nivel Nacional. Por lo que el aseguramiento de la determinación de los requisitos médicos y legales se aproxima a un 50%.</p>	
7	¿Se asegura que se analice la información relativa a la satisfacción del paciente?	0	1	X	3	4	<p>No está documentada la planificación de las encuestas de satisfacción del paciente pero se espera que se incluya en la PAO de la Unidad de Planificación del siguiente año (2013).</p> <p>La encuesta está enfocada hacia los servicios en Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización.</p> <p>Documentos sobre las encuestas.</p> <p><b>Resultado de encuestas de emergencia.</b></p> <p><b>Resultado de encuestas de servicios de hospitalización.</b></p> <p><b>Resultado de encuestas de consulta externa.</b></p> <p><b>La información relativa al paciente se analiza en los siguientes grupos:</b></p> <p><b>Análisis de encuesta 2012 de emergencia.</b></p> <p><b>Análisis de encuesta 2012 de servicios de hospitalización.</b></p> <p><b>Análisis de encuesta 2012 de consulta externa.</b></p> <p>A nivel del MINSAL se cuenta con un proyecto de creación de la Unidad de atención de calidad al ciudadano el cual quiere implementarse en este año</p> <p>Actualmente se cuenta con la Oficina de</p>

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
							<p>derecho a la salud, en la que se vigila la atención al ciudadano con la recepción de inconformidades, quejas o denuncias de los pacientes.</p> <p>Se ha iniciado mediciones para determinar los tiempos de espera.</p> <p>Para realizar informes de malas praxis se realizan reuniones con la dirección y el personal involucrado.</p>
<b>5.3 Política de la calidad</b>							
8	¿Se asegura la coherencia de la política de la calidad con la realidad del Hospital?	0	1	X	3	4	<p>La política de la calidad que se toma como referencia en el hospital es la definida por la Dirección Nacional de Hospitales, adaptándola a la realidad del hospital mismo.</p> <p>Pero no se cuenta con una política propia institucional totalmente adaptada al hospital.</p> <p>Se tiene una estructura organizativa que permite la consecución de la política y el cumplimiento de los lineamientos emanados desde el MINSAL.</p> <p>La organización es la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vice-ministerio de Salud.</li> <li>▪ Dirección Nacional de Hospitales (apoyados por el Comité Nacional de Calidad Hospitalaria)</li> <li>▪ (30) Directores de Hospitales</li> <li>▪ (30) Unidad Organizativa de la Calidad</li> <li>▪ Círculos de calidad (para hacer intervención en cada hospital)</li> </ul>
9	¿Existe un compromiso de mejorar continuamente el sistema de Gestión de Calidad?	0	1	2	X	4	<p>Este documentos es un esfuerzo por la mejora de la calidad en los servicios ofertados por el Hospital, aun no se cuenta con un sistema de gestión de la Calidad propiamente dicho; pero si se gestiona la calidad en la institución y existe un compromiso de mejorar dicha gestión como muestra de ello es la creación de la UOC y un representante de la Dirección encargado de la Calidad de la Institución.</p> <p>Documentos:</p>

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
							<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ PAO del Hospital de Maternidad</li> <li>✓ Plan Quinquenal 2009-2014</li> <li>✓ Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIISS.</li> </ul> <p>El compromiso de mejorar la gestión de calidad por parte de la Unidad Organizativa está enfocado al 100%, ya que todos los recursos de la unidad están destinados a la gestión del mismo.</p>
10	¿Se asegura que los objetivos de la calidad están de acuerdo a las directrices de la política?	0	1	2	3	X	<p>Se garantiza que los objetivos de calidad vayan acorde a la política de calidad establecida por la DNH por medio de reuniones de análisis de FODA y revisión de avance del plan quinquenal por el Comité de Gestión.</p> <p>Documento: <b>Manual de funciones del Comité de Gestión</b></p> <p>Se han definido los objetivos de calidad en la PAO de la UOC y se implementan acciones para mejorar la calidad en el servicio a través de las reuniones de análisis, etc.</p>
11	¿Se asegura que la comunicación de la política es adecuada y se evidencia que es entendida por el personal del Hospital?	X	1	2	3	4	<p>Para difundir la política se realizan socializaciones a jefaturas de cada unidad pero no se encuentran evidencias de que se conozca la política en toda la institución.</p> <p>De los 20 empleados entrevistados el 100% desconoce la política de calidad del Hospital.</p>
12	¿Se asegura la documentación de la metodología para la revisión de la política y se evidencia esta revisión?	0	X	2	3	4	<p>No hay manual al respecto. Y no se ha definido una metodología por escrito. En las reuniones se analizan el avance de la calidad y para ello se requiere de las memorias de labores e informe de avance de los objetivos definidos a inicio del año por lo que se considera una base del 25% para la metodología de la revisión de la política.</p> <p>Documento de evidencia de la revisión de la política de calidad: <b>Libro de Actas de Sala de Reuniones de la Dirección.</b></p>

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN				RESULTADOS	
<b>5.4 Planificación</b>							
<b>5.4.1 Objetivos de la calidad</b>							
13	¿Existe un compromiso de cumplir con los requisitos del servicio brindado al paciente?	0	X	2	3	4	<p>Se realizan reuniones mensuales de análisis y evaluación de los estándares de calidad y de los ciclos PHVA. Los participantes de las reuniones son Alta dirección, UOC y Comités de apoyo.</p> <p>Documento:  <b>Libro de actas</b>  <b>Cartas de compromiso.</b></p> <p>Se realizan investigaciones de nivel de cumplimiento del Programa de Mejora Continua de la Calidad y el cumplimiento de estándares cada 6 meses por el Comité Nacional de Calidad Hospitalario, pero aún no se percibe un compromiso de todo el personal, únicamente del 25% por cumplir con los requisitos del servicio brindado.</p>
14	¿Se asegura que los objetivos se han fijado en funciones y niveles pertinentes dentro del hospital, de manera que ofrezcan una mejora continua de la organización?	0	1	2	3	X	<p>Se han definido objetivos por cada líneas estratégicas (emanadas de la Política Nacional de Salud) que guían las actividades que se realizarán anualmente con el propósito de darles cumplimiento</p> <p>En El Plan Anual Operativo que se realiza para cada nivel jerárquico, se establecen objetivos acordes a la situación propia de cada servicio, por ejemplo que estén relacionados con producción, calidad, atención al paciente.</p>
15	¿Se asegura que los objetivos son medibles y están asociados a un indicador?	0	1	2	X	4	<p>Dentro del Plan Anual Operativo. Existen objetivos estratégicos basados en el Plan Estratégico, Plan Quinquenal del Hospital y existen los objetivos operativos que son los que plantean cada uno de los jefes de los servicios.</p> <p>Una estrategia puede estar relacionada con una serie de objetivos. Por cada objetivo existen actividades, indicadores y un cronograma del cumplimiento de la misma.</p>
16	¿Se asegura que los objetivos se encuentran desarrollados en planes de actividades para su	0	1	2	X	4	<p>En los Planes Anuales Operativos de cada uno de los Servicios se desglosan en planes de actividades que permiten medir el cumplimiento del objetivo y las</p>



N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
	cumplimiento?						medidas a aplicar según los resultados obtenidos. La Unidad de Planificación es la encargada de establecer la forma de realizar las PAOs y es la que integra cada una de las PAO del Hospital, agrupando los objetivos y metas propuestas por todas las unidades en un solo documento que será de referencia para los avances y logros del Hospital.
16	¿Se asegura que se encuentran definidos los recursos, las fechas previstas y responsabilidades para las actividades del plan de objetivos?	0	1	2	X	4	Dentro del PAO existe una sección con un cronograma para cada uno de los indicadores con los recursos a utilizar y las responsabilidades del mismo.
18	¿Los objetivos evidencian mejora continua respecto a valores de periodos anteriores?	0	1	X	3	4	La mejora se evidencia por medio de una evaluación semestral y anual del cumplimiento de los objetivos y sus respectivos indicadores.
19	¿Las actividades de los objetivos y el seguimiento de los mismos se están realizando según lo planificado?	0	X	2	3	4	Se realiza una evaluación semestral y anual para las actividades de los objetivos. Actualmente no se ha finalizado la evaluación del primer semestre. En algunas de las actividades se han visto desfases según las fechas planificadas incluyendo las reuniones de informe de avances. Las actividades de seguimiento se han iniciado este año por lo que no se cuenta con estadísticas anteriores.
<b>5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad</b>							
20	¿Se realizan planes para el personal (admisión, formación, desarrollo, etc.) evaluando el rendimiento y las necesidades de desarrollo de todas las personas?	0	1	2	X	4	La unidad de Recursos Humanos es la encargada de la admisión del personal se tienen los procedimientos de contratación e inducción al puesto de trabajo. La Unidad de Formación del Personal es el encargado de la formación de todo el personal (Ver resultados de Apartado 6). Una de las líneas estratégicas contempladas en la Plan Estratégico Quinquenal 2009-2014 se tiene el desarrollo del Recurso Humano. En el PAO se ha definido como acciones

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
							<p>la realización de reuniones para evaluar y analizar los 28 estándares (100%), y se presenta a la dirección proponiendo acciones de mejora teniendo un alcance de las instituciones de primer o segundo nivel, realizándose capacitaciones semanales a doctores del Hospital y de las instituciones de la RIISS que lo requieran, con el propósito de mejorar el servicio realizado por el Hospital de Maternidad</p> <p>Documentos:  <b>Actas de reuniones con alta dirección</b>  <b>Perfil de capacitaciones</b>  <b>Lista de asistencia a capacitaciones</b></p>
21	¿Se revisan de forma sistemática los planes comparando resultados con objetivos e implicando a todos los afectados en los cambios necesarios?	0	1	2	X	4	Cada uno de los jefes realiza la revisión semestralmente de los resultados, planteando objetivos en base a las debilidades encontradas e involucrando a los afectados.
<b>5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación</b>							
<b>5.5.1 Responsabilidad y autoridad</b>							
22	¿Se asegura la definición de los cargos o funciones del Hospital en un organigrama y fichas de puesto?	0	1	X	3	4	Mediante el Manual de Organizaciones y Funciones de cada unidad y el organigrama general.
23	¿Se asegura la documentación de las responsabilidades de cada puesto de trabajo referidas para el sistema de gestión de la calidad?	0	1	2	X	4	Si, los jefes de cada uno de los servicios lo realizan actualizándolo en los libros de manejo de cada servicio. Además el MINSAL provee el Manual Descriptivo de Clases en el que se dan a conocer las funciones del personal.
24	¿Se asegura la adecuada comunicación de las responsabilidades a cada uno de los empleados del hospital?	0	1	2	X	4	Por medio del Manual de Funciones de cada servicio en el momento en el que se es contratado o cuando el personal es transferido de puesto.
<b>5.5.2 Representante de la dirección</b>							
25	¿Se encuentra documentada la asignación del representante de la dirección a algún cargo o	0	1	2	3	X	La dirección del Hospital ha definido como representante para que gestione la calidad a uno de los empleados, colocándolo en el puesto de jefe de la UOC.

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
	puesto del Hospital para que administre el Sistema de Gestión de Calidad?						<p>El nombramiento se respalda en los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Resolución razonada 31/2012</li> <li>✓ Resolución razonada 18/2012</li> <li>✓ Solicitud de funciones del personal de la UOC</li> <li>✓ Memorándum de Nombramiento</li> </ul>
26	¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo el representante de la dirección se incluye el aseguramiento del establecimiento, implementación y mantenimiento de los procesos del sistema?	X	1	2	3	4	Por ser una Unidad creada este año (2012) está iniciando la gestión del aseguramiento, establecimiento, implementación y mantenimiento de los procesos.
27	¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo del representante de la dirección se incluye la de informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema y de las necesidades de mejora?	X	1	2	3	4	Por ser una Unidad creada este año (2012), aun no se ha elaborado el manual de funciones.
28	¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de asegurarse de la promoción de la toma de conciencia de los requisitos del servicio brindado a los paciente?	X	1	2	3	4	Por ser una Unidad creada este año (2012), aun no se ha elaborado el manual de funciones.
29	¿Existen evidencias documentadas del cumplimiento de las responsabilidades del representante de la dirección?	0	1	2	X	4	<p>No se tienen definidas las funciones del representante de la dirección pero se han tomado como modelos las responsabilidades de los jefes de las unidades y el cumplimiento de ellas se confirman en el documento:</p> <p><b>Avance de la PAO de la UOC 2012</b></p>
<b>5.5.3 Comunicación interna</b>							

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
30	¿Se encuentra evidencia de procesos de comunicación eficaces para el correcto desempeño de los procesos?	X	1	2	3	4	No existen documentación formal de comunicación interna (únicamente los memorándums), esta realiza de forma verbal (costumbre y cultura).
<b>5.6 Revisión por la dirección</b>							
<b>5.6.1 Generalidades</b>							
31	¿Se encuentran definidas la frecuencia de realización de las revisiones del sistema?	0	1	2	3	X	El Comité Nacional de Calidad hace monitoreo cada 6 meses y determina el nivel de cumplimiento del Programa de mejora continua de la calidad en los servicios Hospitalarios.
32	¿Se incluye en el registro de informe de revisión, el análisis de oportunidades de mejora, la necesidad de cambios en el sistema y el análisis de la política y los objetivos de la calidad?	0	1	2	X	4	<p>Como resultado del monitoreo se realiza un informe con los resultados encontrados del análisis y de las oportunidades de mejora para que sean revisados por la dirección del Hospital y definir acciones de mejora.</p> <p>Documento:  <b>Instrumento para el monitoreo hospitalario</b>  <b>Partes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Organización de la UOC, responsables.</b></li> <li>▪ <b>Análisis FODA</b></li> <li>▪ <b>Evaluación de la metodología MCC</b></li> </ul> <p><b>Respaldados por (libro de actas e Instrumentos de verificación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Evaluación de los estándares de calidad</b></li> <li>▪ <b>Verificación de los datos consignados en la base de datos hospitalaria.</b></li> </ul> <p>El análisis de la política y los objetivos de calidad no le competen a la institución sino a la Dirección Nacional de Hospitales.</p>
33	¿Se identifican y mantienen los registros de la revisión por la dirección?	0	1	2	X	4	<p>Hay reuniones mensuales de análisis y evaluación de los estándares de calidad y los ciclos PHVA (28 estándares)</p> <p>La reunión es realizada por la UOC, los comités de apoyo y la alta dirección</p> <p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Libros de actas con acuerdos de los que resultan compromisos o</b></li> </ul>

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
							<p><b>planes de acción.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Cartas de compromiso.</b></li> </ul>
<b>5.6.2 Información de entrada para la revisión</b>							
34	¿Se solicitan los resultados de las auditorías internas para realizar la revisión del sistema?	0	1	X	3	4	Luego del monitoreo realizado por el Comité Nacional de Calidad, deja copias de las auditorías realizadas al cumplimiento de los lineamientos del MINSAL.
35	¿Se solicitan los resultados de satisfacción de los pacientes y sus reclamos para realizar la revisión del sistema?	X	1	2	3	4	<p>No se cuenta con una metodología documentada ni implementada para medir la satisfacción de los pacientes y retroalimentar la revisión de la gestión de la calidad.</p> <p>Sin embargo el Ministerio de Salud, realiza por medio de Servicio Social encuestas a las pacientes. Pero no es algo sistematizado y se realiza de manera eventual.</p> <p>Actualmente la UOC está diseñando un proyecto para la implementación de una “Unidad de calidad de atención al ciudadano”, en cuyas funciones estaría la medición de la satisfacción de los pacientes.</p>
36	¿Se solicita el informe de indicadores de desempeño de cada uno de los procesos para realizar la revisión del sistema?	0	1	2	3	X	El resultado de los indicadores que monitorea el Comité Nacional de Calidad, forma parte del informe.
37	¿Se solicita el estado de las acciones correctivas y preventivas para realizar la revisión del sistema?	0	1	2	3	X	El Informe cuenta con el estado de las acciones tomadas relacionadas con las observaciones de la auditoría anterior.
38	¿Se solicita el informe del análisis de las acciones resultantes de revisiones anteriores?	0	1	2	3	X	El análisis establecido consiste en establecer “Las diferencias que hay entre el estándar de atención y las prácticas actuales” junto con las acciones o cambios a tomar. En esto se incluyen el estado de las acciones resultantes de las revisiones anteriores.
39	¿Se identifican los cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad, al	0	1	X	3	4	En ocasiones a las fallas encontradas en la auditoría de los estándares se acompañan de “cambios propuestos o ideas de cambio”, a las cuales se les debe

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
	momento de realizar la revisión del sistema?						<p>dar cumplimiento para superar los fallos encontrados.</p> <p>Sin embargo estas van orientadas no a analizar cambios posibles a sistema establecido por la DNH, si no únicamente a mejorar las practicas actuales para darle cumplimiento a los lineamientos.</p>
40	¿Se solicitan las recomendaciones para la mejora del sistema, al realizar la revisión del este?	X	1	2	3	4	<p>No se pueden realizar cambios al sistema actual establecido, dado que es responsabilidad del Comité de Nacional de Calidad de la Dirección Nacional de Hospitales la revisión de los lineamientos técnicos actuales relacionados con la calidad.</p> <p>Únicamente se pueden hacer cambios en los servicios prestados para mejorar las prácticas actuales.</p>
<b>5.6.3 Resultados de la revisión</b>							
41	¿El informe de revisión contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad?	0	1	2	3	X	<p>En el informe de revisión de los estándares establecidos por la Dirección Nacional de Hospitales establece:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallos identificados</li> <li>• Causas probables a la brecha</li> <li>• Ideas de cambio para disminuir la brecha</li> <li>• Actividades a realizar.</li> </ul>
42	¿El informe de revisión contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora del servicio brindado a los pacientes?	X	1	2	3	4	<p>No. Únicamente se consideran la mejora de la eficacia de la aplicación de los lineamientos establecidos por la Dirección Nacional de Hospitales.</p>
43	¿El informe de revisión define los recursos necesarios para el desarrollo de estas acciones?	0	1	2	X	4	<p>Únicamente se establecen Responsables y fechas de cumplimientos de los cambios que se deben realizar para disminuir la brecha entre los estándares de atención establecidos por la DNH y las prácticas actuales identificadas en la auditoria.</p>

Calificación	0	1	2	3	4
Total de X	8	4	8	15	8
Multiplicado por	*0	*1	*2	*3	*4
Total por Calificación	0	4	16	45	32
Suma total de puntos obtenidos (ST)	97				
Resultado (suma total entre mayor puntaje posible) (97/ 172 ) %	56.40%				

### 5.6.3. Resultados del Apartado Gestión de Recursos

Tabla: Personas que proporcionó la evidencias para los requisitos del apartado 6 de la Norma ISO 9001:2008

APARTADO DE LA NORMA	PERSONA QUE PROPORCIONÓ LA EVIDENCIA Y PUESTO.
<b>6.1 Provisión de Recursos</b>	Jefa de Recursos Humanos y Jefe de Unidad Financiera
<b>6.2 Generalidades</b>	Jefe de Recursos Humanos y Jefe de Unidad de Formación Profesional
<b>6.3 Infraestructura</b>	Jefe de cada unidad
<b>6.4 Ambiente de Trabajo</b>	Jefe de cada unidad

Calificación:

Calificación	Descripción
0	Prácticamente no se cumple
1	Se cumple parcialmente(en ocasiones puntuales)
2	Se cumple generalmente(en la mayoría de los casos)
3	Se cumple sistemáticamente y en casi todas las áreas.
4	Se cumple siempre y de forma total, y se es un ejemplo para el sector.



N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
<b>6.1 Provisión de recursos</b>							
1	¿Dispone la organización de los recursos necesarios para mantener el sistema de gestión de la calidad y aumentar la satisfacción del cliente?	X	1	2	3	4	<p>No. El Sistema de gestión de Calidad ha nacido sin apoyo financiero del gobierno. La aplicación en el 2009 estuvo sustentada por apoyo de cooperativistas internacionales que no han continuado con el apoyo al sector salud por la crisis mundial.</p> <p>Cada institución hace el presupuesto en base al existente el cual es deficiente para la realización del servicio.</p> <p>Existe un déficit presupuestario del 19.83%, debido a que el presupuesto definido por el hospital para el año 2012 fue de 17 millones de dólares, sin embargo el ministerio de hacienda solamente aprobó 13,629,450 millones de dólares, por esta razón el hospital se ve obligado a tomar medidas de austeridad no contando con todos los recursos necesarios para aumentar la satisfacción del paciente.</p>
<b>6.2 Recursos Humanos</b>							
<b>6.2.1 Generalidades</b>							
2	¿Existe evidencia de evaluaciones al personal que brinda el servicio en base a educación, formación, habilidades y experiencia, y fichas por cada empleado para demostrar la competencia del mismo?	0	1	2	3	X	<p>Cada 6 meses se realiza una evaluación del desempeño basada en el mérito del personal que permite al final de año para el escalafón.</p> <p>Al contratarse el personal se realiza una evaluación de las habilidades, formación y educación junto con pruebas técnicas psicológicas</p> <p>Documentos:</p> <p><b>Hoja de evaluación de desempeño</b></p> <p><b>Expediente del personal</b></p> <p><b>Proceso de reclutamiento y</b></p>

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
							selección del personal Evaluación cuatrimestre.
	<b>6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia</b>						
3	¿Se encuentra definida la competencia necesaria para cada puesto de trabajo (o perfiles de puestos de trabajo) teniendo en cuenta la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas?	0	1	2	3	X	Por medio del Manual de Descripción de Plazas que los divide en especialidades y sub especialidades.
4	¿Existe un plan de formación o de logro de competencias?	0	1	2	3	X	Existe el Plan Integrado de Capacitaciones en el cual se calendarizan anualmente de acuerdo a la detección de necesidades encontradas al inicio del año.
5	¿Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas?	0	1	2	3	X	La metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas es la Evaluación de las Capacitaciones. Después de la realización de la capacitación se realizan reuniones que permiten la evaluación de cada evento en particular. Se califican una serie de criterios en base a lineamientos establecidos por el MINSAL: Calidad del evento, conocimiento impartido, utilidad de los temas, materiales, alimentación, local. Y se realiza las recomendaciones pertinentes así como el informe con la nota.
6	¿Existen registros de plan de formación, competencia necesaria de cada puesto, ficha de empleado y actos o certificados de formación, o similares?	0	1	2	3	X	Se maneja un listado de los asistentes a cada una de las capacitaciones. Recursos humanos realiza al final de cada año la actualización de datos del personal por medio de un formato establecido en el que los empleados anexan los diplomas o reconocimiento obtenidos. Se está trabajando en una matriz que dé a conocer el personal capacitado. DNC detección de necesidades de capacitación (una ficha para servicio). También existe un proyecto con el Colegio Médico para hacer

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
							acreditaciones al año. El jefe de cada servicio realiza una evaluación del desempeño de los que componen dicho servicio. En base a las flaquezas, necesidades, o debilidades del personal se planean las capacitaciones
7	¿Existe evidencia documentada del cumplimiento de los requisitos de competencia para cada empleado de la organización?	0	1	2	3	X	La Unidad de Recursos Humanos por medio del manual de puestos de la institución y actualización del curriculum vitae de los empleados dependiendo de las capacitaciones o diplomas recibidos.
<b>6.3 Infraestructura</b>							
8	¿Se encuentra identificada la infraestructura necesaria y existente para la realización de los procesos?	0	1	X	3	4	Se han identificado la infraestructura en los Proyectos de calidad: el espacio físico exclusivo de los servicios, los equipos biomédicos, servicios de manejo y evacuación de desechos, servicios de apoyo al diagnóstico. Documento: <b>Informe ejecutivo levantamiento de línea Basal a la ministra de salud.</b>
9	¿Existen planes o rutinas de mantenimiento preventivo para cada uno de los equipos?	0	1	2	3	X	La unidad biomédica posee la planificación del mantenimiento preventivo dependiendo del equipo por medio de un programa que posee la base de datos de todos los equipos del hospital.
10	¿Existen registros de las acciones de mantenimiento correctivo y preventivo realizadas?	0	1	2	3	X	En físico y en digital Documento: <b>Libro de Órdenes de trabajo Hoja en Excel con la ordenes de trabajo</b>
11	¿Existe una metodología definida para la realización de estas tareas de mantenimiento?	X	1	2	3	4	Los protocolos existentes no se utilizan y están desactualizadas Documento: <b>Manual de mantenimiento preventivo planificado (No se utiliza)</b>
<b>6.4 Ambiente de trabajo</b>							
12	Si existen condiciones específicas de trabajo, ¿Se encuentran definidas tales condiciones?	X	1	2	3	4	No, se tienen documentados las condiciones ambientales o físicas específicas bajo las cuales se debe mantener las áreas de atención de:

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
							<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Partos</li> <li>• Quirófano Obstétrico</li> <li>• Puerperio</li> <li>• Cirugía Obstétrica</li> <li>• Cuidados Intensivos del Recién Nacido</li> <li>• Cuidados Intermedios del Recién Nacido</li> <li>• Cuidados Mínimos del Recién Nacido</li> </ul> <p>En la práctica las condiciones de las unidades relacionadas con el "Proceso de Atención del Parto y Post Parto" y con el "Proceso de Atención al Recién Nacido" y se mantienen en base a la experiencia del personal médico y de enfermería.</p>
13	¿Existe evidencias del mantenimiento de estas condiciones específicas de trabajo, en esas unidades?	X	1	2	3	4	No se puede comprobar si se le da mantenimiento, dado que no se cuenta con condiciones definidas bajo las cuales comparar.

Calificación	0	1	2	3	4
Total de X	4	0	1	0	8
Multiplicado por	*0	*1	*2	*3	*4
Total por Calificación	0	0	2	0	32
Suma total de puntos obtenidos (ST)	34				
Resultado (suma total entre mayor puntaje posible)					
(97/52) %	65.38%				

#### 5.6.4. Resultados del Apartado Realización del servicio

Tabla: Personas que proporcionó la evidencias para los requisitos del apartado 7 de la Norma ISO 9001:2008

APARTADO DE LA NORMA	PERSONA QUE PROPORCIONÓ LA EVIDENCIA Y PUESTO.
<b>7.1 Planificación de la Realización del Servicio</b>	Jefes de las Unidades de Neonatología, Partos, Quirófano Obstétrico, Puerperio y Cirugía Obstétrica.
<b>7.2 Procesos relacionados con el Paciente</b>	Jefes de las Unidades de Neonatología, Partos, Quirófano Obstétrico, Puerperio y Cirugía Obstétrica.
<b>7.3 Diseño y Desarrollo</b>	Jefe de Unidad de Planificación y Jefe de División Médica
<b>7.4 Planificación</b>	Jefe de UACI
<b>7.5 Producción y Prestación del Servicio</b>	Jefes de las Unidades de Neonatología, Partos, Quirófano Obstétrico, Puerperio y Cirugía Obstétrica.
<b>7.6 Control de los Equipos de Seguimiento y Medición</b>	Jefe de Unidad de Biomédica

Calificación:

Calificación	Descripción
0	Prácticamente no se cumple
1	Se cumple parcialmente(en ocasiones puntuales)
2	Se cumple generalmente(en la mayoría de los casos)
3	Se cumple sistemáticamente y en casi todas las áreas.
4	Se cumple siempre y de forma total, y se es un ejemplo para el sector.

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
<b>7.1 Planificación de la realización del servicio</b>							
1	¿Dispone la organización de una planificación de los servicios que se brindan teniendo en cuenta los requisitos del paciente? (Los requisitos son las necesidades o expectativas establecidas por las partes interesadas, las obligatorias o las que se consideran implícitas por hábito o práctica común para la organización, sus clientes o partes interesadas. La satisfacción del cliente depende de la percepción de éste sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.)	X	1	2	3	4	<p><b>Neonatología</b> La unidad planifica el servicio documentándolo en el Plan Anual Operativo de Neonatología. Pero no se han definido los requisitos del paciente</p> <p><b>Partos</b> En el Plan Anual Operativo de la Unidad de Partos. Pero no se han definido los requisitos del paciente</p> <p><b>Quirófano Obstétrico</b> En el Plan Anual Operativo de la Unidad de Quirófano Obstétrico. Pero no se han definido los requisitos del paciente</p> <p><b>Puerperio</b> En el Plan Anual Operativo de la Unidad de Puerperio. Pero no se han definido los requisitos del paciente</p> <p><b>Cirugía Obstétrica</b> En el Plan Anual Operativo de la Cirugía Obstétrica. Pero no se han definido los requisitos del paciente</p>
<b>7.2 Procesos relacionados con el paciente</b>							
<b>7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio</b>							
2	¿Se encuentran documentados los requisitos del paciente?	X	1	2	3	4	<p><b>Neonatología</b> No</p> <p><b>Partos</b> No</p> <p><b>Quirófano Obstétrico</b> No</p> <p><b>Puerperio</b> No</p>

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							<b>Cirugía Obstétrica</b> No
<b>3</b>	¿Se han definido requisitos no especificados por el paciente pero propios del servicio?	0	1	X	3	4	<p><b>Neonatología</b> Los requisitos clínicos se han definido como estándares con sus respectivos indicadores en el documento “Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIISS” (estándar 15-16, 18-21) - Norma nacional de atención del Recién Nacido</p> <p><b>Partos</b> Los requisitos clínicos se han definido como estándares con sus respectivos indicadores en el documento “Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIISS” (estándar 6-10, 17).</p> <p><b>Quirófano Obstétrico</b> Los requisitos clínicos se han definido como estándares con sus respectivos indicadores en el documento “Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIISS” (Estándar 6-10).</p> <p><b>Puerperio</b> Los requisitos clínicos se han definido como estándares con sus respectivos indicadores en el documento “Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIISS” (estándar 11-14, 17) - Guía clínica de atención de las principales morbilidades obstétricas en el tercer nivel de atención.</p> <p><b>Cirugía Obstétrica</b> Los requisitos clínicos se han definido como estándares con sus respectivos indicadores en el documento “Lineamientos técnicos</p>

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							de mejora continua de la calidad en hospitales de las RISS” (estándar 11-14) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de cuidado de la paciente</li> <li>- Protocolos de atención de la patologías de Cirugía obstétrica</li> <li>- Protocolos de intervención de enfermeras para el tercer nivel de atención.</li> </ul>
4	¿Se han definido los requisitos legales o reglamentarios del servicio?	0	1	2	X	4	<p><b>Neonatología</b>  Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley LEPINA (Ley de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia)</li> <li>- Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta</li> <li>- Guías clínicas para la atención hospitalaria del Neonato</li> <li>- Manual de organización y funciones del servicio de Neonatología.</li> <li>- Requisitos legales realizados por abogado del servicio.</li> </ul> <p><b>Partos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manual de Organización y Funciones.</li> </ul> <p><b>Quirófano Obstétrico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Requisitos legales realizados por abogado del servicio</li> </ul> <p><b>Puerperio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reglamento interno del hospital.</li> <li>- Manual de organización y funciones del servicio de Puerperio.</li> <li>- Norma técnica de los desechos sólidos</li> <li>- Acuerdo 552.</li> <li>- Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta.</li> <li>- Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al</li> </ul>



REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							<p>recién nacido.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reglamento interno de RRHH de Puerperio.</li> <li>- Requisitos legales realizados por abogado del servicio</li> </ul> <p><b>Cirugía Obstétrica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manual de Organización y Funciones.</li> <li>- Reglamento interno de RRHH de Cirugía obstétrica</li> <li>- Manual administrativo del departamento de enfermería (apartado: Normas de atención de Cirugía Obstétrica)</li> <li>- Requisitos legales realizados por abogado del servicio</li> </ul>
5	¿Existe una metodología definida para la determinación de estos requisitos?	X	1	2	3	4	<p><b>Neonatología</b> No, la mayoría son lineamientos emanados del MINSAL en los que el Hospital no participa para su realización ni aprobación.</p> <p><b>Partos</b> No. Los requisitos son definidos por el MINSAL y el hospital no participa en su realización ni aprobación.</p> <p><b>Quirófano Obstétrico</b> No existe una metodología definida en el Hospital, ya que estos requisitos son determinados por el MINSAL.</p> <p><b>Puerperio</b> No se ha definido una metodología para determinar los requisitos. Los requerimientos con los que se cuentan, son determinados por el MINSAL.</p> <p><b>Cirugía Obstétrica</b> No. Se tiene una metodología para determinar los requisitos.</p>
6	¿Se cumple con los requisitos específicos de la metodología?	X	1	2	3	4	<p><b>Neonatología</b> Debido a que la metodología no se ha definido no se cumplen con los requisitos.</p>

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS				
								<b>Partos</b> No.			
								<b>Quirófano Obstétrico</b> No.			
								<b>Puerperio</b> No.			
								<b>Cirugía Obstétrica</b> No.			
<b>7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio</b>											
<b>7</b>	¿Se encuentra descrita la metodología, momento y responsabilidades para la revisión de los requisitos del paciente?	X	1	2	3	4		<b>Neonatología</b> No.			
								<b>Partos</b> No.			
								<b>Quirófano Obstétrico</b> No.			
								<b>Puerperio</b> No.			
								<b>Cirugía Obstétrica</b> No.			
<b>8</b>	¿Se cumple con los requisitos específicos de la metodología?	X	1	2	3	4		<b>Neonatología</b> No.			
								<b>Partos</b> No.			
								<b>Quirófano Obstétrico</b> No.			
								<b>Puerperio</b> No.			
								<b>Cirugía Obstétrica</b> No.			
<b>9</b>	¿Existe evidencia de la revisión de los requisitos?	X	1	2	3	4		<b>Neonatología</b> No.			
								<b>Partos</b> No.			
								<b>Quirófano Obstétrico</b> No.			
								<b>Puerperio</b> No.			
								<b>Cirugía Obstétrica</b> No.			

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
10	¿Existe una metodología definida para el tratamiento de modificaciones de los requisitos ofertados al paciente?	X	1	2	3	4	<b>Neonatología</b> No. <b>Partos</b> No. <b>Quirófano Obstétrico</b> No. <b>Puerperio</b> No. <b>Cirugía Obstétrica</b> No.
<b>7.2.3 Comunicación con el paciente</b>							
11	¿Existe metodología eficaz para la comunicación con el paciente?	0	1	X	3	4	<b>Neonatología</b> Brindan charlas educativas por las enfermeras a los padres de los RN ingresados. La acción de comunicación con los padres de los RN se planifica en el PAO, y la metodología es una serie de temas predefinidos en los que se han establecido guías de los puntos a tratar junto con la información que necesita conocer el Padre o madre de familia. La programación se realiza cada 2 meses definiendo la persona que dará las charlas <b>Partos</b> No existe una metodología como tal pero si se da la relación médico paciente. <b>Quirófano Obstétrico</b> Se le brinda información previa con el procedimiento, las complicaciones o si se le esterilizará. Después el estado del RN y si se ingresara en Neonato o en alojamiento conjunto. <b>Puerperio</b> - Guía de comunicación a los pacientes. Brindan charlas educativas por las enfermeras a las pacientes ingresadas en puerperio. La acción de comunicación se planifica en el PAO, y la metodología es una serie de temas

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							<p>predefinidos en los que se han establecido guías de los puntos a tratar junto con la información que necesita conocer la paciente. La programación se realiza cada 2 meses definiendo la persona que dará las charlas</p> <p><b>Cirugía Obstétrica</b> No existe una metodología como tal pero si se dan charlas a las pacientes. Y se hace una programación de charlas a pacientes indicando quien será la persona que las dará y los temas que se impartirán.</p>
12	¿Se registran los resultados de satisfacción del paciente y sus quejas?	0	X	2	3	4	<p><b>Neonatología</b> No.</p> <p><b>Partos</b> No.</p> <p><b>Quirófano Obstétrico</b> No.</p> <p><b>Puerperio</b> En las charlas brindadas a los pacientes se hacen preguntas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La satisfacción en la atención</li> <li>- En que le gustaría que mejore el hospital</li> <li>- Quejas</li> <li>- ¿Recomendaría al hospital para la atención de partos a un familiar?</li> </ul> <p><b>Cirugía Obstétrica</b> Se hace una encuesta de la satisfacción de la paciente al año por parte de enfermería. La última fue realizada en abril de 2012. Documento: Satisfacción de las usuarias sobre la calidad de atención que reciben del servicio de Cirugía obstétrica. El objetivo de este documento es conocer la satisfacción de las pacientes definiendo recomendaciones y planes de</p>

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							mejora.
<b>7.3 Diseño y desarrollo</b>							
<b>7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo</b>							
<b>13</b>	¿Existe una planificación para cada uno de los diseños o desarrollos de los servicios brindados según su complejidad?	0	1	X	3	4	<p>Básicamente no se cuenta con una planificación para diseñar nuevos tipos de servicios.</p> <p>Se cuenta únicamente con una planificación de los servicios anual en base a una Planificación Anual Operativa (PAO). Parte de la elaboración de la PAO consiste en solicitar a cada jefe de las unidades médicas que haga una estimación del número de atenciones esperadas y los respectivos insumos que requerirá para cubrir con dicha demanda.</p> <p>En la práctica para el diseño de la prestación de nuevos servicios básicamente se inicia cuando se identifica una necesidad, pero no responde a una planificación previa.</p>
<b>14</b>	¿La planificación incluye etapas del diseño, verificación y validación?	X	1	2	3	4	<p>No se tiene documentada una planificación para el diseño de nuevos servicios, pero en la práctica se dan las etapas siguientes para cuando se diseñan servicios nuevos, por lo que se considera una base del 7% de la planificación ideal:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación de la necesidad de un nuevo servicio: Al identificar algún tipo de patología o tratamiento que se encuentra fuera del alcance de la cobertura del HNEM, se inician gestiones para considerar la posibilidad de incorporar un nuevo tipo de servicio, especialidad o tratamiento en el HNEM.</li> <li>2. Definición del servicio a brindar: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Se establecen las</li> </ol> </li> </ol>

REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
						<p>características del servicio, patologías o condiciones que se desean tratar con el mismo.</p> <p>b. Se define el perfil del médico requerido.</p> <p>c. Se identifican posibles equipos biomédicos para tratar o diagnosticar la patología o condición.</p> <p>3. Gestión de recursos:</p> <p>a. El comité de evaluación (Director, Subdirector y División médica) define las características de las técnicas de los equipos biomédicos especializados requeridos para diagnósticos más sofisticados, en compañía de un experto que conozca los equipos.</p> <p>b. La dirección realiza el requerimiento del personal médico a RRHH tomando en cuenta las plazas disponibles, y en caso de ser necesario se traslada el requerimiento al MINSAL.</p> <p>c. Se definen capacitaciones o formaciones especializadas para el personal médico, para luego enviarlos a las mismas.</p> <p>4. Verificación y validación: básicamente no se realiza una verificación de los requisitos de manera formal, sin embargo</p>

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							cuando se implementa el nuevo servicio, para el año siguiente se incluye en la PAO de la unidad médica responsable, hasta este momento se realiza una validación en base los niveles de servicio brindado.
15	¿Están definidos los criterios de revisión de cada una de las etapas del diseño?	0	1	X	3	4	<p>Para la revisión del cumplimiento de la PAO se cuenta con los criterios de revisión establecidos en la misma, así como también la memoria de labores de cada jefe de servicio prestado en el HNEM.</p> <p>Para la prestación de nuevos servicios, no se cuenta con una metodología definida que permita establecer previamente criterios para la revisión de sus etapas, aunque en la práctica en mayor o menor medida se diseñan nuevos servicios sin etapas estandarizadas.</p>
16	¿Están definidas las responsabilidades para el diseño y desarrollo?	0	1	X	3	4	<p>No se encuentran documentadas responsabilidades definidas de para el diseño de los servicios nuevos.</p> <p>Para los servicios que ya se encuentran en implementados se tiene únicamente la PAO como referencia de las responsabilidades de cada unidad de de la división médica.</p>
<b>7.3.2 Elementos de entrada para el diseño</b>							
17	¿Para todos los diseños se han definido los elementos de entrada?	X	1	2	3	4	No se tienen definidos de manera formal los elementos de entrada para el diseño de nuevos servicios prestados.
18	¿Existe registro asociado a esta identificación?	X	1	2	3	4	No se encuentra registros asociados a esta identificación.
<b>7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo</b>							
19	¿Los resultado del diseño y desarrollo cumplen con los elementos de entrada?	0	X	2	3	4	<p>No se tiene documentado.</p> <p>En la práctica los únicos requisitos que se constata su cumplimiento son los recursos se hayan asignado, tales como compra de equipos biomédicos, contratación</p>

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							del personal médico.
20	¿Proporcionan información para la compra y prestación del servicio?	0	1	X	3	4	Aunque no se tenga documentada una metodología de diseño de nuevos servicios, en la práctica se establecen los requerimientos de equipos especiales (en caso de ser necesario) y se identifica el tipo de personal médico a contratar.
21	¿Incluyen pautas que indican cómo se debe prestar el servicio correctamente?	0	1	X	3	4	El tipo de personal médico (formado para brindar el nuevo servicio) conoce la forma en cómo se debe realizar el servicio correctamente.
<b>7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo</b>							
22	¿Existen registros de las revisiones realizadas a cada una de las etapas del diseño?	X	1	2	3	4	No se cuenta con este tipo de registros.
23	¿Existen criterios de aceptación para cada etapa?	X	1	2	3	4	No se cuenta con criterios de aceptación documentados.
<b>7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo</b>							
24	¿Existe registro de la verificación de los resultados del diseño y desarrollo?	X	1	2	3	4	No se cuenta con este tipo de registros.
25	¿Los criterios de aceptación para la verificación están de acuerdo a los elementos de entrada del diseño?	X	1	2	3	4	No se cuenta con registros a los que se les para comprobar los criterios de verificación.
<b>7.3.6 Validación del diseño y desarrollo</b>							
26	¿Existe registro de la validación del servicio diseñado?	X	1	2	3	4	No se cuenta con este tipo de registros.
27	¿Los criterios de aceptación para la validación están de acuerdo a los elementos de entrada del diseño?	X	1	2	3	4	No se cuenta con registros a los que se les para comprobar los criterios de validación.
<b>7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo</b>							
28	¿Existe registro de los cambios realizados en el diseño de los servicio?	X	1	2	3	4	No se cuenta con este tipo de registros.
29	¿Estos cambios están sometidos a verificación y	X	1	2	3	4	No se cuenta con registros a valorar.



REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
	validación?						
<b>7.4 Compras</b>							
<b>7.4.1 Proceso de compras</b>							
30	¿Se encuentran definidos por escrito los servicios y los requisitos solicitados a los proveedores?	0	1	2	3	X	En cada proceso van plasmados los requisitos en base a la Ley LACAP. Cada compra establece requisitos mínimos por ejemplo en los servicios: solvencias, AFP, Seguro Social; en compras simples: crédito a 60 días, precio con IVA, garantía, tiempo de vida, etc.
31	¿Existe una selección de proveedores y se encuentran definidos los criterios de selección?	0	1	2	3	X	Si existen 3 tipos de evaluaciones: Técnica Financiera Legal Todas estas en base a la LACAP, si no pasa la primera no llega a la siguiente. Algunos de los criterios son: calidad, experiencia, precio.
32	¿Existe una evaluación de proveedores y sus criterios de evaluación?	0	1	2	3	X	Cada evaluación posee una ponderación dependiendo de esto sale el ganador en base a criterios como precio, calidad, experiencia, entre otros.
33	¿Existen registros de las evidencias de cumplimiento de los criterios de selección, evaluación y reevaluación?	0	1	2	3	X	En cada proceso de compra por medio del cuadro de análisis, los firma la comisión evaluadora de oferta Especialista de la compra, técnico financiero y técnico UACI (nombrada por el titular).
<b>7.4.2 Información de las compras</b>							
34	¿Existe una metodología adecuada para la realización de los pedidos de compra?	0	1	2	3	X	Plan de compras en el que se invierte el presupuesto.
35	¿Los pedidos de compra contienen información sobre todos los requisitos deseados?	0	1	2	3	X	En la solicitud de compra, quien crea o tiene la necesidad pone los requisitos técnicos.
36	¿Se cumple la metodología definida para los requisitos de compra?	0	1	2	3	X	Por medio de verificación, seguimiento y control.
<b>7.4.3 Verificación de los productos comprados</b>							

	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
		0	1	2	3	X	
37	¿Existe definida una metodología adecuada para inspección de los productos comprados?	0	1	2	3	X	Cada compra tiene su administrador de la orden de compra o contrato.
38	¿Están definidas las responsabilidades para la inspección de los productos comprados?	0	1	2	3	X	Cada administrador del contrato o de la orden y la unidad solicitante.
39	¿Existen registros de las inspecciones conformes a la metodología definida?	0	1	2	3	X	Seguimiento de contrato u orden de compra con base a esto se imponen las multas o sanciones.
<b>7.5 Producción y prestación del servicio</b>							
<b>7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio</b>							
40	¿Existe una metodología adecuada definida para la prestación del servicio?	0	1	2	3	X	<b>Neonatología</b> Guías clínicas para la atención hospitalaria del Neonato
							<b>Partos</b> Si, el Manual de Procesos.
							<b>Quirófano Obstétrico</b> Si, el Manual de Procesos.
							<b>Puerperio</b> Guías clínicas de atención de las principales morbilidades obstétricas en el tercer nivel de atención Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, perinatal, parto, puerperio y al recién nacido.
							<b>Cirugía Obstétrica</b> Manuales de procedimientos Protocolos de atención de enfermería en el tercer nivel de atención
41	¿Existen registros cumplimentados conforme a lo definido en la metodología de prestación del servicio?	0	1	2	3	X	<b>Neonatología</b> Expediente clínico de cada paciente
							<b>Partos</b> Expediente Clínico de cada Paciente.
							<b>Quirófano Obstétrico</b> Expediente Clínico de cada Paciente.

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							<p><b>Puerperio</b> Expediente Clínico de cada Paciente.</p> <p><b>Cirugía Obstétrica</b> Expediente Clínico de cada Paciente.</p>
42	Si existen instrucciones de trabajo ¿Se encuentran disponibles en los puestos de uso y están actualizadas?	0	1	2	3	X	<p><b>Neonatología</b> Se encuentran disponibles en los puestos de uso y están actualizadas</p> <p><b>Partos</b> Se encuentran disponibles en los puestos de uso y están actualizadas.</p> <p><b>Quirófano Obstétrico</b> Tutoría quirúrgica (para los residentes) el 80% de las cesáreas las hacen los residentes. Guías de manejo para las diferentes patologías (cesárea)</p> <p><b>Puerperio</b> Se encuentran disponibles en los puestos de uso y están actualizadas</p> <p><b>Cirugía Obstétrica</b> Se encuentran disponibles en los puestos de uso y están actualizadas.</p>
43	¿Se realizan las inspecciones adecuadas durante la prestación del servicio?	0	1	2	3	X	<p><b>Neonatología</b> Los doctores realizan diariamente la visita a los pacientes revisando el grado de mejoría que este presenta, indicando las acciones que se deben tomar, con el fin de mejorar la salud de los Recién Nacidos.</p> <p><b>Partos</b> Los médicos las posibles en el tiempo y en el horario de contratación.</p> <p><b>Quirófano Obstétrico</b> El tutor se encuentra presente en las intervenciones de cesáreas hechas por el residente, realizando la operación y guiando al residente en la participación de este.</p>

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							<p><b>Puerperio</b> Los doctores realizan diariamente la visita a los pacientes revisando el grado de mejoría que este presenta, indicando las acciones que se deben tomar, con el fin de mejorar la salud de ellos.</p> <p><b>Cirugía Obstétrica</b> Si, se realiza la visita diaria a cada una de las pacientes, realizando un control rutinario.</p>
44	¿Se utilizan los medios y los equipos adecuados?	0	1	X	3	4	<p><b>Neonatología</b> El equipo es el adecuado y el disponible para brindar el servicio: incubadora, ventilador, bacinet, entre otros.</p> <p><b>Partos</b> Se utilizan los medios y equipos disponibles: Monitores cardiacos y fetales.</p> <p><b>Quirófano Obstétrico</b> Se utilizan los medios y equipos disponibles.</p> <p><b>Puerperio</b> Se utilizan los medios y equipos adecuados disponibles: tensiómetros, bomba para estetoscopio.</p> <p><b>Cirugía Obstétrica</b> Se utilizan los medios y equipos disponibles: tensiómetros y extractores de leche.</p>
45	¿El personal es competente para la realización de los trabajos?	0	1	2	3	X	<p><b>Neonatología</b> En la contratación se realiza una evaluación del personal por contratar y semestralmente se evalúa al personal, esta evaluación está a cargo del jefe del servicio</p> <p><b>Partos</b> En la contratación se realiza una evaluación del personal por contratar y semestralmente se evalúa al personal, esta evaluación está a cargo del jefe del servicio</p> <p><b>Quirófano Obstétrico</b> En la contratación se realiza una</p>

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							<p>evaluación del personal por contratar y semestralmente se evalúa al personal, esta evaluación está a cargo del jefe del servicio</p> <p><b>Puerperio</b> En la contratación se realiza una evaluación del personal por contratar y semestralmente se evalúa al personal, esta evaluación está a cargo del jefe del servicio</p> <p><b>Cirugía Obstétrica</b> En la contratación se realiza una evaluación del personal por contratar y semestralmente se evalúa al personal, esta evaluación está a cargo del jefe del servicio</p>
<b>7.5.2 Validación de los procesos de la prestación del servicio</b>							
46	¿Si existen procesos para validar y se han definido los requisitos para esta validación?	X	1	2	3	4	No se han definido los requisitos necesarios, lo único que se evalúa es si cumple con los requisitos del formato de la institución y con los aspectos legales necesarios.
47	¿Existen registros de la validación de los procesos?	X	1	2	3	4	No.
<b>7.5.3 Identificación y trazabilidad</b>							
48	¿Se encuentra identificado el servicio a lo largo de todo el proceso productivo?	0	1	2	X	4	<p><b>Neonatología</b> Si por el Expediente Clínico.</p> <p><b>Partos</b> Si por el Expediente Clínico.</p> <p><b>Quirófano Obstétrico</b> Si por el Expediente Clínico.</p> <p><b>Puerperio</b> Si por el Expediente Clínico.</p> <p><b>Cirugía Obstétrica</b> Si por el Expediente Clínico.</p>
49	Si es necesaria la trazabilidad del servicio, ¿Se evidencia la misma?	0	1	2	X	4	<p><b>Neonatología</b> Si por el Expediente Clínico.</p> <p><b>Partos</b> Si por el Expediente Clínico.</p> <p><b>Quirófano Obstétrico</b> Si por el Expediente Clínico.</p>

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							<b>Puerperio</b> Si por el Expediente Clínico.
							<b>Cirugía Obstétrica</b> Si por el Expediente Clínico.
<b>7.5.4 Propiedad del paciente</b>							
50	¿Existe una metodología adecuada definida para la comunicación de los daños ocurridos en las pertenencias del paciente?	X	1	2	3	4	<b>Neonatología</b> No aplica
							<b>Partos</b> No hay una metodología definida, el personal de enfermería comunica el extravío de las pertenencias de la paciente.
							<b>Quirófano Obstétrico</b> No hay una metodología definida, el personal de enfermería comunica el extravío de las pertenencias de la paciente.
							<b>Puerperio</b> No hay una metodología definida, el personal de enfermería comunica el extravío de las pertenencias de la paciente. En el área no se permite tener cosas de valor
							<b>Cirugía Obstétrica</b> No hay una metodología definida, el personal de enfermería comunica el extravío de las pertenencias de la paciente.
51	¿Existen registros de estas comunicaciones?	X	1	2	3	4	<b>Neonatología</b> No aplica
							<b>Partos</b> No.
							<b>Quirófano Obstétrico</b> No.
							<b>Puerperio</b> No.
							<b>Cirugía Obstétrica</b> No.
52	Si es de aplicación, ¿se cumple la ley de protección de datos con los datos de los pacientes?	0	1	2	3	X	<b>Neonatología</b> Los archivos médicos se consideran información confidencial según la ley de acceso a la Información.

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							<p><b>Partos</b> Los archivos médicos se consideran información confidencial según la ley de acceso a la Información.</p> <p><b>Quirófano Obstétrico</b> Los archivos médicos se consideran información confidencial según la ley de acceso a la Información.</p> <p><b>Puerperio</b> Los archivos médicos se consideran información confidencial según la ley de acceso a la Información.</p> <p><b>Cirugía Obstétrica</b> Los archivos médicos se consideran información confidencial según la ley de acceso a la Información.</p>
<b>7.5.5 Preservación del paciente</b>							
<b>53</b>	¿Existe definida una metodología adecuada para el traslado, protección e identificación del paciente dentro de las instalaciones?	0	X	2	3	4	<p>Actualmente los procedimientos que siguen para el traslado e identificación del paciente son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta</li> <li>- Expediente del paciente y brazalete.</li> <li>- Procedimiento de entrega y recepción de la paciente.</li> <li>- Proceso de atención de cada servicio (en elaboración)</li> </ul> <p>No se han definido metodología para la protección del paciente.</p>
<b>54</b>	¿Se evidencia el correcto cumplimiento de esta metodología?	0	X	2	3	4	<p>Se evidencia el cumplimiento de los procedimientos que se manejan por medio de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La identificación en los censos (registro diario de recepción, traslado y transferencias del paciente) y en expediente y el desconocimiento de extravíos de los pacientes.</li> <li>- Se identifican a las pacientes a través de la hoja de ingreso y egreso.</li> <li>- A través de la revisión de las Indicaciones cumplidas.</li> </ul>

	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
		0	1	2	3	X	
55	¿Existe definida una metodología adecuada para el traslado a otra institución?	0	1	2	3	X	Si, se encuentra con una metodología definida: Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta. Las unidades cuentan con lineamientos para la transferencia y traslado de los pacientes, Recién Nacidos y mujeres.
<b>7.6 Control de los equipos de seguimiento y de medición</b>							
56	¿Se encuentran identificados todos los equipos de seguimiento y de medición?	0	1	2	3	X	Todos los equipos de seguimiento y medición se encuentran identificados por un código base 1733 tanto en un documento físico como electrónico en un inventario de base de datos.
57	¿Existen definidas unas rutinas adecuadas de verificación o calibración de los mismos?	0	1	2	3	X	Se define el mantenimiento preventivo que se establece para cada equipo por medio de un programa de control del mantenimiento, en el que se especifica la orden y fecha de trabajo firmada por el jefe de la unidad de donde es el equipo.
58	¿Existen registros de las verificaciones o calibraciones realizadas?	0	1	2	3	X	Por medio de la orden de trabajo que proporciona el programa en la computadora que maneja la base de datos del control del mantenimiento que incluye el historial, los repuestos, el tiempo y el responsable.
59	¿Los equipos se encuentran correctamente identificados con su estado de verificación o calibración?	0	1	2	3	X	Por medio del programa que utiliza la unidad, en la base de datos.
60	¿Están definidas las pautas de actuación cuando se observe que las mediciones han sido erróneas?	0	1	2	3	X	Se encuentra definido por medio de una bitácora el procedimiento a seguir.
61	¿Se confirma la capacidad de los programas informáticos cuando participen en actividades de seguimiento y medición?	0	1	2	3	X	Si es efectivo ya que este se realiza en base a las necesidades de la unidad de biomédica por medio de la orden de trabajo con copia de seguridad.



Calificación	0	1	2	3	4
Total de X	23	4	8	3	23
Multiplicado por	*0	*1	*2	*3	*4
Total por calificación	0	4	16	9	92
Suma total de puntos obtenidos (ST)	121				
Resultado (suma total entre mayor puntaje posible) (97/ 244) %	<b>49.59%</b>				

### 5.6.5. Resultados del Apartado Medición Análisis y Mejora

Tabla: Personas que proporcionó la evidencias para los requisitos del apartado 7 de la Norma ISO 9001:2008

APARTADO DE LA NORMA	PERSONA QUE PROPORCIONÓ LA EVIDENCIA Y PUESTO.
<b>8.1 Generalidades</b>	Jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad
<b>8.2 Seguimiento y Medición</b>	Jefe de Planificación y Jefe de Auditoría Interna
<b>8.3 Control del Servicio No conforme</b>	Jefe de Unidad de Planificación
<b>8.4 Análisis de Datos</b>	Jefe de Unidad de Planificación
<b>8.5 Mejora</b>	Jefe de Unidad de Planificación

Calificación:

Calificación	Descripción
0	Prácticamente no se cumple
1	Se cumple parcialmente(en ocasiones puntuales)
2	Se cumple generalmente(en la mayoría de los casos)
3	Se cumple sistemáticamente y en casi todas las áreas.
4	Se cumple siempre y de forma total, y se es un ejemplo para el sector.

N	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
<b>8.1 Generalidades</b>							
1	¿Planifica la organización los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora para demostrar la conformidad con los requisitos del servicio?	0	1	2	X	4	La UOC planifica lo que hará en el año en el documento: <b>Planificación Anual Operativa de la Unidad Organizativa de la Calidad</b> , dentro de ello está la parte de seguimiento, medición, análisis y mejora de los procesos del Hospital. La parte de seguimiento y medición es realizada por cada Jefe del servicio, y los demás procesos por medio de reuniones mensuales con la alta dirección, los comités de apoyo y la UOC.
2	¿Implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora para demostrar la conformidad con los requisitos del servicio?	0	1	2	X	4	Los procesos de seguimiento y medición son realizados por cada Jefe del servicio y mensualmente se alimenta la base de datos de los estándares, formando los círculos de calidad y ejecutando los proyectos definidos para los estándares donde se han encontrado áreas de mejora, los demás procesos (análisis y mejora) por medio de reuniones mensuales con los comités de apoyo y la UOC, de estas reuniones se realizan informes para la alta dirección y se definen planes de acción.
3	¿Verifica los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora para demostrar la conformidad con los requisitos del servicio?	X	1	2	3	4	No se verifican (son lineamientos de una institución con nivel jerárquico superior: MINSAL)
4	¿Toma acciones para mejorar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora para demostrar la conformidad con los requisitos del servicio?	X	1	2	3	4	No se toman acciones para mejorar los procesos (son lineamientos de una institución con nivel jerárquico superior: MINSAL)
<b>8.2 Seguimiento y Medición</b>							
<b>8.2.1 Satisfacción del Cliente</b>							
5	¿Elabora algún instrumento para medir la satisfacción del paciente?	0	1	X	3	4	Se planifica evaluar la satisfacción del paciente. Se realiza para los pacientes de Emergencia, Consulta Externa y Servicios de Hospitalización (Puerperio, Cirugía Obstétrica, Perinatología, Oncología y Neonatología) en las unidades de Partos e Intervención Obstétrica no se planea ningún tipo de instrumento porque es considerado como un servicio de transición;

N	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
							este se realiza por medio de un plan de muestreo en función de la demanda.
6	¿Utiliza algún instrumento para medir la satisfacción del paciente?	0	1	X	3	4	Si, la Encuesta de Satisfacción al Paciente.
7	¿Existen registros del análisis de los resultados de la satisfacción del paciente en base al instrumento utilizado?	0	1	2	X	4	Si, por medio de una base de datos llamada EPI-INFO, dicha base de datos permite registrarlos y dar resultados de las distintas variables que se evalúan para su posterior análisis.
8	¿Existen acciones posteriores a la medición de la satisfacción del paciente?	0	1	2	X	4	Si, se presenta un formulario con los resultados obtenidos a la dirección, en los puntos críticos se buscan los responsables para que se mejore por medio de un proyecto que permita solventar dicho punto crítico por ejemplo: una de los puntos críticos encontrados en una de las encuestas fue la limpieza de los baños, por medio del proyecto se establecieron lineamientos para la empresa subcontratada y para capacitar a la supervisora de limpieza.
<b>8.2.2 Auditoría Interna</b>							
9	¿Planifica la realización de auditorías internas?	X	1	2	3	4	A nivel de gestión de calidad no se planifica la realización de auditorías, solamente se planifican las auditorias que establece la ley de la Corte de Cuentas, un año antes se planea, antes del 31 de Marzo se envía el plan de trabajo para el siguiente año. Las auditorias se realizan en las unidades prioritarias por ejemplo: almacén, farmacia, entre otras y en aquellas que solicite la máxima autoridad ya que el recurso humano en la unidad de auditoría interna es limitado.
10	¿Realiza auditorías internas a intervalos planificados para determinar si el SGC es eficaz?	X	1	2	3	4	No, a nivel de auditoría de gestión de calidad, sino las auditorias que dicta la ley: se realizan en base al plan de auditorías, en ocasiones es necesario realizar otras actividades y tiende a modificarse el plan pero en general este se sigue acorde a lo planeado.
11	¿Existe una metodología definida para las auditorias?	X	1	2	3	4	No, para el Sistema de Gestión de Calidad. Si, están definida las auditorias en base a las Normas de Auditoria Gubernamental, esta se desglosa en los pasos a seguir: planificación, trabajo de campo y la preparación de informes.

N	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
1 2	¿Están definidos las responsabilidades y los requisitos para planificar y realizar las auditorías?	X	1	2	3	4	No
1 3	¿Existen registros de auditorías y de sus resultados?	X	1	2	3	4	No
1 4	¿Se realizan correcciones y se toman acciones correctivas para eliminar las no conformidades detectadas?	X	1	2	3	4	No
<b>8.2.3 Seguimiento y Medición de los Procesos y del Servicio</b>							
1 5	¿Planifica el seguimiento y las características a medir del servicio para verificar si se cumplen con los requisitos del mismo?	0	1	2	3	X	Por medio de los indicadores de gestión 2012 para cada una de las unidades. Existen estándares que permiten darle seguimiento a las características propias de cada servicio.
1 6	¿Existen indicadores que permitan medir su servicio?	0	1	2	3	X	Por medio de los indicadores de gestión 2012, existen indicadores (Ver anexos) que deben analizarse mensualmente y otros anualmente. Algunos de los indicadores que se manejan son: índices de ocupación, rotación, mortalidad, promedio de estancia.
1 7	¿Posee alguna metodología que demuestre la capacidad para alcanzar los resultados planificados?	0	1	2	3	X	Por medio del Plan Anual Operativo en el que se analiza la capacidad instalada, se compara población versus los recursos para identificar oportunidades de mejora que quedan plasmados en el mismo.
1 8	¿Existen acciones posteriores para mejorar los resultados obtenidos?	0	1	2	3	X	Se plantean estrategias de ajuste en base a los resultados obtenidos y se considera la causa como base para un objetivo del siguiente periodo.
<b>8.3 Control del Servicio No conforme</b>							
1 9	¿Planifica una metodología para determinar la no conformidad en los servicios brindados?	X	1	2	3	4	No existe una metodología definida para determinar la no conformidad en los servicios brindados, el MINSAL ha proporcionado una guía de atención al ciudadano basado en la Escuela Superior de Salud de Colombia que se

N	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN	RESULTADOS				
						debería de adaptar y adoptar a las condiciones propias del hospital.	
20	¿Implementa la metodología para conocer la no conformidad en el servicio?	X	1	2	3	4	No.
21	¿Las no conformidades encontradas son solventadas?	X	1	2	3	4	Antes se contaba con un control de quejas que era manejado por los jefes de cada una de las áreas, donde se realizaba una reunión en la que se revisaban las quejas recibidas, dependiendo del tipo de queja así era el manejo que se le daba. En la actualidad no existe un buzón de quejas (solamente en Emergencias y Consulta externa, pero estas quejas no son revisadas). Se pretende que la Unidad de Trabajo Social sea la encargada de la revisión y seguimiento de las no conformidades del servicio.
22	¿Existen acciones posteriores para mejorar las no conformidades del servicio?	X	1	2	3	4	En la actualidad no existen acciones posteriores.
<b>8.4 Análisis de Datos</b>							
23	¿Se determinan, recopilan y analizan los datos para demostrar la eficacia?	0	1	2	X	4	Si se realiza por medio de los 28 estándares (Ver anexos) que se manejan, algunos estándares se manejan a diario por ejemplo sala de operaciones. Otros se manejan mensualmente. Y cada uno se califica por medio de un sensor: crítico, aceptable o sobresaliente.
<b>8.5 Mejora</b>							
<b>8.5.1 Mejora Continua</b>							
24	¿Planifica mejorar continuamente la eficacia?	0	1	2	X	4	Si por medio de reuniones de la Unidad Organizativa de la Calidad con los distintos comités del hospital que permiten la revisión de los estándares.
25	¿Mejora continuamente la eficacia mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las	0	1	2	X	4	Se realizan actividades que permiten la mejora en la revisión de estándares, revisión de problemáticas, buscar áreas de acciones de corrección de acuerdo a las necesidades que surgen.

N	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN	RESULTADOS				
	acciones correctivas preventivas y la revisión por la dirección?						
<b>8.5.2 Acción Correctiva</b>							
26	¿Planea un procedimiento para revisar las no conformidades?	X	1	2	3	4	No existe un procedimiento oficial que permita revisar las no conformidades, en ocasiones se revisan no conformidades en las que el paciente presenta una demanda de acuerdo a la situación que se presenta.
27	¿Existen procedimientos documentados para revisar las no conformidades?	X	1	2	3	4	No, se da prioridad a la revisión de las no conformidades críticas que en ocasiones llegan a la dirección.
28	¿Existen procedimientos documentados para determinar las causas de las no conformidades?	x	1	2	3	4	No
29	¿Existen procedimientos documentados para determinar e implementar acciones necesarias?	X	1	2	3	4	No.

Calificación	0	1	2	3	4
Total de X	10	0	2	7	10
Multiplicado por	*0	*1	*2	*3	*4
Calificación	0	0	4	21	16
Suma total de puntos obtenidos (ST)	41				
Resultado (suma total entre mayor puntaje posible) (97/ 116 ) %	35.34%				

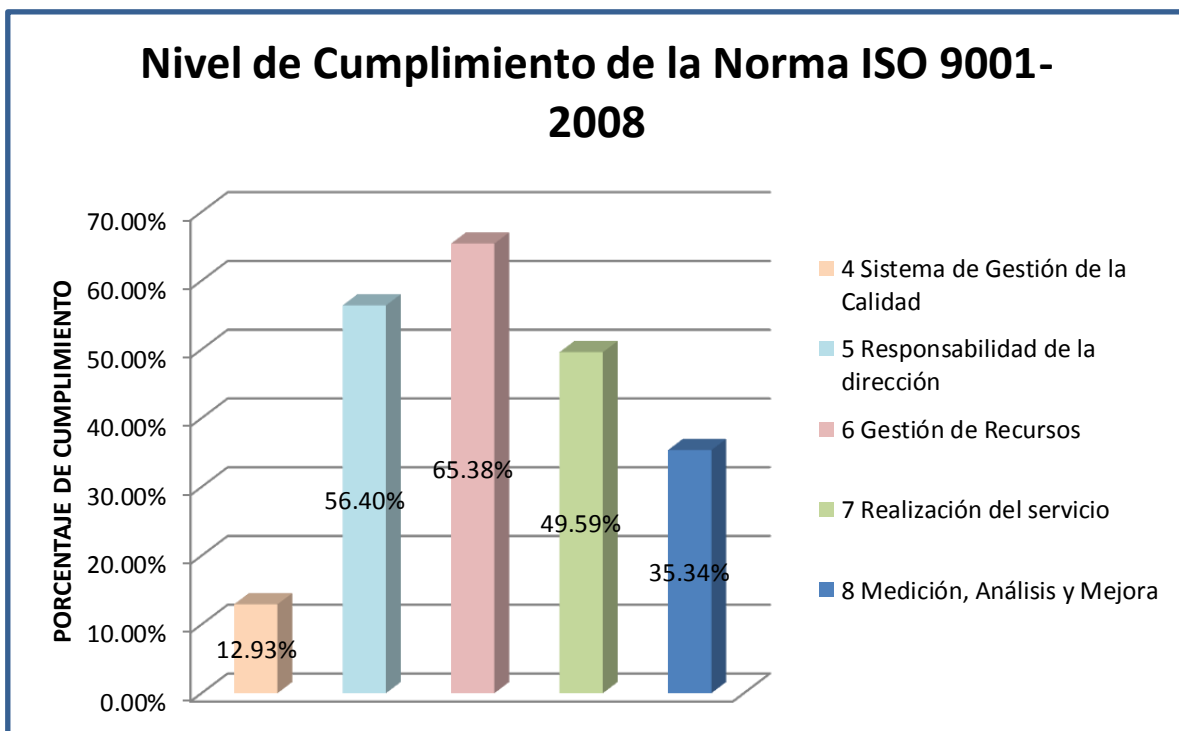
## 5.7 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 5.7.1 NIVEL DE CUMPLIMIENTO GLOBAL

Tabla 49: Nivel de cumplimiento global

Apartado	Peso del apartado	Total de puntos obtenidos	Total de Puntos posibles	Nivel de cumplimiento
4. Sistema de Gestión de la Calidad	20%	15	116	12.93%
5. Responsabilidad de la dirección	20%	97	172	56.40%
6. Gestión de Recursos	20%	34	52	65.38%
7. Realización del servicio	20%	121	244	49.59%
8. Medición, Análisis y Mejora	20%	41	116	35.34%
<b>TOTAL</b>				<b>43.93%</b>

Gráfico 8: Nivel de Cumplimiento por Apartado de la Norma ISO 9001-2008



Fuente: Elaboración Propia



**El *nivel de cumplimiento* de la GESTIÓN ACTUAL DE LA CALIDAD del HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD “DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN”, en función de los REQUISITOS de la NORMA ISO 9001:2008 es del 43.93%**

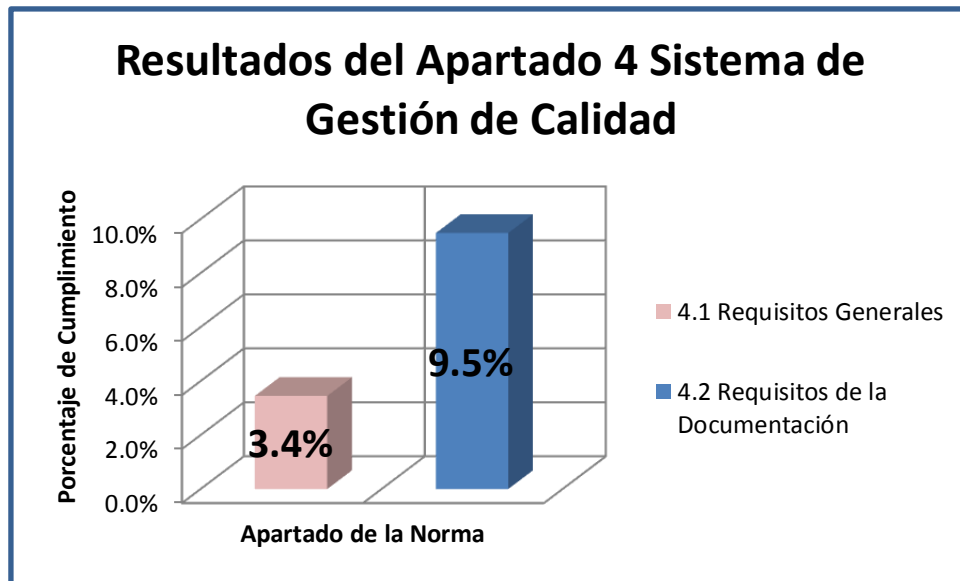
Por estar entre el 40 y el 60% se concluye que el sistema global de calidad se cumple, pero con deficiencias en cuanto a documentación , a la continuidad y sistemática de su cumplimiento, tiene una fidelidad con las actividades realmente realizadas. Se deberán solucionar las deficiencias urgentemente, para que el sistema sea eficaz.

5.7.1.1 Nivel de cumplimiento del Apartado 4 “Sistema de Gestión de Calidad”

Tabla 50: Nivel de cumplimiento del apartado 4

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL APARTADO 4 “Sistema de Gestión de Calidad”		
Sub-apartados	Suma total de puntos obtenidos	Porcentaje Obtenido
4.1 Requisitos Generales	4	3.4%
4.2 Requisitos de la Documentación	11	9.5%
<b>TOTAL</b>	15	12.93%

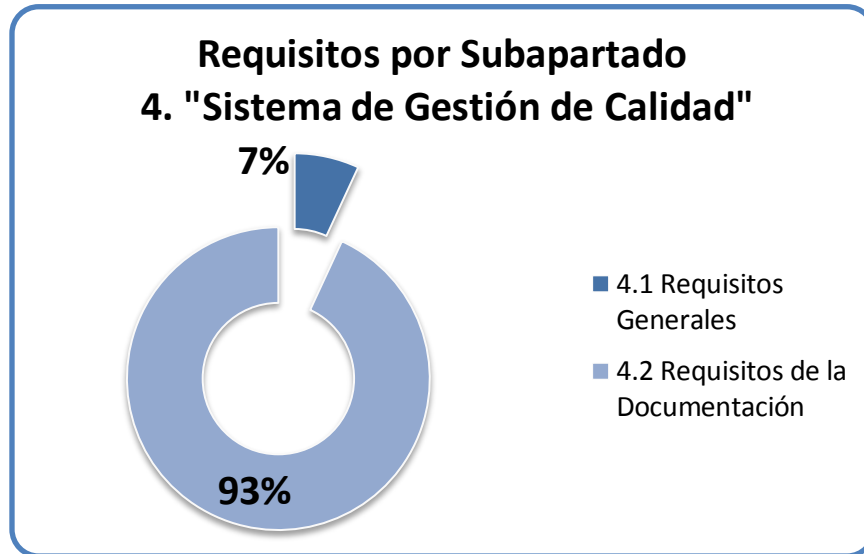
Gráfico 9: Resultados del Apartado 4 Sistema de Gestión de Calidad



Fuente: Elaboración Propia

En este gráfico se observa el nivel de aporte de cada sub-apartados 4.1 y 4.2, denotando una brecha para el apartado 4 de un 87.1 %.

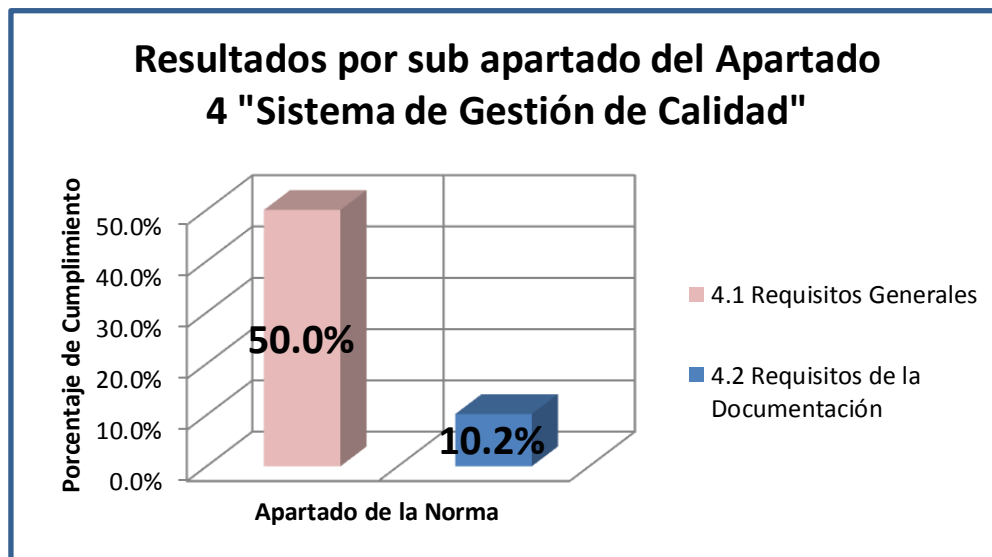
Gráfico 10: Requisitos por Sub-Apartado del "Sistema de Gestión de Calidad"



Fuente: Elaboración Propia

En este gráfico se aprecia que de este apartado de la norma la mayoría de requisitos forman parte del sub-apartado 4.2.

Gráfico 11: Resultados por Sub-Apartado del Apartado 4 "Sistema de Gestión de Calidad"



Fuente: Elaboración Propia

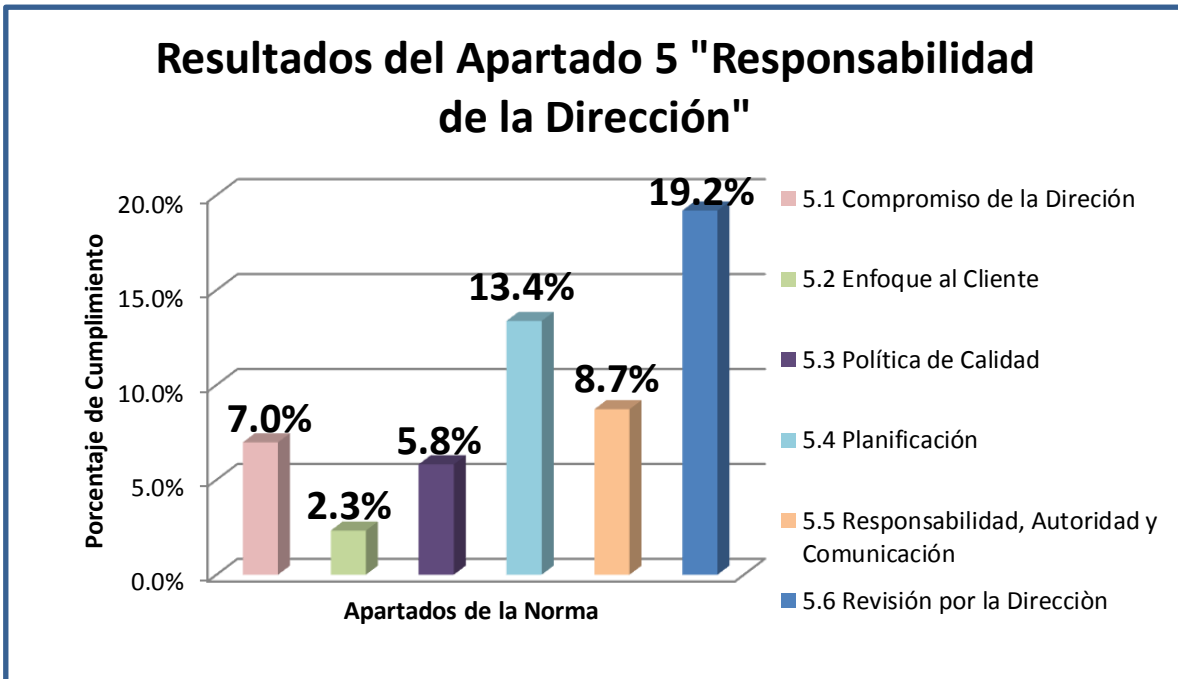
En este gráfico se observa que en este apartado no se cumple con el 89.8% de los requisitos establecidos para sub-apartado 4.2, esto evidencia que no se cuenta con los requisitos básicos de un sistema de gestión de calidad según la norma ISO 9001:2008. Tales como una política de calidad debidamente definida, objetivos de calidad propios del hospital y el manual de calidad. Al no contar con estos elementos de un sistema de gestión de calidad tampoco se evidencian los registros requeridos ni permite llevar un debido control de los documentos con una metodología debidamente establecida según lo exige la norma.

#### 5.7.1.2 Nivel de cumplimiento del Apartado 5 “Responsabilidad de la Dirección”

Tabla 51: Nivel de cumplimiento del apartado 5

<b>NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL APARTADO 5 “Responsabilidad de la Dirección”</b>		
<b>Sub-apartados</b>	<b>Suma total de puntos obtenidos</b>	<b>Porcentaje Obtenido</b>
<b>5.1 Compromiso de la Dirección</b>	12	7.0%
<b>5.2 Enfoque al Cliente</b>	4	2.3%
<b>5.3 Política de Calidad</b>	10	5.8%
<b>5.4 Planificación</b>	23	13.4%
<b>5.5 Responsabilidad, Autoridad y comunicación</b>	15	8.7%
<b>5.6 Revisión por la Dirección</b>	33	19.2%
<b>TOTAL</b>	97	56.40%

Gráfico 12: Resultados del Apartado 5 Responsabilidad de la Dirección



Fuente: Elaboración Propia

En el gráfico anterior se observa el grado de aporte de cada sub-apartado de la responsabilidad de la dirección, denotando una brecha del 46.60% de los requisitos establecidos por la norma ISO 9001:2008 para este apartado.

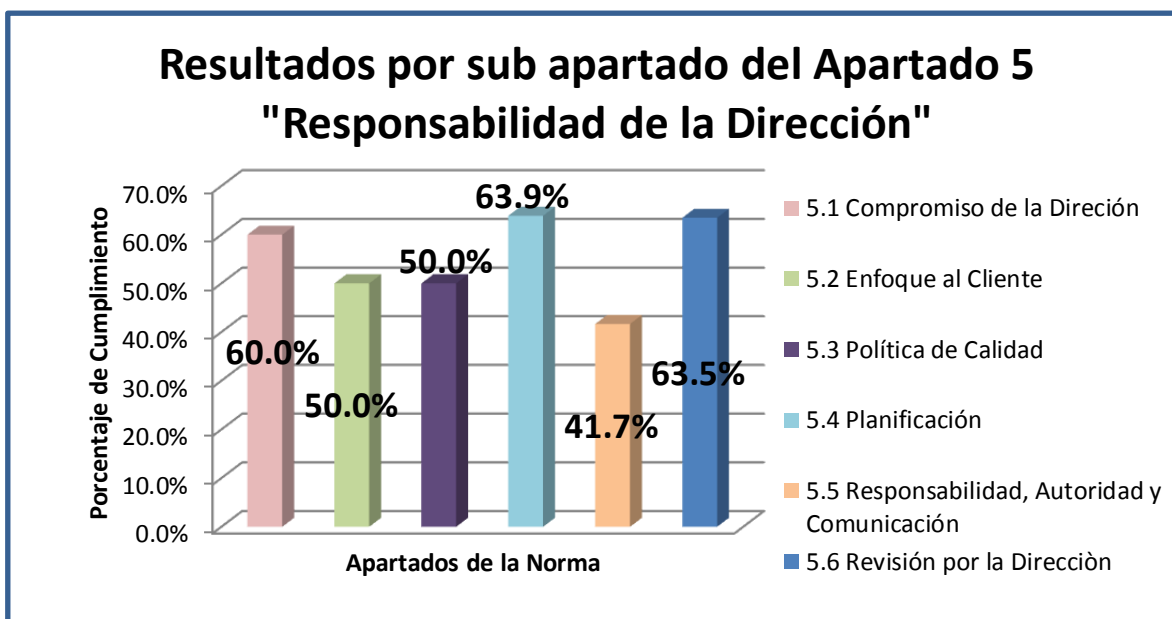
Gráfico 13: Requisitos por Sub-apartado de la Responsabilidad de la Dirección



Fuente: Elaboración Propia

En este gráfico se observa que el 72% de los requisitos de este apartado, se encuentran en los sub-apartados 5.4, 5.5 y 5.6. Pero cabe mencionar que el 28% restante de los requisitos que corresponden a los sub-apartados 5.1, 5.2 y 5.3 son la base para cumplir plenamente con la responsabilidad de la dirección.

Gráfico 14: Resultados por Sub-Apartado del Apartado 5 "Responsabilidad de la Dirección"



Fuente: Elaboración Propia

En este gráfico se observa que en la mayoría de sub-apartados se cumple por arriba del 50% los requisitos establecidos para el compromiso de la dirección, lo que denota que en general se realizan esfuerzos en los diferentes aspectos para gestionar la calidad ya que la Dirección Nacional de Hospitales ha dado lineamientos técnicos relacionados con la calidad y que son ejecutados por la Unidad Organizativa de la Calidad. Sin embargo con el apartado 5.5 "Responsabilidad, Autoridad y Comunicación" es donde se evidencia que existe una mayor deficiencia de los sub-apartados con un 58.3% de brecha, esto debido a que si bien el hospital cuenta con manuales de funciones para la mayoría de puestos, no se tiene claramente definidas las responsabilidades relacionadas con la Gestión de la Calidad.

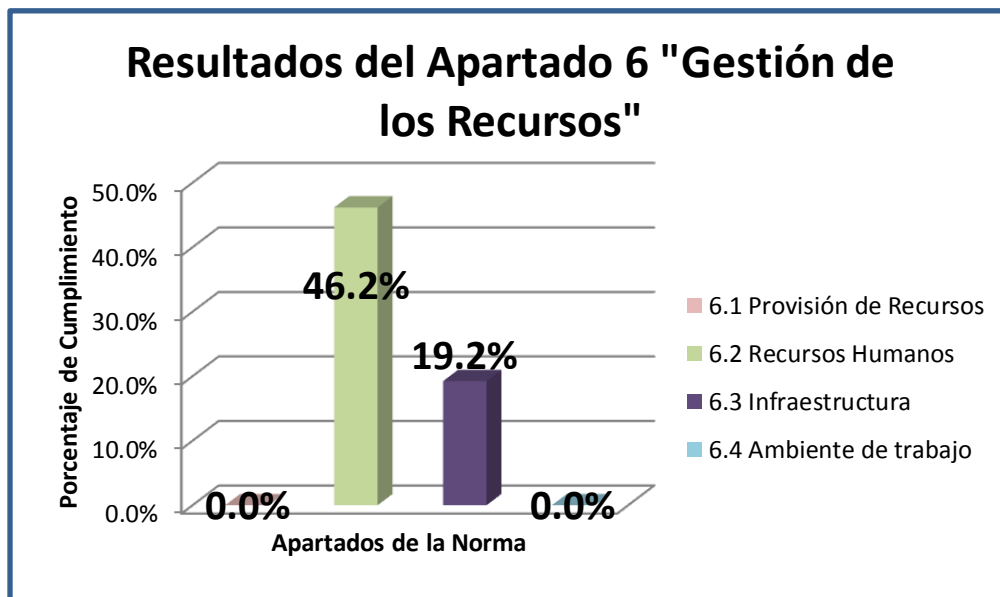
5.7.1.3 Nivel de cumplimiento del Apartado 6 "Gestión de Recursos"

Tabla 52: Nivel de cumplimiento del apartado 6

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL APARTADO 6 "Gestión de Recursos"		
Sub-apartados	Suma total de puntos obtenidos	Porcentaje Obtenido
6.1 Proveedor de Recursos	0	0%
6.2 Recurso Humano	24	46.2%
6.3 Infraestructura	10	19.2%
6.4 Ambiente de Trabajo	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>65.38%</b>

En el gráfico siguiente se observa el nivel de aporte de cada sub-apartado de la Gestión de los Recursos, denotando una brecha de 34.6%, lo que denota que es el apartado con el mayor cumplimiento de todos, esto debido a que a nivel de "Recursos Humanos" (6.2), se logran cumplir los requisitos establecidos por la norma.

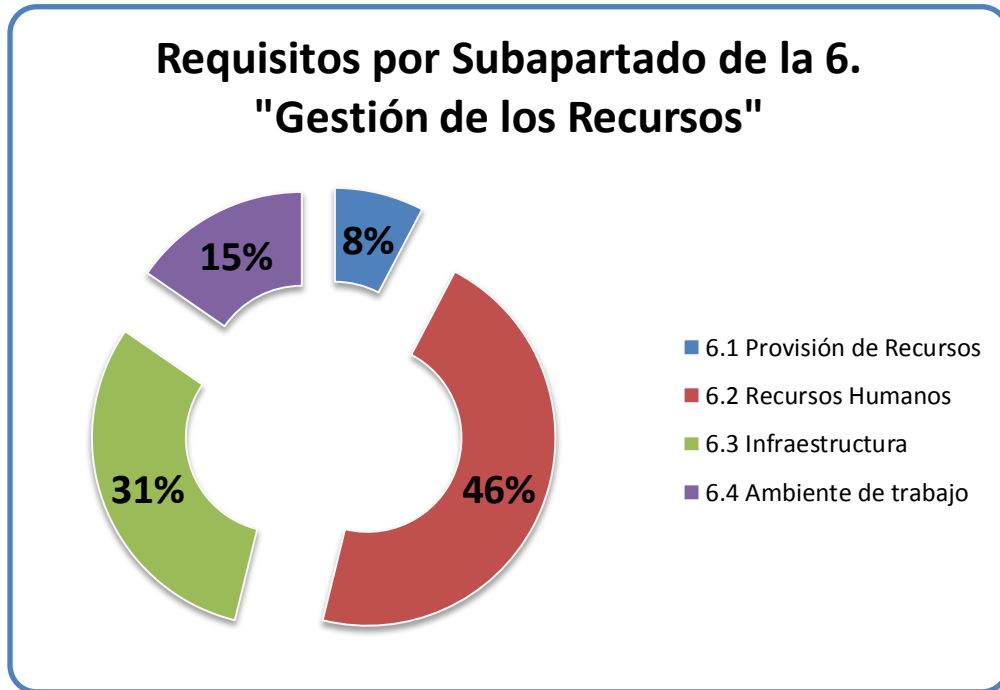
Gráfico 15: Resultados del Apartado 6 Gestión de los Recursos



Fuente: Elaboración Propia



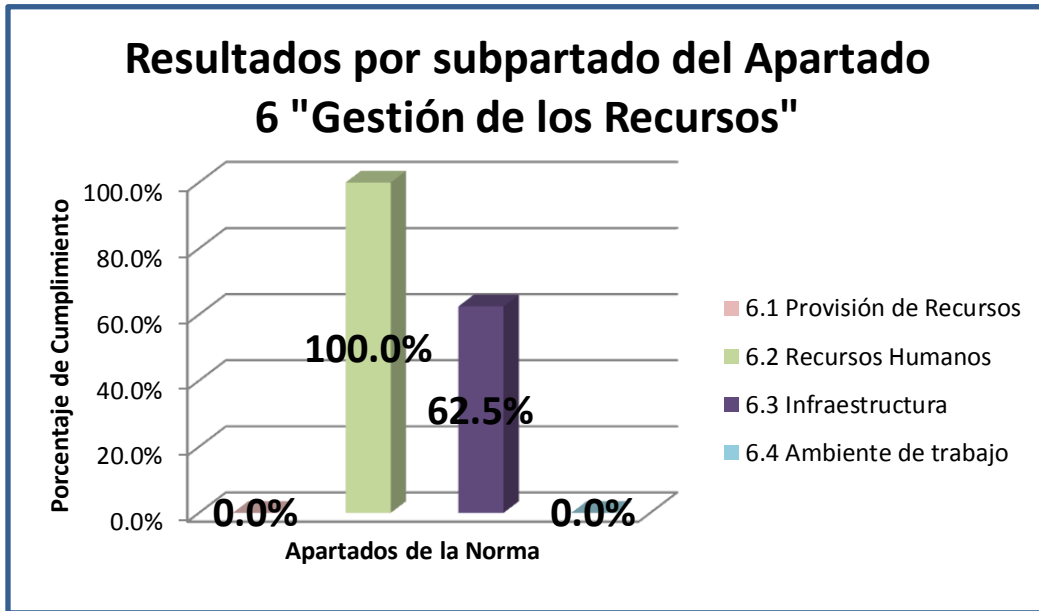
Gráfico 16: Requisitos por Sub-apartado de la Gestión de Recursos



Fuente: Elaboración Propia

En el gráfico anterior se puede apreciar que la mayoría de requisitos se encuentra el en sub-apartado 6.2, seguido de la infraestructura requerida para brindar los servicios (6.3).

Gráfico 17: Resultados por Sub-Apartado del Apartado 6 "Gestión de Recursos"



Fuente: Elaboración Propia

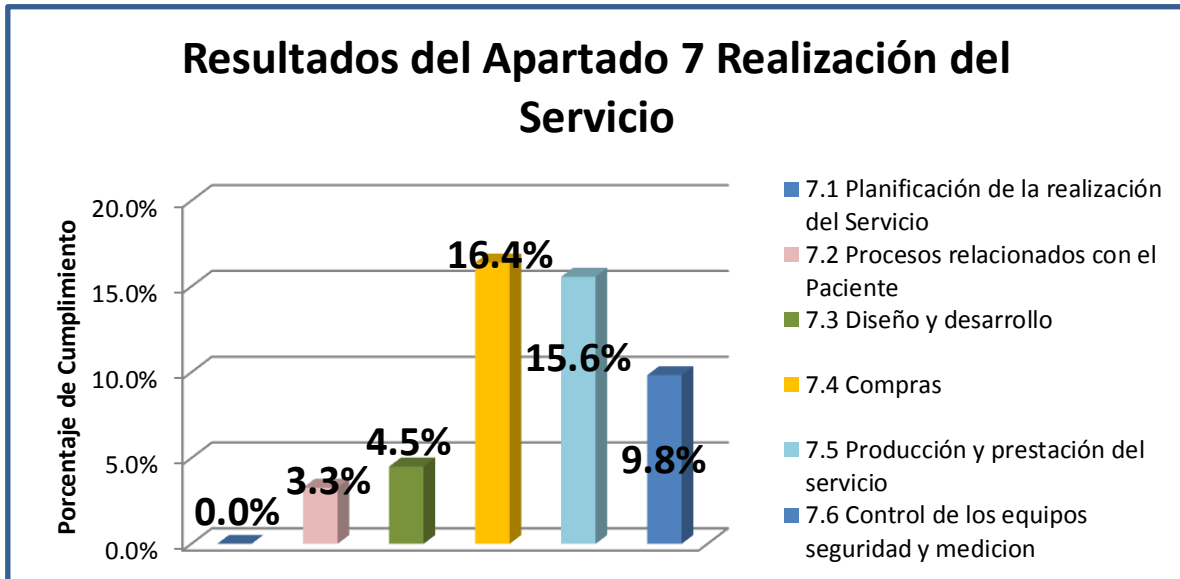
En este gráfico se observa que el HNEM, tiene una gran fortaleza en la gestión del recurso humano, relacionado con los mecanismos para garantizar la competencia, formación y evaluación del personal que brinda el servicio, esto aporta en gran medida al nivel de cumplimiento de todo el apartado. Sin embargo se observa que existen deficiencias en el 6.1 (Provisión de recursos) esto debido a que no se cuenta con evidencia que respalde que existe el apoyo económico necesario para la implementación y mejora del sistema de gestión de calidad. Por otro lado el bajo cumplimiento el sub-apartado 6.4 (Ambiente de trabajo), se debe básicamente a que no se tienen definidas las condiciones para brindar el servicio de manera formal, lo que a su vez no permite evidenciar el mantenimiento que se realiza para mantener esas condiciones en estado óptimo.

#### 5.7.1.4 Nivel de cumplimiento del Apartado 7 “Realización del Servicio”

Tabla 53: Nivel de cumplimiento del apartado 7

<b>NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL APARTADO 7 “Realización del Servicio”</b>		
<b>Sub-apartados</b>	<b>Suma total de puntos obtenidos</b>	<b>Porcentaje Obtenido</b>
<b>7.1 Planificación de la Realización del Servicio.</b>	0	0%
<b>7.2 Procesos relacionados con el cliente</b>	8	3.3%
<b>7.3 Diseño y desarrollo.</b>	11	4.5%
<b>7.4 Compras</b>	40	16.4%
<b>7.5 Producción y prestación del servicio</b>	38	15.6%
<b>7.6 Control de los equipos de seguridad y medición</b>	24	9.8%
<b>TOTAL</b>	121	49.59%

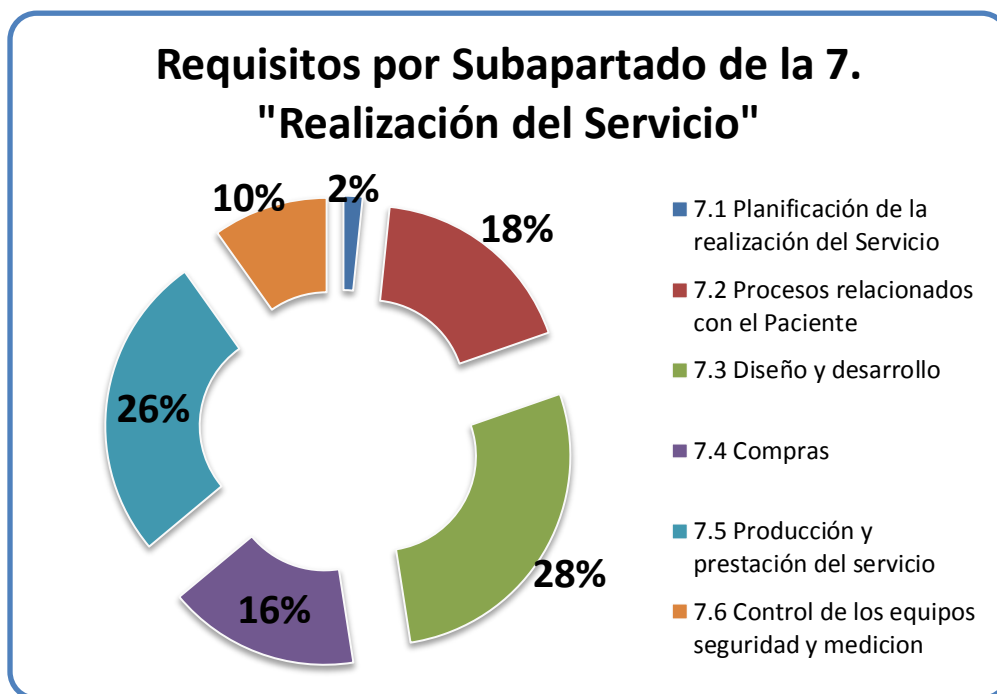
Gráfico 18: Resultados del Apartado 7 Realización del Servicio



Fuente: Elaboración Propia

En el gráfico anterior se observa el aporte de cada sub-apartado al nivel de cumplimiento de todo el apartado de Realización del Servicio, lo que denota que los apartados 7.4, 7.5 y 7.6 son los que principalmente aportan con un 41.8% (del total de 49.5%). Así mismo se observa que se tiene una brecha en este apartado del 50.5%.

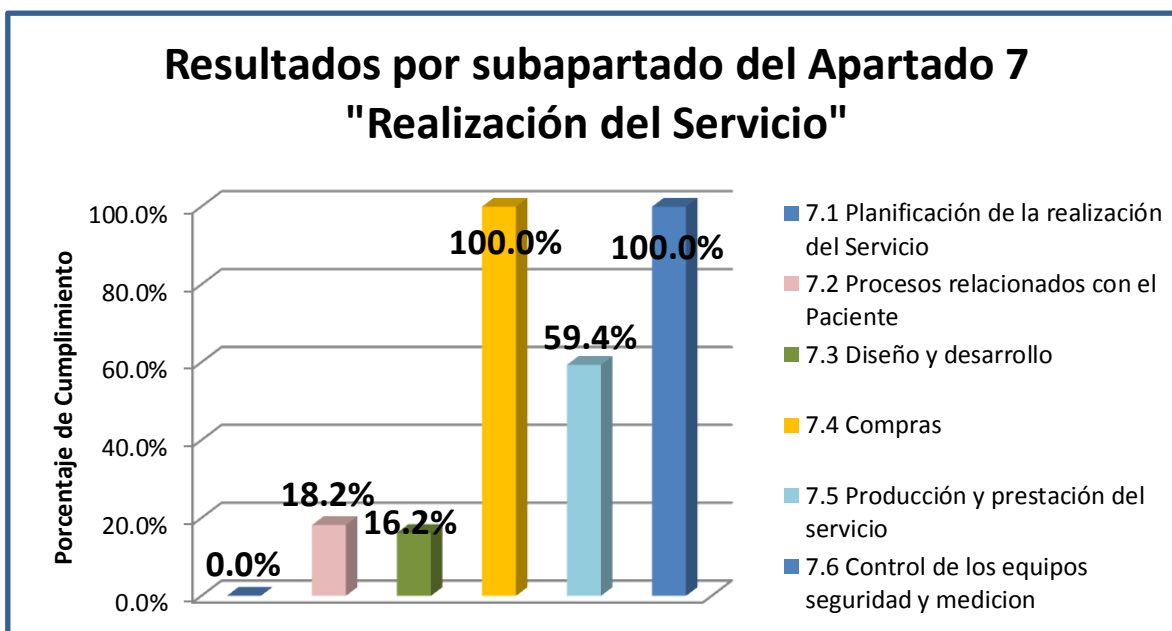
Gráfico 19: Requisitos por Sub-apartado de la Realización del Servicio



Fuente: Elaboración Propia

En el gráfico anterior se observa que el sub-apartado con la mayor cantidad de requisitos es el 7.3 (Diseño y Desarrollo), seguido del 7.5 (Producción y prestación del servicio) y en tercer lugar se encuentra el 7.2 (procesos relacionados con el paciente). En base a estas proporciones se puede interpretar los resultados obtenidos en este apartado, con el apoyo del siguiente gráfico.

Gráfico 20: Resultados por Sub-Apartado del Apartado 7 "Realización del Servicio"



Fuente: Elaboración Propia

En este gráfico se observa que de todos los sub-apartados, los primeros tres son los que tienen un cumplimiento por debajo del 20%, dos de los cuales son los que incluyen la mayor cantidad de requisitos (7.2 y 7.3) a nivel del apartado de Realización del Servicio.

A nivel del sub-apartado "Procesos relacionados con el paciente" (7.2) el resultado obtenido se debe a que no se cuenta debidamente definidos los requisitos del paciente ni tampoco se cuenta con una metodología para definir los mismos, estos elementos influyen en gran medida en la falta de cumplimiento de la mayoría de requisitos de este sub apartado. Naturalmente que si no se cuenta con los requisitos del paciente debidamente documentados, no se puede cumplir el apartado 7.1 que especifica la planificación de la realización del servicio tomando en cuenta los requisitos de cliente.

Por otro lado el nivel de cumplimiento también se ve impactado por el sub-apartado "Diseño y Desarrollo", que apenas llega a un cumplimiento de un 16.2 %, esto se debe principalmente a que no se cuenta con una metodología debidamente definida para el diseño de nuevos servicios, según lo requerido por la norma para este sub-apartado, siendo este el que mayor cantidad de requisitos incluye de todo el apartado 7.

Sin embargo para los sub-apartados de Compras (7.4) y Control de equipos (7.6) se tiene una gran fortaleza ya que para el primero se cuenta con normativas debidamente

definidas para la realización de compras donde se incluyen todas las regulaciones requeridas para una institución pública como tal. Para el segundo se tiene un control y mantenimiento de los diferentes equipos biomédicos requeridos para brindar el servicio.

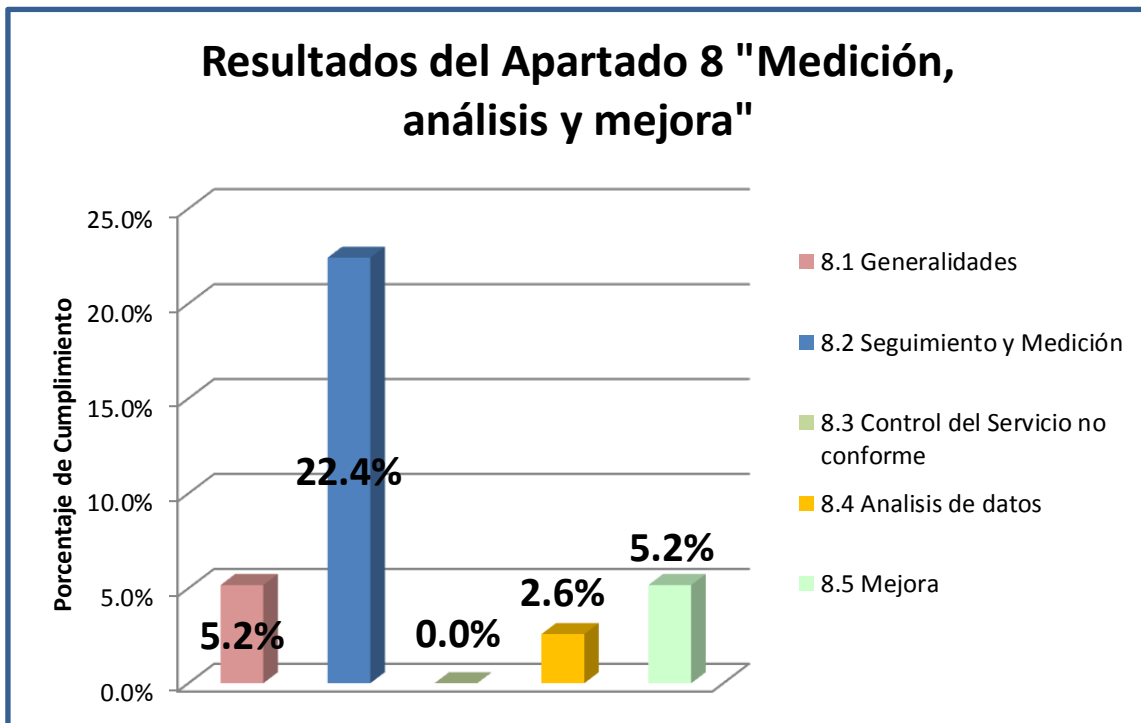
Para el cumplimiento del sub-apartado de "Prestación del Servicio" (7.5), se refleja un bajo cumplimiento debido a elementos relacionados con la falta de validación de los procesos según los requisitos del cliente, también se ve influenciada por la falta de una metodología debidamente establecida para el manejo de la propiedad del paciente y para el manejo del paciente como tal según lo exigido por la norma. Pero es uno de los tres sub-apartados con mayor cumplimiento de los requisitos establecidos.

5.7.1.5 Nivel de cumplimiento del Apartado 8 "Medición, Análisis y Mejora"

Tabla 54: Nivel de cumplimiento del apartado 8

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL APARTADO 8 "Medición, Análisis y Mejora"		
Sub-apartados	Suma total de puntos obtenidos	Porcentaje Obtenido
8.1 Generalidades	6	5.2%
8.2 Seguimiento y Medición	26	22.4%
8.3 Control del Servicio No conforme	0	0%
8.4 Análisis de Datos	3	2.6%
8.5 Mejora	6	5.2%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>35.34%</b>

Gráfico 21: Resultados del Apartado 8 Medición, Análisis y Mejora

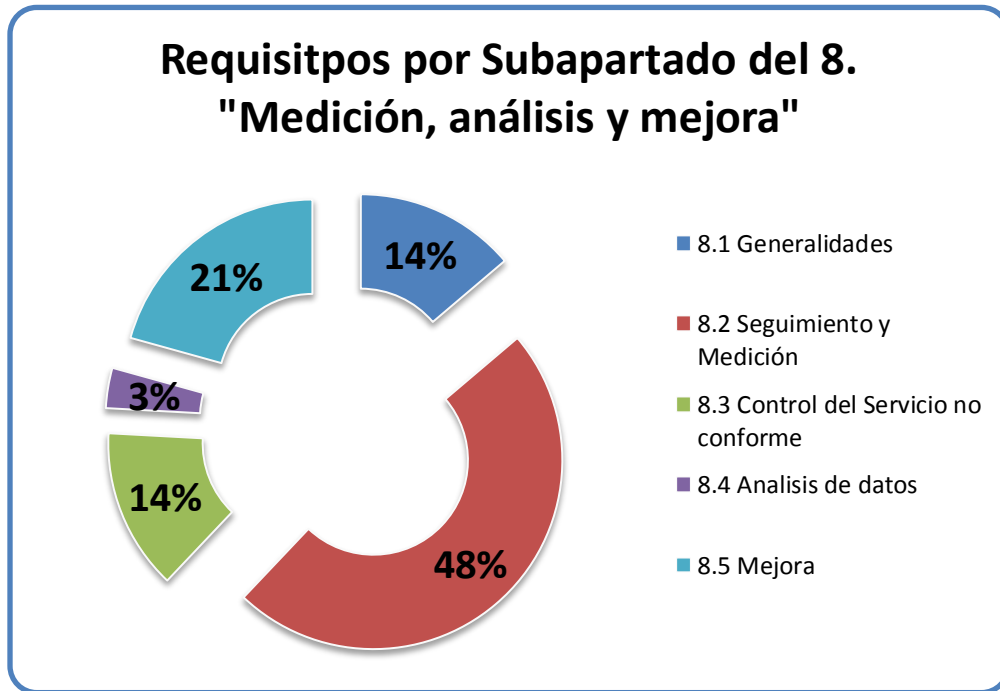


Fuente: Elaboración Propia



En el gráfico anterior se observa el grado de aporte de cada sub-apartado al nivel de cumplimiento de todo el apartado, denotando una brecha del 64.7%.

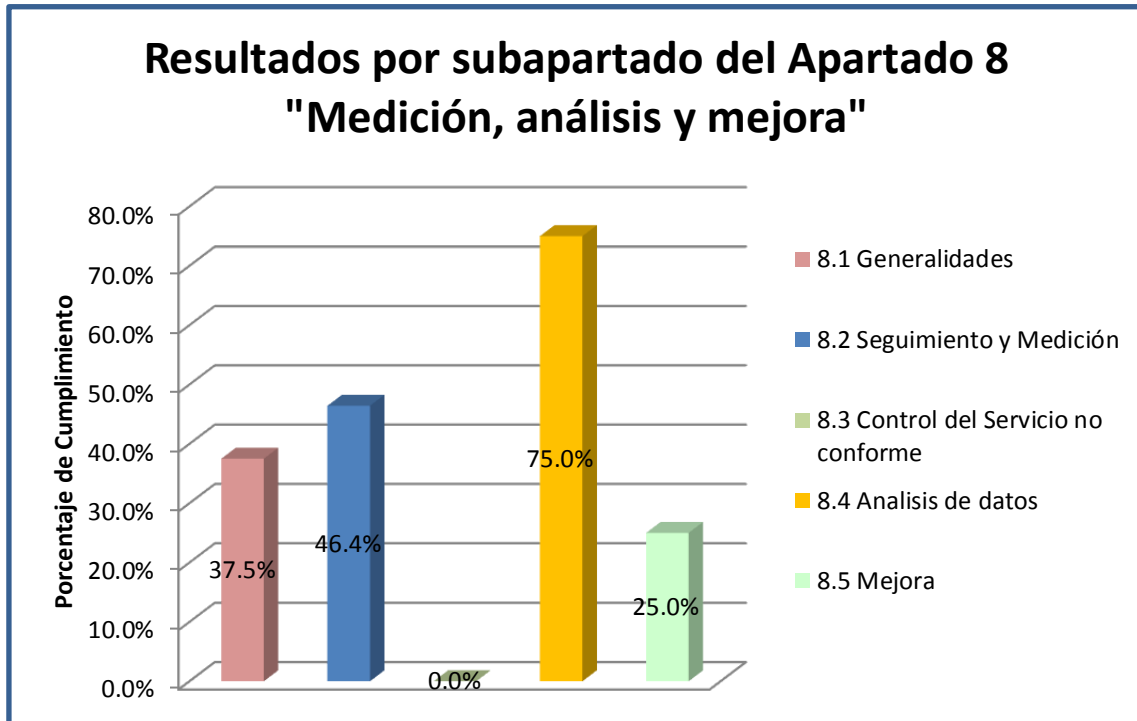
**Gráfico 22: Requisitos por Sub-apartado de la Medición, Análisis y Mejora**



Fuente: Elaboración Propia

En este gráfico se observa que la mayoría de requisitos se encuentra en el sub-apartado 8.2 seguimiento y Medición, seguido del 8.5 Mejora.

Gráfico 23: Resultados por Sub-Apartado del Apartado 8 “Medición, Análisis y Mejora”



Fuente: Elaboración Propia

En este gráfico se observa que el sub-apartado “Análisis de datos” (8.4) es en el que se cumple la mayoría de los requisitos del mismo. Seguido del sub-apartado “Seguimiento y Medición” (8.2), donde el cumplimiento de los requisitos se ve afectado por la falta de una metodología debidamente estructurada para medir la satisfacción del paciente a la cual apegarse para evidenciar esa medición según lo exige la norma, por otro lado la falta de auditorías internas de la gestión de la calidad como tal repercute en la no conformidad de varios requisitos y al no contar con este tipo de auditorías naturalmente se dificulta el control del servicio no conforme (8.3), para lo que no se tiene una metodología debidamente definida. En cuanto lo exigido por la norma en la mejora continua (8.5), se denota un bajo cumplimiento debido a que no se cuentan con los mecanismos necesarios exigidos por la norma para manejar las acciones correctivas de las no conformidades de la gestión de la calidad en el HNEM.

## 5.7.2 ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES

### 5.7.2.1. Análisis de Fortalezas y Oportunidades del Sistema de Gestión de la Calidad

Tabla 55: Análisis de fortalezas y oportunidades del apartado 4

APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<b>4. Sistema de Gestión de Calidad</b>		
4.1 Requisitos generales	Para los servicios subcontratados se cuenta con una relación contractual con los proveedores de los servicios de Alimentación, Limpieza y Seguridad que define el servicio esperado por parte del hospital. Al cual las áreas encargadas le dan seguimiento a que se cumplan los requerimientos estipulados.	Identificar los procesos que formaran parte del Sistema de Gestión de Calidad (SGC).  Documentar los procesos y procedimientos que formaran parte del SGC y las interacciones entre ellos.  Fortalecer los procedimientos de control a los proveedores para mejorar el seguimiento de los mismos.
<b>4.2 Requisitos de la documentación</b>		
4.2.1 Generalidades	El hospital cuenta con unidades cuya labor es contribuir con la mejora continua de la calidad en el hospital entre ellas está la Unidad Organizativa de la Calidad (creada recientemente por lineamientos de la Dirección Nacional de Hospitales) y la Unidad de Planificación. Estas unidades se encargan de seguir los lineamientos del MINSAL en materia de calidad.	Definir una política de calidad propia para el Hospital Nacional Especializado de Maternidad con sus objetivos de calidad en un solo documentos llamado Manual de Calidad, que contribuya a una mejor gestión de la calidad.  Documentar los procedimientos y registros exigidos por la norma.
4.2.2 Manual de calidad		Elaborar un Manual de Calidad para la situación particular del Hospital Nacional Especializado de Maternidad que incluya los elementos que exigen los estándares de la Norma ISO

APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
		9001:2008.
4.2.3 Control de documentos		<p>No se ha establecido un control adecuado de los documentos, una metodología documentada para la aprobación, actualización, cambios y estado de revisión, el tratamiento de los documentos obsoletos y un inventario con la debida identificación de los documentos existentes.</p> <p>Definir los mecanismos de seguimiento que evidencie el cumplimiento de los mecanismos que se definan para el control de los diferentes documentos.</p> <p>Lograr una distribución de los documentos del SGC a todos los niveles donde requerido por el personal. Así como también la difusión de los documentos actualizados que evite el uso de documentos que sean obsoletos mediante el manejo adecuado de los mismos.</p>
4.2.4 Control de registros	La institución cuenta con capacidad instalada en la unidad de Informática para hacer los respaldos electrónicos que sean requeridos.	<p>Se necesitará la creación de las metodologías para el control de los registros requeridos por SGC.</p> <p>Y metodologías que permitan la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de estos registros al personal indicado ya sea en formato digital o en físico utilizando copias de seguridad de los registros informáticos.</p> <p>Indicar dentro del Manual de calidad del SGC estos mecanismos para que estén a disposición de todos los actores que tengan que hacer uso de los mismos.</p>

**5.7.2.2. Análisis de Fortalezas y Oportunidades de la Responsabilidad de la Dirección**

**Tabla 56: Análisis de fortalezas y oportunidades del apartado 5**

APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<b>5 Responsabilidad de la Dirección</b>		
5.1 Compromiso de la dirección	<p>El hospital cuenta con un respaldo de nivel superior, La Dirección Nacional de Hospitales que emite lineamientos para los hospitales de las RIISS, lineamientos que deben ser acatados por la dirección de cada institución y dentro de ellos están los relacionados con la calidad.</p> <p>Actualmente se siguen los mecanismos de revisión de los estándares de calidad establecidos por la Dirección Nacional de Hospitales.</p> <p>Se cuenta con mecanismos de administrativos para definir los recursos anuales que necesitará cada unidad para brindar el servicio de atención médica de su especialidad.</p>	<p>Es necesario definir mecanismos de comunicación efectivos para transmitir al personal operativo del Hospital la importancia de satisfacer los requisitos del servicio brindado al paciente.</p> <p>La dirección debe establecer una política de calidad propia acorde a la situación particular del HNEM. Así como también los objetivos de calidad.</p> <p>Se debe velar porque se cuenten con los recursos necesarios para cumplir con los requisitos de los pacientes.</p>
5.2 Enfoque al cliente	<p>Existen experiencias en la medición de la satisfacción del paciente y se cuenta con un personal capacitado para realizar dichas mediciones.</p> <p>Se conoce con claridad los requisitos legales establecido para las pacientes y los recién nacidos.</p>	<p>Se requiere hacer un esfuerzo de definir los requisitos del paciente para todas las áreas, y concentrarlos en un solo documento. Agrupando los requisitos según convenga de manera que sean fácilmente identificables y utilizables para referencia en la medición de la satisfacción de los pacientes y la toma de decisiones</p> <p>Concretizar una metodología para evaluar la satisfacción del paciente.</p>

APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
5.3 Política de la calidad	<p>El Hospital cuenta con un apoyo de nivel superior para estandarizar los lineamientos al sector salud (Dirección Nacional de Hospitales), y se define el aporte que cada Hospital dará.</p> <p>Estos lineamientos son tomados por la dirección del hospital y transformados en objetivos, metas, actividades e indicadores para su medición, la dirección del hospital refleja el compromiso con la mejora de la calidad impulsando las actividades de la UOC (área que vela por que se cumplan los planes y actividades relacionadas con la calidad)</p>	<p>El HNEM debe elaborar una política propia de calidad y que sea entendida por todo el hospital, tomando como base los lineamientos de la DNH.</p> <p>La política deberá comunicarse a todo el personal de hospital de tal forma que se sientan comprometidos con la institución y el paciente de brindar un servicio de calidad.</p> <p>La dirección del hospital deberá seguir mecanismos definidos para revisar la política de calidad dejando evidencia de los cambios y revisiones realizadas a la política.</p>
5.4 Planificación		
5.4.1 Objetivos de la calidad	<p>La realización de la PAO es un punto a favor en la gestión de la calidad estableciéndose objetivos, metas, actividades e indicadores para lograr las líneas estratégicas del plan quinquenal y la mejora continua de la calidad del servicio.</p> <p>Las guías para la realización de los Planes Anuales Operativos son muy completas indicándose la realización de objetivos por cada línea estratégica a la puedan contribuir y a cada uno de estos objetivos asociarles metas, actividades, indicadores (si aplica) y la correspondiente calendarización</p>	<p>El compromiso de cumplir con los requisitos del paciente no se ha formalizado en el personal del Hospital. Se deben definir en todos los niveles los objetivos de calidad que debe cumplir cada nivel para asegurar la calidad del servicio proporcionado.</p> <p>Se debe incorporar dentro de los planes de cada unidad objetivos específicos relacionados con la calidad que sean medibles por indicadores.</p>
5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la	El desarrollo del RR.HH. es parte de las líneas estratégicas del Plan Estratégico Quinquenal 2009-2014. Semanalmente la Unidad de	Es necesario definir detalladamente la metodología para la planeación de la gestión de la calidad

APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
calidad	Formación Profesional programa capacitaciones tanto para el personal del HNEM como de los doctores del primer y segundo nivel con el propósito de mejorar el servicio brindado por la institución recibiendo a las pacientes en las condiciones adecuadas para ser atendidas por una institución especializada de tercer nivel.	integrándola en un documento de fácil acceso y esté disponible a todos los empleados que incluya todos los requisitos estipulados por la norma.
5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación		
5.5.1 Responsabilidad y autoridad	La institución cuenta con manuales de funciones y organización que demuestra su aseguramiento con este criterio de la norma. Los procedimientos relacionados con la contratación de personal contribuyen a la comunicación de las funciones de estos en los puestos a los que aplican	Es necesario revisar el manual de organización y funciones para su actualización, apegado a las nuevas formas de hacer las actividades operativas o administrativas en materia de gestión de calidad.
5.5.2 Representante de la dirección	La dirección ha definido a su representante, para que gestione la calidad en la institución, la persona delegada es el jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad y cuenta con la autoridad para desarrollar las actividades en pro de la Calidad y el recibir los informes de avance de los objetivos de calidad, metas y actividades planificadas por las unidad involucradas.	Se debe detallar claramente las funciones del personal de la Unidad Organizativa de la Calidad (UOC), en materia de aseguramiento del establecimiento, implementación y mantenimiento del SGC.  Parte de esas funciones debe enfatizar en el trabajo en la toma de conciencia de los requisitos en la prestación del servicio. Y facilitar de esta forma el monitoreo del cumplimiento de las funciones de la UOC.
5.5.3 Comunicación interna	<b>El hospital cuenta como vía de comunicación institucional ya establecida los memorándums.</b>	<b>Establecer un mecanismo eficaz para comunicar los requisitos del sistema de gestión de calidad según la competencia de cada</b>

APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
		<b>miembro del hospital.</b>
5.6 Revisión por la dirección		
5.6.1 Generalidades	Se realiza un monitoreo por parte del Comité Nacional de Calidad para relacionado al cumplimiento del programa de mejora continua en la calidad de los servicios hospitalarios. Como resultado de este monitoreo se elabora un informe que incluye la identificación y análisis de oportunidades de mejora.	Establecer un mecanismo institucional para revisar el sistema de gestión de calidad propio HNEM, en el que se incluyan las frecuencias de la revisión, la identificación de las oportunidades de mejora, y el análisis de la política y los objetivos de calidad planteados en el sistema.  Así como los respectivos registros para identificar las revisiones realizadas por la dirección del hospital.
5.6.2 Información de entrada para la revisión	El comité nacional de calidad deja copias de las auditorías realizadas al HNEM, lo que permite al hospital conocer los resultados de los indicadores que la Dirección Nacional de Hospitales toma en cuenta y mejorar las fallas encontradas en la auditoria.	Establecer como parte del mecanismo de revisión del sistema de gestión de calidad del HNEM, la información de entrada requerida: las auditorías realizadas, resultados a las mediciones de la satisfacción de los pacientes, los indicadores de desempeño del sistema, el estado de las acciones correctivas y preventivas realizadas al sistema, el análisis de los resultados de las revisiones anteriores, la identificación de los cambios requeridos al sistema y las recomendaciones de mejora para el mismo.
5.6.3 Resultados de la revisión	En el informe de las auditorías realizadas al HNEM por parte del Comité Nacional de Calidad de la Dirección Nacional de Hospitales	Establecer como parte del mecanismo de revisión del sistema de gestión de calidad los resultados relacionados con las acciones y decisiones tomadas con respecto a la mejora de la eficacia del



APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
		sistema y de la prestación de los servicios del HNEM.

### 5.7.2.3. Análisis de Fortalezas y Oportunidades de Gestión de Recursos

Tabla 57: Análisis de fortalezas y oportunidades del apartado 6

APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<b>6. Gestión de Recursos</b>		
<b>6.1 Provisión de recursos</b>	Esfuerzo interno por parte del hospital para fortalecer la gestión de la calidad a través de la creación de la Unidad Organizativa de la Calidad.	Determinar con claridad para las unidades relacionadas con el “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el Proceso de Atención al Recién Nacido” y sus unidades de apoyo clínico, la infraestructura (Espacio físico o camas acorde a la demanda del servicio, equipos biomédicos), Recurso Humano, medicinas e Insumos médicos necesarios, tomando como base las necesidades de las pacientes y el recién nacido.  Para que el hospital pueda de manera planificada priorizar los recursos tomando en cuenta el sistema de gestión de calidad.
<b>6.2 Recursos Humanos</b>		
<b>6.2.1 Generalidades</b>	Se realizan evaluaciones del desempeño de manera periódica al personal basadas en el méritos.  Al contratar personal se realizan las evaluaciones apropiadas para garantizar su competencia.	

APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<p><b>6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia</b></p>	<p>El hospital cuenta con un manual de descripción de plazas divididas en especialidades y subespecialidades.</p> <p>También se elabora anualmente un Plan Integrado de Capacitaciones.</p> <p>Además cuenta con una metodología para evaluar periódicamente las capacitaciones calificando una serie de criterios según los lineamientos establecidos por el MINSAL. Por otro lado todo el personal asistente a la capacitación debe dejar registro de su asistencia.</p> <p>Se realiza una actualización de la ficha de cada empleado según las formaciones que ha recibido anexando a cada uno los diplomas obtenidos que respaldan la formación.</p>	
<p><b>6.3 Infraestructura</b></p>		
	<p>La unidad de mantenimiento del equipo biomédico cuenta con una planificación del mantenimiento preventivo en los que se incluyen todos los equipos biomédicos del hospital.</p> <p>Las acciones de mantenimiento con sus respectivas órdenes de trabajo realizadas se documentan de manera física y electrónica.</p>	<p>Elaborar un levantamiento de los requerimientos de infraestructura y los servicios de apoyo para El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido” según las necesidades de las pacientes y el recién nacido.</p> <p>Actualizar los protocolos de mantenimiento que definen la metodología para realizar las tareas de mantenimiento.</p>

APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<b>6.4 Ambiente de trabajo</b>		
	<p>El personal médico y de enfermería cuentan con la experiencia que les permite supervisar que en las unidades de atención se mantengan con las condiciones mínimas para atender a las pacientes y al recién nacido.</p>	<p>Definir las condiciones específicas tanto ambientales como físicas para las unidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Partos</li> <li>• Quirófano Obstétrico</li> <li>• Puerperio</li> <li>• Cirugía Obstétrica</li> <li>• Cuidados Intensivos del Recién Nacido</li> <li>• Cuidados Intermedios del Recién Nacido</li> <li>• Cuidados Mínimos del Recién Nacido</li> </ul> <p>Para lograr la conformidad con los requisitos del servicio de las pacientes y el recién nacido.</p> <p>Fortalecer el seguimiento al mantenimiento de las condiciones específicas de cada servicio mediante evidencias que respalden la continuidad de las condiciones de trabajo.</p>

#### 5.7.2.4. Análisis de Fortalezas y Oportunidades de la Realización del Servicio

Tabla 58: Análisis de fortalezas y oportunidades del apartado 7

APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<b>7. Realización del Servicio</b>		
<p><b>7.1 Planificación de la realización del Servicio.</b></p>	<p>Las unidades de atención de la división médica cuentan con una planificación anual operativa donde se reflejan la capacidad de servicio que esperan brindar durante el año.</p>	<p>Incorporar en la planificación los requisitos del paciente, los objetivos de calidad, las actividades de verificación, validación, seguimiento, medición e inspección de los servicios brindados a fin de mejorar la satisfacción de las necesidades de las pacientes y el recién nacido en las unidades de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Partos</li> <li>• Quirófano Obstétrico</li> <li>• Puerperio</li> <li>• Cirugía Obstétrica</li> <li>• Neonatología (Cuidados Intensivos del Recién Nacido, Cuidados Intermedios del Recién Nacido, Cuidados Mínimos del Recién Nacido)</li> </ul>
<b>7.2 Procesos relacionados con el Paciente</b>		
<p><b>7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio</b></p>	<p>El personal médico del HNEM, se caracteriza por su amplia experiencia en sus respectivas especialidades médicas.</p> <p>Se cuenta con requisitos clínicos establecidos en los “Lineamientos técnicos de la calidad en hospitales de la RIIS”.</p> <p>Se tienen definidos los marcos</p>	<p>Establecer los requisitos del paciente que deben cumplir cada servicio, para establecer un marco común al personal de cada unidad de los procesos de atención al recién nacido y de atención de parto y postparto.</p> <p>Establecer los requisitos propios del HNEM para cada servicio en las unidades de los</p>

APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
	<p>legales que regulan la atención en: Neonatología, Partos, Quirófano Obstétrico y Puerperio.</p>	<p>procesos de atención al recién nacido y atención del parto y postparto. Que tome como referencia los lineamientos técnicos establecidos por MINSAL.</p> <p>Definir requisitos particulares para cada unidad según el marco legal vigente, a fin de garantizar el cumplimiento de la legislación.</p> <p>Establecer una metodología para definir los requisitos relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente y el recién nacido.</li> <li>• Prestación del servicio.</li> <li>• Legislación relacionada.</li> </ul> <p>Fortalecer el cumplimiento de la metodología para definir los servicios mediante la definición de registros que respalden la implementación adecuada de la metodología.</p>
<p><b>7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio</b></p>		<p>Establecer una metodología para la revisión de los requisitos del paciente y de la prestación del servicio.</p> <p>Definiendo los registros que permitan medir el cumplimiento de lo especificado en la metodología.</p> <p>Establecer los mecanismos necesarios para evidenciar la revisión de los requisitos del paciente y la prestación del servicio.</p> <p>Definir los mecanismos necesarios para la realización</p>

APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
		de cambios en los requisitos de los servicios ofertados por las unidades de la división medica relacionadas con el proceso de atención del parto y de atención del parto y postparto.
<p align="center"><b>7.2.3 Comunicación con el paciente</b></p>	<p>En los servicios de Neonatología, Partos, Quirófano Obstétrico, Puerperio, Cirugía Obstétrica, se tiene la comunicación medico paciente tradicional. En algunos servicios incluso se brindan charlas educativas por parte de las enfermeras, en base a temas acordados previamente.</p>	<p>Establecer un mecanismo que defina la información que se debe proporcionar al ciudadano y el responsable a comunicarla en las unidades relacionadas con el “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”. A fin de uniformizar los esfuerzos que ya se realizan en las diferentes unidades.</p> <p>Definir los instrumentos para medir la satisfacción de las pacientes y registrar las quejas que estas puedan tener de los servicios brindados en las unidades relacionadas con el “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”.</p>
<p><b>7.3 Diseño y desarrollo</b></p>		
<p><b>7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo</b></p>	<p>En la práctica se han realizan esfuerzos de diseñar servicios nuevos por parte de las unidades de la división medica cuando se han identificado necesidades, y se han realizado las gestiones necesarias para llevar a la implementación los nuevos servicios.</p>	<p>Definir una planificación de los nuevos servicios que incluya etapas de diseño, verificación y validación.</p> <p>Especiar una metodología con los mecanismos y los criterios de revisión de cada etapa del diseño que incluya la determinación de los responsables de llevarlas a cabo.</p>

APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<b>7.3.2 Elementos de entrada para el diseño</b>		Definir los mecanismos para establecer los elementos de entrada del diseño. Donde se evidencien mediante los registros apropiados la identificación de los mismos.
<b>7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo</b>		Establecer los requisitos de salida del diseño y desarrollo a fin de que se suministre la información apropiada para la compra, producción y prestación adecuada del servicio diseñado. Así como para la verificación y validación del diseño.
<b>7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo</b>		Definir los registros y mecanismos necesarios para evidenciar las revisiones realizadas a cada etapa del diseño, donde se incluyan los criterios de aceptación de cada etapa.
<b>7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo</b>		Definir los registros y mecanismos necesarios para la verificación del diseño y el desarrollo con sus respectivos criterios de aceptación.
<b>7.3.6 Validación del diseño y desarrollo</b>		Definir los registros y mecanismos necesarios para la validación del diseño y el desarrollo con sus respectivos criterios de aceptación.
<b>7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo</b>		Definir los mecanismos y los registros necesarios para realizar cambios a los diseños a la prestación de los servicios. Tomando en cuenta la evidencia necesaria relacionada con la verificación

APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
		y validación de los cambios.
<b>7.4 Compras</b>		
<b>7.4.1 Proceso de compras</b>	<p>Se encuentran definidos por escrito los servicios y los requisitos solicitados a los proveedores en base a lo establecido en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.</p> <p>La selección de proveedores se encuentra definida en base a criterios de selección preestablecidos por ejemplo calidad, precio, experiencia, entre otros.</p> <p>Se realizan 3 tipos de evaluación a los proveedores: Técnica, Financiera y Legal.</p> <p>Los registros de las evidencias de cumplimiento de los criterios de selección, evaluación y reevaluación están incluidos en el cuadro de análisis.</p>	
<b>7.4.3 Verificación de los productos comprados</b>	<p>Se posee una metodología adecuada para la inspección de los productos comprados en la que se define las responsabilidades para la inspección de los productos comprados y los registros de las inspecciones por medio del seguimiento del contrato u orden de compra.</p>	
<b>7.5 Producción y Prestación del Servicio</b>		
<b>7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio</b>	<p>Para la prestación del servicio existe una metodología en las unidades de Partos, Puerperio, Quirófano Obstétrico, Cirugía Obstétrica y Neonatología por</p>	<p>Utilizar los medios y equipos necesarios para brindar el servicio que satisfaga las necesidades de las pacientes.</p>



APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
	<p>medio de los manuales de procesos, guías clínicas y lineamientos técnicos.</p> <p>En el expediente clínico de cada paciente los registros conforme a la metodología definida.</p> <p>Las instrucciones de trabajo se encuentran disponibles y actualizadas en los lugares correspondientes.</p> <p>Las inspecciones que se realizan durante la prestación del servicio se realizan durante la vista diaria a excepción de Quirófano Obstétrico que se realiza por medio de la tutoría a los residentes.</p> <p>En la contratación del personal se realiza una evaluación del personal por contratar y semestralmente se evalúa al personal, esta evaluación está a cargo del jefe del servicio.</p>	
<b>7.5.2 Validación de los procesos de la prestación del servicio</b>		<p>Validar los procesos de prestación del servicio por medio de la definición de los requisitos.</p> <p>Registrar la validación de los procesos.</p>
<b>7.5.3 Identificación y trazabilidad</b>	<p>Se encuentra identificado y se evidencia la trazabilidad del servicio a lo largo de todo el proceso por medio del expediente clínico.</p>	<p>Definir el proceso completo que puede atravesar la paciente y el recién nacido en el hospital.</p>
<b>7.5.4 Propiedad del paciente</b>	<p>Cumplimiento de la ley de protección de datos con la información de las pacientes ya que los archivos médicos se consideran información confidencial según la ley de</p>	<p>Definir metodología adecuada para la comunicación de los daños ocurridos en las pertenencias del paciente.</p> <p>Realizar el registro</p>

APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
	acceso a la Información.	correspondiente de dichas comunicaciones.
<b>7.5.5 Preservación del paciente</b>	<p>Existe definida una metodología adecuada para el traslado e identificación del paciente dentro de las instalaciones del hospital por medio de Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta, expediente del paciente y brazalete.</p> <p>El cumplimiento de la metodología se evidencia por medio de la identificación de los censos, hoja de ingreso y egreso y revisión de las indicaciones cumplidas.</p> <p>Se encuentra definida la metodología adecuada para el traslado a otra institución</p>	Definir metodología para la protección del paciente que incluya los diferentes escenarios en los que se encuentran las pacientes en el hospital.
<b>7.6 Control de los equipos de seguimiento y medición</b>	<p>Los equipos de seguimiento y medición se encuentran debidamente identificados, existe para cada equipo programas de control de mantenimiento preventivo.</p> <p>Se cuenta como respaldo de las verificaciones realizadas las ordenes de trabajo. Y se cuenta con un control electrónico del estado de las verificaciones de los equipos.</p> <p>Se cuenta con procedimientos a seguir cuando hay problemas con las mediciones.</p>	

5.7.2.5. *Análisis de Fortalezas y Oportunidades de Medición Análisis y Mejora*

Tabla 59: Análisis de fortalezas y oportunidades del apartado 8

APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<b>8. Medición Análisis y Mejora</b>		
<b>8.1 Generalidades</b>	<p>La Unidad Organizativa de la Calidad (UOC) realiza la medición, análisis y mejora por medio de la <b>Planificación Anual Operativa de la Unidad Organizativa de la Calidad</b> que incluye los procesos claves del Hospital.</p> <p>Los Jefes de cada uno de los servicios ejecutan el seguimiento y medición de los procesos claves alimentando mensualmente la base de datos de los estándares. Se establecen los círculos de calidad ejecutando los proyectos definidos para los estándares donde se han encontrado áreas de mejora.</p> <p>Se realizan reuniones con los comités de apoyo y la UOC que permiten el planteamiento de planes de acción así como la generación de informes para la alta dirección.</p> <p>Los procesos estratégicos, claves y de apoyo claves realizan la medición, análisis y mejora por medio de reuniones mensuales con la alta dirección, los comités de apoyo y la UOC.</p>	<p>Vincular esfuerzos del personal que compone cada uno de los procesos por medio de la concientización del enfoque por procesos ya que en la actualidad se maneja para cada uno de los servicios que brinda el hospital.</p> <p>Verificar que los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora demuestren la conformidad con los requisitos del servicio.</p> <p>Planificar acciones de medición, análisis y mejora para cada uno de los procesos (no fragmentados para cada uno de los servicios como se realiza actualmente) que permita demostrar la conformidad de los requisitos del servicio.</p>
<b>8.2 Seguimiento y Medición</b>		
<b>8.2.1 Satisfacción</b>	Se planifica evaluar la satisfacción de la paciente en los siguientes servicios: Emergencia, Consulta Externa y Servicios de Hospitalización (Puerperio, Cirugía	Planificar la evaluación de la satisfacción de la paciente en todos los servicios (que incluya los procesos de apoyo clave)

APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<b>del Cliente</b>	<p>Obstétrica, Perinatología, Oncología y Neonatología).</p> <p>Manejo de registros del análisis de los resultados de la satisfacción del paciente por medio de una base de datos llamada EPI-INFO.</p> <p>Ejecución de acciones de mejora posteriores a la medición de la satisfacción del paciente.</p>	que brinda el hospital.
<b>8.2.2 Auditoría Interna</b>	<p>Planificación anual de realización de auditorías internas administrativas basado en lo que establece la ley.</p> <p>Las auditorias administrativas se realizan en base al plan anual de auditorías.</p>	<p>Realizar auditorías internas relacionadas con el Sistema de Gestión de Calidad en todas las unidades del hospital para realizar correcciones y tomar acciones correctivas en toda la institución.</p> <p>Se deben elaborar planes para la realización de las auditorias al SGC. Que se apeguen a una metodología definida y dejen evidencia de su realización a través de los registros exigidos por la norma.</p>
<b>8.2.3 Seguimiento y Medición de los Procesos y del Servicio</b>	<p>Planificación del seguimiento y las características a medir del servicio por medio de los indicadores de gestión 2012.</p> <p>Metodología definida como el Plan Anual Operativo demuestra la capacidad de alcanzar los resultados planificados que permite la ejecución de acciones posteriores por medio de estrategias de ajuste.</p>	
<b>8.3 Control del Servicio conforme del No</b>	Para el control del servicio no conforme se toma de referencia la guía de Atención al Ciudadano basado en la Escuela Superior de Salud de Colombia.	<p>Planificación de la metodología que permita determinar la no conformidad en los servicios brindados.</p> <p>Adaptar y adoptar la guía de Atención al Ciudadano a las</p>

APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
		<p>condiciones intrínsecas del hospital.</p> <p>Solventar las no conformidades encontradas por medio de la ejecución de la metodología.</p> <p>Definir los responsables de la ejecución de la metodología.</p> <p>Realizar acciones posteriores para mejorar las no conformidades del servicio.</p>
<p><b>8.4 Análisis de Datos</b></p>	<p>Se determinan, recopilan y analizan datos por medio de los realiza por medio de los 28 estándares que maneja la institución, se califica por medio de un sensor: critico, aceptable o sobresaliente</p>	<p>Programar revisión y actualización de los estándares que se manejan con el personal idóneo de acuerdo a la coyuntura.</p>
<p><b>8.5 Mejora</b></p>		
<p><b>8.5.1 Mejora Continua</b></p>	<p>Se planifica mejorar continuamente la eficacia por medio de reuniones de la Unidad Organizativa de la Calidad con los distintos comités del hospital que permiten la revisión de los estándares.</p> <p>Realización de actividades que permiten la mejora en la revisión de estándares, revisión de problemáticas y buscar áreas de acciones de corrección de acuerdo a las necesidades.</p>	<p>Mejorar continuamente la eficacia mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas preventivas y la revisión por la dirección.</p>
<p><b>8.5.2 Acción Correctiva</b></p>		<p>Planear procedimientos para revisar las no conformidades.</p> <p>Documentar procedimientos para revisar las no conformidades.</p> <p>Definir procedimientos que permitan determinar las causas</p>

APARTADO DE LA NORMA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
		de las no conformidades. Documentar procedimientos para determinar e implementar las acciones necesarias.

### 5.8 CONCLUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Como conclusión de la investigación de la determinación del nivel de cumplimiento de la gestión de la calidad actual respecto a los requisitos de la norma de referencia, se presenta lo siguiente:

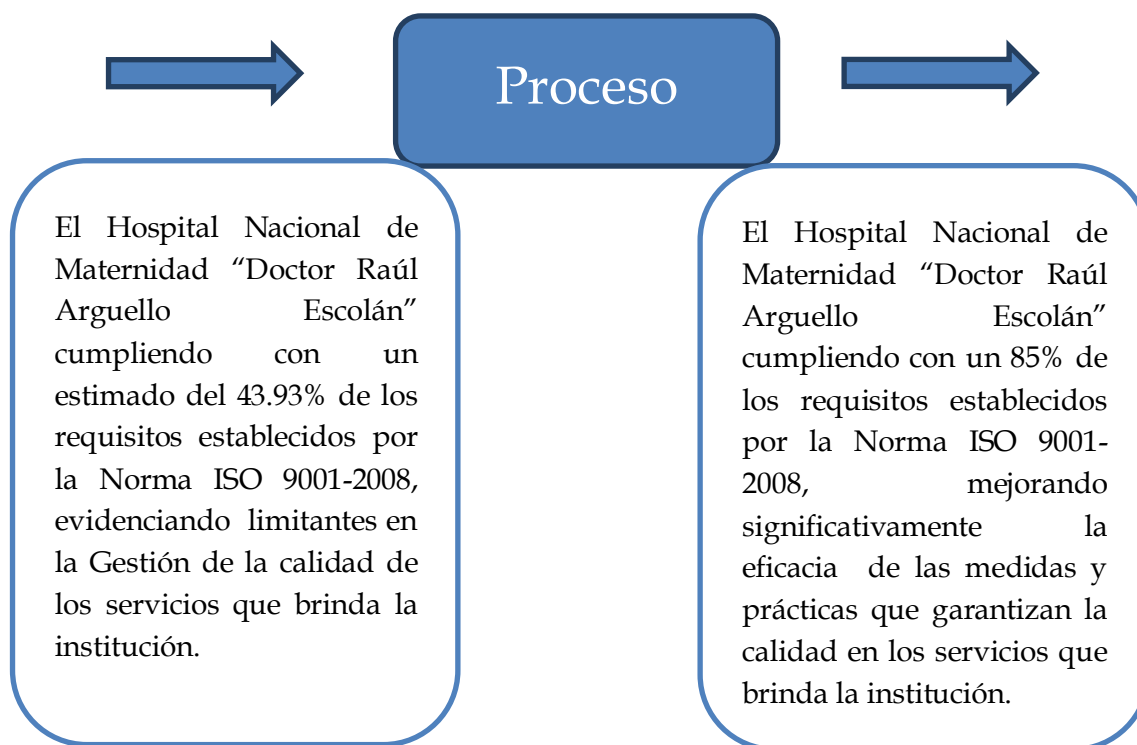
- ✓ El sistema global de calidad se cumple, pero con deficiencias en cuanto a documentación, a la continuidad y sistemática de su cumplimiento, tiene una fidelidad deficiente con las actividades realmente realizadas. Se deberán solucionar las deficiencias urgentemente, para que el sistema sea eficaz.
- ✓ La institución posee las bases para un Sistema de Gestión de Calidad por lo que debe de involucrar a todo el personal para que este se comprometa en todos los niveles y se cumpla el fin último de satisfacer al paciente, ya que en la actualidad existe una fragmentación en la división médica y de enfermería.
- ✓ Se debe de aprovechar al máximo todos los recursos disponibles, principalmente el humano que es el recurso más preciado que tiene la institución.

## DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

En base a la información recopilada y a los resultados obtenidos podemos Definir el problema de la investigación:

### Estado A

### Estado B



## 5.9 REALIZACIÓN DE LA REUNIÓN DE CIERRE

La reunión de cierre, presidida por el líder del equipo investigador, se realiza para presentar los hallazgos y conclusiones de la investigación de tal manera que sean comprendidos y reconocidos por la dirección de la organización investigada.

Entre los participantes en la reunión de cierre se incluyó a los directivos de la organización investigada, Unidad Organizativa de la Calidad y Unidad de Planificación.

Cualquier opinión divergente relativa a los hallazgos de la investigación y/o a las conclusiones entre el equipo investigador y la organización investigada deberían discutirse y, si es posible, resolverse. Si no se resolvieran, las dos opiniones deberían registrarse.

Dando a conocer finalmente las fortalezas y oportunidades de mejora que sirven de base para los requerimientos del diseño del Sistema de Calidad.

Al final de la reunión quedó un espacio para la retroalimentación de la investigación que sirve para sustentar cualquier duda o comentario.



# TITULO 2: DISEÑO





# **CAPITULO 1: CONCEPTUALIZACIÓN DEL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

## 1 ETAPAS PARA EL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD



**Diagrama 1. Etapas del Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad**

El presente diseño del sistema de gestión de calidad se fundamenta en el diagnóstico del Hospital Nacional Especializado de Maternidad tomando como referencia el modelo normativo para la gestión de la calidad ISO 9001:2008, donde se determinó que la brecha existente es de un 43.93%.

En base a la evaluación de la situación actual se determinan los requerimientos del diseño, para lograr un nivel cumplimiento de un 85% de la norma ISO 9001:2008.

Dada la complejidad de diseño se establece, la metodología para el desarrollo, donde se estructura la secuencia en que deben diseñarse los elementos del sistema, a fin de garantizar la congruencia de todas las partes.

## 2 REQUERIMIENTOS DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA ISO 9001:2008

Los requerimientos de cumplimiento del diseño están enmarcados en los componentes principales que se muestran en la siguiente figura de un Sistema de Gestión de Calidad, con el propósito de desarrollar todos aquellos elementos que son necesarios para acortar la brecha en materia de gestión de calidad en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad con respecto a la Norma ISO 9001:2008.

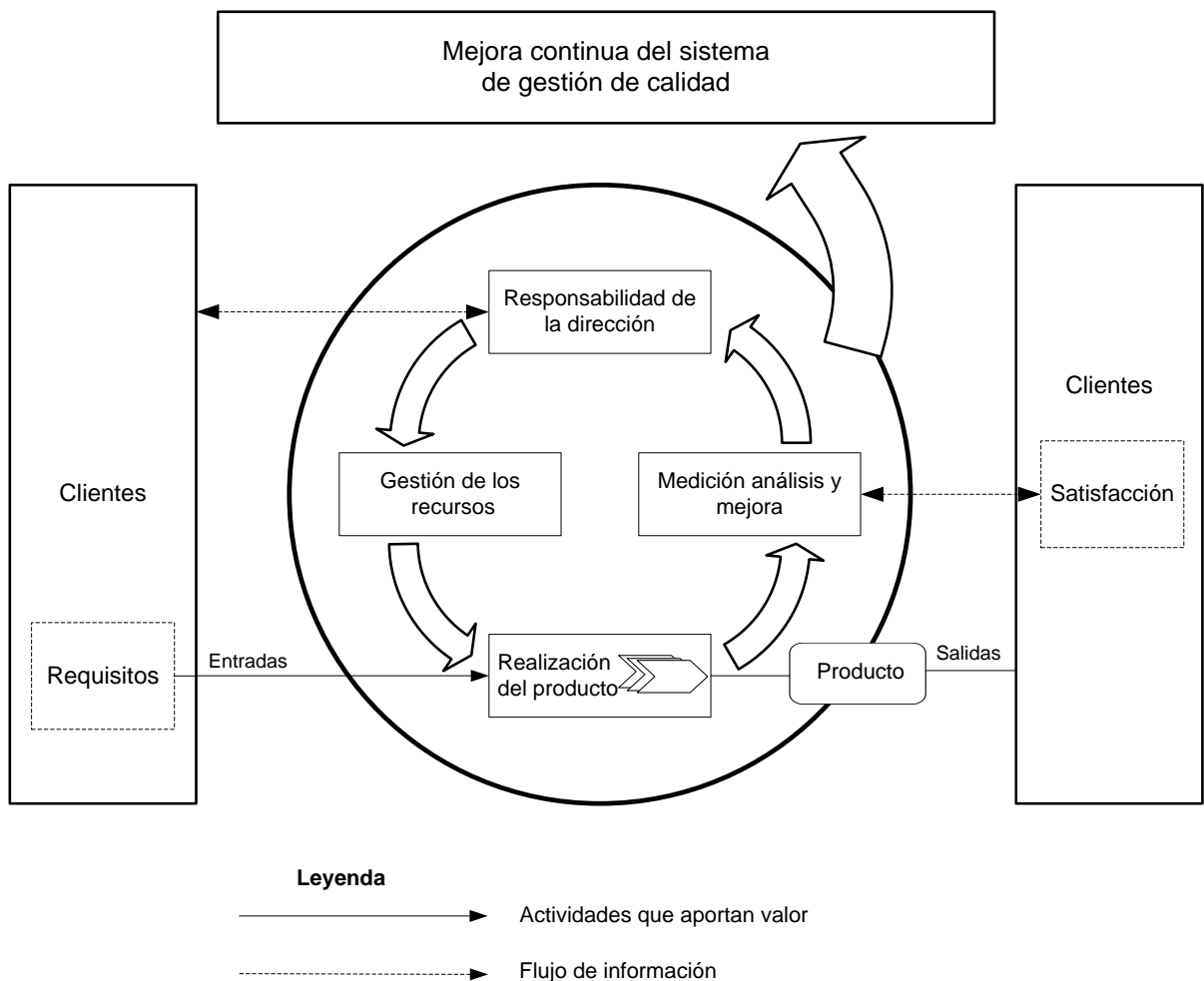


Figura 27: Modelo de un Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2008

En las siguientes tablas se establecen las especificaciones puntuales del diseño para superar las deficiencias actuales del hospital en materia de gestión de calidad satisfaciendo los requisitos de cumplimiento de la Norma ISO 9001:2008.

Tabla 60: Requerimientos del diseño del apartado 4

APARTADO DE LA NORMA	Requerimientos de Diseño
<b>4. Sistema de Gestión de Calidad</b>	
4.1 Requisitos generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración del Manual de procesos de Atención del parto y posparto y Atención del Recién Nacido.</li> <li>• Establecer los criterios y métodos necesarios que aseguren la eficaz aplicación y control de los procesos.</li> <li>• Documentar los mecanismos de control de calidad de los servicios contratados de alimentación para el área hospitalaria como parte del SGC.</li> <li>• Documentar los mecanismos de control de calidad para proveedores de fórmulas lácteas y para proceso de la elaboración de fórmulas lácteas en el HNEM como parte del SGC.</li> </ul>
4.2 Requisitos de la documentación	
4.2.1 Generalidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentar la política de Calidad propia del HNEM.</li> <li>• Establecer los objetivos de calidad del HNEM.</li> <li>• Elaborar el Manual de Calidad del HNEM.</li> <li>• Elaborar los procedimientos requeridos para el SGC del HNEM:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Procedimientos para el control de documentos.</li> <li>○ Procedimientos para el control de registros.</li> <li>○ Procedimientos para Auditoría interna.</li> <li>○ Procedimientos para las acciones correctivas.</li> <li>○ Procedimientos para las acciones preventivas.</li> </ul> </li> </ul>
4.2.2 Manual de calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer el Alcance del sistema de gestión de calidad tomando en cuenta los procesos de Atención del parto y posparto y Atención del Recién Nacido.</li> <li>• Establecer las justificaciones de las exclusiones del apartado 7 que apliquen.</li> <li>• Incorporar las referencias a los procedimientos que estén dentro del alcance del SGC.</li> <li>• Elaborar las interacciones entre los procesos del SGC.</li> </ul>
4.2.3 Control de documentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Elaborar los procedimientos para el control de documentos.</b></li> <li>• <b>Establecer una metodología documentada para la aprobación de documentos.</b></li> <li>• <b>Establecer una metodología para la revisión y</b></li> </ul>

APARTADO DE LA NORMA	Requerimientos de Diseño
	<p><b>actualización de los documentos y para la identificación de los cambios y la versión de los mismos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Elaborar los mecanismos necesarios para asegurar que la elaboración y modificación de los documentos se realiza acorde a la norma.</b></li> </ul>
4.2.4 Control de registros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar los procedimientos necesarios para el control de los registros del SGC del HNEM.</li> <li>• Establecer los mecanismos y los procedimientos necesarios para la identificación, almacenamiento, recuperación y disposición de los registros del SGC.</li> </ul>

Tabla 61: Requerimientos del diseño del apartado 5

APARTADO DE LA NORMA	Requerimientos de Diseño
<b>5 Responsabilidad de la Dirección</b>	
5.1 Compromiso de la dirección	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer los mecanismos y/o procedimientos necesarios para comprometer a la dirección del HNE en: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La transmisión de la importancia de satisfacer los requisitos de las pacientes y el recién nacido establecidos en el SGC.</li> <li>○ El establecimiento y difusión de la política de calidad en todos los niveles.</li> <li>○ El establecimiento y cumplimiento de los objetivos de calidad, así como su concordancia con la política de calidad.</li> <li>○ Las revisiones periódicas del sistema de gestión de calidad y a la disponibilidad de los recursos para la eficacia de del sistema.</li> </ul> </li> </ul>
5.2 Enfoque al cliente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concretizar los mecanismos para que la dirección tenga la capacidad de asegurarse que: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se determinan los requisitos de la prestación del servicio (médicos y legales) para satisfacer las necesidades de las pacientes y el recién nacido y cumplen con el propósito fundamental de aumentar la satisfacción del cliente.</li> <li>○ Se evalué la satisfacción del paciente en los servicios del HNEM.</li> </ul> </li> </ul>
5.3 Política de la	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una la política de calidad propia para el HNEM que tenga como referencia la establecida por la Dirección Nacional</li> </ul>

APARTADO DE LA NORMA	Requerimientos de Diseño
calidad	<p>de Hospitales, que tenga como eje fundamental la mejora continua del SGC del HNEM.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer los mecanismos para difundir la política de calidad a todo el personal y asegurar el entendimiento de la misma.</li> <li>• Definir los mecanismos de revisión y continua adecuación de la política de calidad.</li> </ul>
<b>5.4 Planificación</b>	
5.4.1 Objetivos de la calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir los mecanismos para asegurar que los objetivos de calidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estén acordes a las directrices de la política, que sean medibles y estén asociados a indicadores.</li> <li>○ Se encuentren desarrollados en un plan para cada proceso del SGC.</li> <li>○ Sean monitoreados en su cumplimiento los y se comparen respecto a años anteriores.</li> </ul> </li> </ul>
5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir detalladamente la metodología para la planeación de la gestión de la calidad integrándola en un documento al que se acceda fácilmente y esté disponible a todos los empleados.</li> </ul>
<b>5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación</b>	
5.5.1 Responsabilidad y autoridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir los mecanismos necesarios para que se defina en el manual de organización y funciones para su actualización, apegado a las nuevas formas de hacer las actividades operativas o administrativas.</li> </ul>
5.5.2 Representante de la dirección	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detallar claramente las funciones del personal de la Unidad Organizativa de la Calidad (UOC), para cumplir con: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El aseguramiento, implementación y mantenimiento de los procesos del SGC.</li> <li>○ Informar el desempeño del SGC.</li> <li>○ Promover la toma de conciencia del cumplimiento de los requisitos de los servicios brindados al paciente.</li> </ul> </li> <li>• Definir los mecanismos para el monitoreo del cumplimiento de las funciones de la UOC.</li> </ul>
5.5.3 Comunicación interna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer un mecanismo eficaz para comunicar los requisitos del sistema de gestión de calidad según la competencia de cada miembro del hospital.</li> </ul>
<b>5.6 Revisión por la dirección</b>	
5.6.1 Generalidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer un mecanismo institucional para revisar el sistema de gestión de calidad propio HNEM, en el que se incluyan las frecuencias de la revisión, la identificación de las oportunidades de mejora, y el análisis de la política y los objetivos de calidad</li> </ul>

APARTADO DE LA NORMA	Requerimientos de Diseño
	planteados en el sistema. Así como los respectivos registros para identificar las revisiones realizadas por la dirección del hospital.
5.6.2 Información de entrada para la revisión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Establecer como parte del mecanismo de revisión del sistema de gestión de calidad del HNEM, la información de entrada requerida: las auditorías realizadas, resultados a las mediciones de la satisfacción de los pacientes, los indicadores de desempeño del sistema, el estado de las acciones correctivas y preventivas realizadas al sistema, el análisis de los resultados de las revisiones anteriores, la identificación de los cambios requeridos al sistema y las recomendaciones de mejora para el mismo.</b></li> </ul>
5.6.3 Resultados de la revisión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer como parte del mecanismo de revisión del sistema de gestión de calidad los resultados relacionados con las acciones y decisiones tomadas con respecto a la mejora de la eficacia del sistema y de la prestación de los servicios del HNEM.</li> </ul>

Tabla 62: Requerimientos del diseño del apartado 6

APARTADO DE LA NORMA	Requerimientos de Diseño
<b>6. Gestión de Recursos</b>	
<b>6.1 Provisión de recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer un mecanismo para Determinar con claridad para las unidades relacionadas con el “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el Proceso de Atención al Recién Nacido” y sus unidades de apoyo clínico, la infraestructura (Espacio físico o camas acorde a la demanda del servicio, equipos biomédicos), Recurso Humano, medicinas e Insumos médicos necesarios, tomando como base las necesidades de las pacientes y el recién nacido. Para que el hospital pueda de manera planificada priorizar los recursos tomando en cuenta el sistema de gestión de calidad.</li> </ul>
<b>6.2 Recursos Humanos</b>	
<b>6.2.1 Generalidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporar al sistema de gestión de calidad los registros apropiados de las evaluaciones que se realizan al personal que brinda el servicio.</li> </ul>

APARTADO DE LA NORMA	Requerimientos de Diseño
<b>6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporar al Sistema de Gestión de Calidad las referencias relacionadas con la definición de las competencias del personal del HNEM, el plan integrado de capacitaciones.</li> <li>• Incorporar los registros relacionados con el desarrollo de los planes de formación, la actualización de las fichas de los empleados, evaluaciones a la eficacia de las formaciones.</li> </ul>
<b>6.3 Infraestructura</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar un mecanismo de levantamiento de los requerimientos de infraestructura y los servicios de apoyo para El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido” según las necesidades de las pacientes y el recién nacido.</li> <li>• Establecer una metodología actualizada para revisar los protocolos de mantenimiento que se tienen actualmente.</li> <li>• Incorporar la planificación que se tiene actualmente del mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos del hospital.</li> <li>• Incorporar al SGC los registros relacionados con las acciones de mantenimiento con sus respectivas órdenes de trabajo realizadas.</li> </ul>
<b>6.4 Ambiente de trabajo</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir las condiciones específicas tanto ambientales como físicas para las unidades que permitan lograr la conformidad con los requisitos del servicio de las pacientes y el recién nacido.</li> <li>• Establecer los mecanismos de seguimiento al mantenimiento de las condiciones específicas de cada servicio mediante evidencias que respalden la continuidad de las condiciones de trabajo.</li> </ul>



Tabla 63: Requerimientos del diseño del apartado 7

APARTADO DE LA NORMA	Requerimientos de Diseño
<b>7. Realización del Servicio</b>	
<b>7.1 Planificación de la realización del Servicio.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proponer una planificación que tome en cuenta los requisitos del paciente, los objetivos de calidad, las actividades de verificación, validación, seguimiento, medición e inspección de los servicios brindados a fin de mejorar la satisfacción de las necesidades de las pacientes y el recién nacido en las unidades de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sala de Partos</li> <li>○ Quirófano Obstétrico</li> <li>○ Puerperio</li> <li>○ Cirugía Obstétrica</li> <li>○ Neonatología (Cuidados Intensivos del Recién Nacido, Cuidados Intermedios del Recién Nacido, Cuidados Mínimos del Recién Nacido)</li> </ul> </li> </ul>
<b>7.2 Procesos relacionados con el Paciente</b>	
<b>7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir una metodología para establecer los requisitos del paciente que deben cumplir cada servicio, para establecer un marco común al personal de cada unidad de los procesos de atención al recién nacido y de atención de parto y postparto.</li> <li>• Establecer los requisitos propios del HNEM para cada servicio en las unidades de los procesos de atención al recién nacido y atención del parto y postparto. Que tome como referencia los lineamientos técnicos establecidos por MINSAL.</li> <li>• Definir requisitos particulares para cada unidad según el marco legal vigente, a fin de garantizar el cumplimiento de la legislación.</li> <li>• Establecer una metodología para definir los requisitos relacionados con:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El paciente y el recién nacido.</li> <li>○ Prestación del servicio.</li> <li>○ Legislación relacionada.</li> </ul> </li> <li>• Fortalecer el cumplimiento de la metodología para definir los servicios mediante la definición de registros que respalden la implementación adecuada de la metodología.</li> </ul>

APARTADO DE LA NORMA	Requerimientos de Diseño
<b>7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una metodología para la revisión de los requisitos del paciente y de la prestación del servicio.</li> <li>• Definiendo los registros que permitan medir el cumplimiento de lo especificado en la metodología.</li> <li>• Establecer los mecanismos necesarios para evidenciar la revisión de los requisitos del paciente y la prestación del servicio.</li> <li>• Definir los mecanismos necesarios para la realización de cambios en los requisitos de los servicios ofertados por las unidades de la división medica relacionadas con el proceso de atención del parto y de atención del parto y postparto.</li> </ul>
<b>7.2.3 Comunicación con el paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer un mecanismo que defina la información que se debe proporcionar al ciudadano y el responsable a comunicarla en las unidades relacionadas con el “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”. A fin de uniformizar los esfuerzos que ya se realizan en las diferentes unidades.</li> <li>• Definir los instrumentos para medir la satisfacción de las pacientes y registrar las quejas que estas puedan tener de los servicios brindados en las unidades relacionadas con el “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido”.</li> </ul>
<b>7.3 Diseño y desarrollo</b>	
<b>7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir una planificación de los nuevos servicios que incluya etapas de diseño, verificación y validación.</li> <li>• Especificar una metodología con los mecanismos y los criterios de revisión de cada etapa del diseño que incluya la determinación de los responsables de llevarlas a cabo.</li> </ul>
<b>7.3.2 Elementos de entrada para el diseño</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir los mecanismos para establecer los elementos de entrada del diseño. Donde se evidencien mediante los registros apropiados la identificación de los mismos.</li> </ul>
<b>7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir los mecanismos para establecer los requisitos de salida del diseño y desarrollo a fin de que se suministre la información apropiada para la compra, producción y prestación adecuada del servicio diseñado. Así como para la verificación y validación del diseño.</li> </ul>
<b>7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir los registros y mecanismos necesarios para evidenciar las revisiones realizadas a cada etapa del diseño, donde se incluyan los criterios de aceptación de cada etapa.</li> </ul>
<b>7.3.5 Verificación del diseño y</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir los registros y mecanismos necesarios para la verificación del diseño y el desarrollo con sus respectivos</li> </ul>

APARTADO DE LA NORMA	Requerimientos de Diseño
<b>desarrollo</b>	criterios de aceptación.
<b>7.3.6 Validación del diseño y desarrollo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir los registros y mecanismos necesarios para la validación del diseño y el desarrollo con sus respectivos criterios de aceptación.</li> </ul>
<b>7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir los mecanismos y los registros necesarios para realizar cambios a los diseños a la prestación de los servicios. Tomando en cuenta la evidencia necesaria relacionada con la verificación y validación de los cambios.</li> </ul>
<b>7.4 Compras</b>	
<b>7.4.1 Proceso de compras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incorporar el SGC las referencias de los requisitos solicitados a los proveedores.</li> <li>Incorporar las referencias a las evaluaciones realizadas a los proveedores de los servicios.</li> </ul>
<b>7.4.3 Verificación de los productos comprados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incorporar la metodología establecida para la inspección de los productos comprados en la que se define las responsabilidades para la inspección de los productos comprados y los registros de las inspecciones por medio del seguimiento del contrato u orden de compra.</li> </ul>
<b>7.5 Producción y Prestación del Servicio</b>	
<b>7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incorporar la referencia a de metodología actual de prestación del servicio en las unidades de Partos, Puerperio, Quirófano Obstétrico, Cirugía Obstétrica y Neonatología por medio de los manuales de procesos, guías clínicas y lineamientos técnicos.</li> <li>Definir los registros requeridos del expediente clínico de cada paciente los registros conforme a la metodología definida.</li> <li>Incorporar la metodología para las inspecciones que se realizan durante la prestación del servicio se realizan durante la vista diaria a excepción de Quirófano Obstétrico que se realiza por medio de la tutoría a los residentes.</li> <li>Definir los registros apropiados en la contratación del personal cuando se realiza la evaluación del personal a contratar y cuando semestralmente se evalúa al personal, esta evaluación está a cargo del jefe del servicio, para respaldar que cada empleado que reúne los requisitos de formación, habilidades y experiencia requeridos para la prestación del servicio.</li> <li>Definir los mecanismos relacionados a la utilización de los medios y equipos necesarios para brindar el servicio que satisfaga las necesidades de las pacientes.</li> </ul>
<b>7.5.2 Validación de los procesos de la</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir los mecanismos para validar los procesos de prestación del servicio por medio de la definición de los requisitos y establecer los registros necesarios para respaldar la validación</li> </ul>

APARTADO DE LA NORMA	Requerimientos de Diseño
<b>prestación del servicio</b>	de los procesos.
<b>7.5.3 Identificación y trazabilidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporar en el SGC la trazabilidad del servicio a lo largo de todo el proceso por medio del expediente clínico.</li> </ul>
<b>7.5.4 Propiedad del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir metodología adecuada para la comunicación de los daños ocurridos en las pertenencias del paciente y los registros que sean necesarios para evidenciar dichas comunicaciones.</li> <li>• Incorporar en el SGC los requisitos establecidos en ley de protección de datos con la información de las pacientes ya que los archivos médicos se consideran información confidencial según la ley de acceso a la Información.</li> </ul>
<b>7.5.5 Preservación del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporar en el SGC la metodología definida para el traslado e identificación del paciente dentro de las instalaciones del hospital por medio de Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta, expediente del paciente y brazalete.</li> <li>• Definir metodología para establecer para la protección del paciente dentro de las instalaciones del HNEM, que permita monitorear si se protegen adecuadamente las pacientes en las unidades de servicio.</li> </ul>
<b>7.6 Control de los equipos de seguimiento y medición.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporar al SGC los mecanismos relacionados con el control de los equipos biomédicos y sus registros asociados a las verificaciones que se realicen.</li> </ul>

Tabla 64: Requerimientos del diseño del apartado 8

APARTADO DE LA NORMA	Requerimientos de Diseño
<b>8. Medición Análisis y Mejora</b>	
<b>8.1 Generalidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporar al SGC la Planificación Anual Operativa de la Unidad Organizativa de la Calidad que incluye los servicios del Hospital.</li> <li>• Establecer en la planificación el enfoque por procesos ya que en la actualidad se maneja para cada uno de los servicios que brinda el hospital.</li> <li>• Definir como parte de la planificación las acciones de medición, análisis y mejora para cada uno de los procesos que permita demostrar la conformidad de los requisitos del servicio.</li> <li>• Definir los mecanismos para verificar que los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora demuestren la conformidad con los requisitos del servicio.</li> </ul>
<b>8.2 Seguimiento y Medición</b>	
<b>8.2.1 Satisfacción del Cliente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer los mecanismos para medir la satisfacción de las pacientes, analizar los resultados que se obtengan de la medición y para darle seguimiento a las acciones tomadas posteriores a la medición.</li> <li>• Planificar la evaluación de la satisfacción de la paciente en todos los servicios (que incluya los procesos de apoyo clave) que brinda el hospital.</li> </ul>
<b>8.2.2 Auditoría Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer los mecanismos para la planificación de las auditorías al sistema de gestión de calidad, así como las responsabilidades y los requisitos para la planificación y la realización respectivamente.</li> <li>• Definir una metodología para las auditorías que se realicen al sistema de gestión de calidad y para el seguimiento de las acciones correctivas que se realicen para eliminar las no conformidades.</li> </ul>
<b>8.2.3 Seguimiento y Medición de los Procesos y del Servicio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer los mecanismos seguimiento y medición al cumplimiento de los requisitos del servicio establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad.</li> <li>• Incorporar la metodología actual que se utiliza para demostrar la capacidad de alcanzar los resultados planificados que permite la ejecución de acciones posteriores por medio de estrategias de ajuste.</li> </ul>
<b>8.3 Control del Servicio No</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una metodología para la planificación de la metodología que permita determinar la no conformidad en los servicios brindados, solventar las no conformidades encontradas por medio de la ejecución de la misma.</li> </ul>

APARTADO DE LA NORMA	Requerimientos de Diseño
<b>conforme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir el seguimiento requerido a las acciones posteriores para mejorar las no conformidades del servicio.</li> </ul>
<b>8.4 Análisis de Datos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incorporar en el SGC el análisis los 28 estándares que maneja la institución, se califica por medio de un sensor: crítico, aceptable o sobresaliente.</li> <li>Definir un mecanismo para la revisión y actualización de los estándares que se manejan con el personal idóneo de acuerdo a la coyuntura.</li> </ul>
<b>8.5 Mejora</b>	
<b>8.5.1 Mejora Continua</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer el mecanismo de mejora continúa mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas preventivas y la revisión por la dirección.</li> </ul>
<b>8.5.2 Acción Correctiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir los mecanismos de planear las revisiones de las no conformidades.</li> <li>Documentar los procedimientos para revisar las no conformidades.</li> <li>Definir procedimientos que permitan determinar las causas de las no conformidades.</li> <li>Documentar procedimientos para determinar e implementar las acciones correctivas.</li> </ul>

### 3 METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Para garantizar la congruencia de la interacción de los diferentes elementos del sistema de gestión de calidad, se ha seguido la metodología para el desarrollo según la siguiente figura:

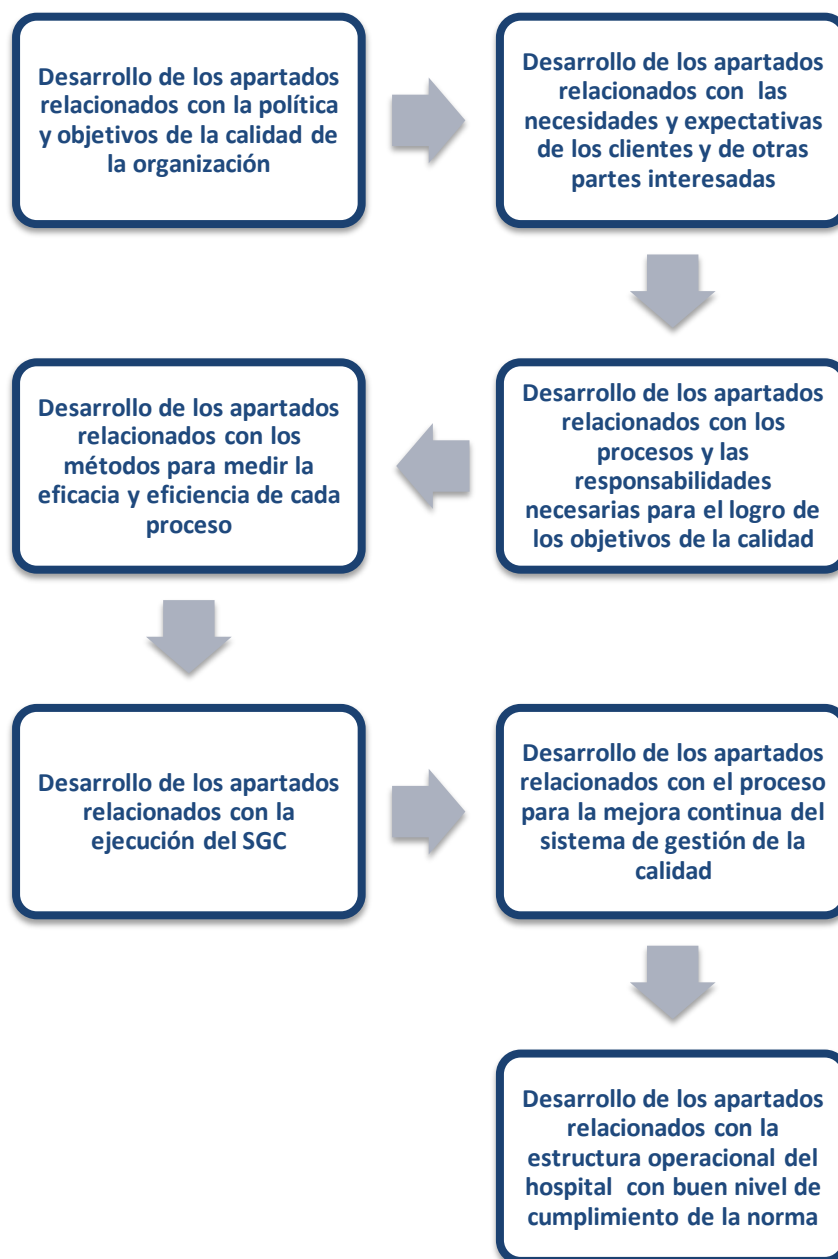


Figura 28. Etapas de la metodología para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad

Fuente: Elaboración propia.

El principio de la metodología se fundamenta en que cada sub apartado de la norma ISO 9001:2008, interactúa con los demás, por lo que algunos de ellos son de carácter fundamental.

La secuencia del desarrollo de los requerimientos de cumplimiento del diseño previamente señalado, es el siguiente:

Tabla 65: Sub apartados de la norma correspondiente a cada etapa

<b>N°</b>	<b>Etapas</b>	<b>Sub-apartado de la norma ISO 9001:2008 correspondiente</b>
I	<b>Desarrollo de los apartados relacionados con la política y objetivos de la calidad de la organización.</b>	4.2.1, 5.1.0, 5.3.0, 5.4.1
II	<b>Desarrollo de los apartados relacionados con las necesidades y expectativas de los clientes y de otras partes interesadas.</b>	5.2.0, 7.2.1, 7.2.2, 6.3.0, 6.4.0
III	<b>Desarrollo de los apartados relacionados con los procesos y las responsabilidades necesarias para el logro de los objetivos de la calidad.</b>	4.1.0, 7.1.0, 8.5.2
IV	<b>Desarrollo de los apartados relacionados con los métodos para medir la eficacia y eficiencia de cada proceso.</b>	7.5.1, 7.5.2
V	<b>Desarrollo de los apartados relacionados con la ejecución del SGC</b>	5.5.1, 5.5.2, 5.5.3, 5.6.1, 5.6.2, 5.6.3, 6.1.0, 7.2.2, 7.2.3, 7.3.1, 7.3.2, 7.3.3, 7.3.4, 7.3.5, 7.3.6, 7.3.7, 7.5.4, 7.5.1, 8.1.0, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.4
VI	<b>Desarrollo de los apartados relacionados con el proceso para la mejora continua del sistema de gestión de la calidad.</b>	4.2.3, 4.2.4, 5.4.2, 8.3.0, 8.4.0, 8.5.1, 8.5.2



N°	Etapa	Sub-apartado de la norma ISO 9001:2008 correspondiente
VII	Desarrollo de los apartados relacionados con la estructura operacional del hospital con buen nivel de cumplimiento de la norma.	4.2.2, 6.2.1, 6.2.2, 7.4.1, 7.4.2, 7.4.3, 7.5.1, 7.5.3, 7.5.5, 7.6.0

#### 4 ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

El diseño incluye la documentación requerida para implementar el Sistema de Gestión de Calidad en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad, con la siguiente estructura:

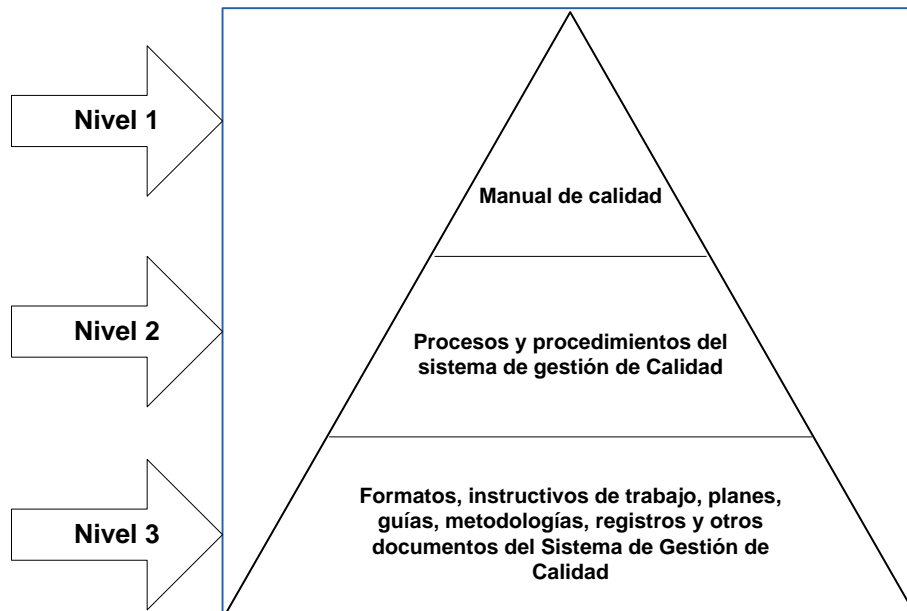


Figura 29: Jerarquía de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad

El Nivel 1 está constituido por el manual de calidad que básicamente es el documento en el cual se especifican la Misión, Visión y Valores de la organización con respecto a la calidad, además de contener la Política y Objetivos de calidad y exponer la estructura del Sistema de Gestión de la Calidad en base a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008.

El Nivel 2 está conformado por los Procesos y Procedimientos, documentos que proporcionan información sobre cómo efectuar las actividades y los procesos de manera coherente y controlada.

El Nivel 3 está conformado por los documentos de trabajo que resultan o respaldan de la ejecución de los procesos y procedimientos del Sistema de gestión de Calidad.

En base al esquema anterior se presenta la documentación que se ha elaborado, para satisfacer los requerimientos de diseño del Sistema de Gestión de Calidad, también se incluyen los documentos de la institución que se retoman para incorporarlos al sistema.

Cada documento ha sido debidamente codificado, para poderlos identificar el nivel de jerarquía al que pertenece de la siguiente manera:

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>
CP	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS
CP	CARACTERIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS
EX	EXPEDIENTE
FI	FICHAS DE SERVICIOS
FO	FORMATOS
GU	GUÍA
IN	INSTRUCTIVO
LD	LISTADO DE DOCUMENTOS
MA	MANUAL
MP	MAPA DE PROCESOS
MT	METODOLOGÍA
PE	PLATAFORMA ESTRATÉGICA
PL	PLANES

La codificación de cada documento se realiza de la siguiente forma:

- **CÓDIGO. APARTADO DE LA NORMA. CORRELATIVO DEL MISMO APARTADO**

La documentación que se presenta a continuación, está distribuida por los respectivos apartados de la norma a los que pertenecen, y a su vez en cada apartado los documentos se clasifican en dos grupos, el primero “Documentos Elaborados”, son todos aquellos que han sido diseñados y elaborados como para darle cumplimiento a los requisitos de la norma según los requerimientos de diseño; el segundo grupo “Documentos Incorporados” son todos aquellos con que son propiedad del Hospital Nacional Especializado de Maternidad y que respaldan el cumplimiento requisitos de la norma, por lo que sus respectivas referencias han sido incorporadas al sistema en cada apartado.

## Listado de documentos del Apartado 4 – Sistema de Gestión de Calidad

### Documentos elaborados:

Apartado	TIPO	CÓDIGO	NOMBRE
4.1.0	Procedimiento	CP.4.1.0.01	Procedimiento para el control y evaluación de los proveedores
4.1.0	Procedimiento	FO.4.1.0.01	Formato de registro Control y seguimiento del Proveedor Calificado.
4.1.0	Procedimiento	FO.4.1.0.02	Formato de Registro listado de proveedores calificados
4.1.0	Procedimiento	FO.4.1.0.03	Formato de Registro de Evaluación de Proveedores en Base a Antecedentes Históricos
4.1.0	Formato	FO.4.1.0.05	Formato de ficha de caracterización de procedimientos
4.1.0	Mapa de procesos	MP.4.1.0.01	Mapeo de procesos
4.2.1	Listado de documentos	LD.4.2.1.01	Listado maestro de documentos
4.2.1	Listado de documentos	LD.4.2.1.02	Listado maestro de documentos externos
4.2.1	Plataforma Estratégica	PE.4.2.1.01	Plataforma estratégica
4.2.1	Plataforma Estratégica	PE.4.2.1.02	Estructura Organizativa
4.2.2	Manual	MA.4.2.2.01	Manual de Calidad
4.2.3	Procedimiento	CP.4.2.3.01	Procedimiento para la elaboración y control de documentos internos y externos
4.2.3	Instructivo	IN.4.2.3.01	Instructivo para la elaboración de documentos
4.2.3	Formato	FO.4.2.3.01	Formato solicitud de elaboración o modificación de documentos del SGC
4.2.3	Formato	FO.4.2.3.02	Formato de distribución de documentos
4.2.3	Formato	FO.4.2.3.03	Formato lista de asistencia a divulgación de documentos
4.2.3	Formato	FO.4.2.3.04	Formato de actas de reunión
4.2.4	Listado de documentos	LD.4.2.4.01	Listado maestro de registros
4.2.4	Listado de	LD.4.2.4.02	Tabla de retención documental

	documentos		
4.2.4	Procedimiento	CP.4.2.4.01	Procedimiento para el control de los registros

### Documentos Incorporados:

Apartado	TIPO	CODIGO	NOMBRE
4.2.1	Manual	MA.4.2.1.01	Manual de funciones de la unidad Organizativa de la calidad
4.2.1	Manual	MA.4.2.1.02	Manual de funciones de la unidad de Planificación
4.2.1	Manual	MA.4.2.1.03	Manual de organización y funciones de Partos
4.2.1	Manual	MA.4.2.1.04	Manual de Organización y funciones de Puerperio
4.2.1	Manual	MA.4.2.1.05	Manual de organización y funciones de Cirugía Obstétrica
4.2.1	Manual	MA.4.2.1.06	Manual de organización y funciones de RRHH
4.2.1	Norma Técnica	NT.4.2.1.01	Norma Técnica de Control Interno
4.2.1	Plan estratégico	PL.4.2.1.00	Plan anual operativo del HNEM
4.2.1	Plan estratégico	PL.4.2.1.01	Plan anual operativo de Partos
4.2.1	Plan estratégico	PL.4.2.1.02	PLAN ANUAL OPERATIVO DE PUERPERIO
4.2.1	Plan estratégico	PL.4.2.1.03	PLAN ANUAL OPERATIVO DE CIRUGÍA OBSTETRICA
4.2.1	Plan estratégico	PL.4.2.1.04	Plan anual operativo de la Unidad de Planificación
4.2.1	Plan estratégico	PL.4.2.1.05	Plan Anual operativo de la Unidad Organizativa de la Calidad
4.2.3	PLAN ESTRATEGICO	PL.4.2.3.01	Plan anual operativo de neonatología
4.2.3	MANUAL	MA.4.2.3.04	Manual de organización y funciones de neonatología
4.2.3	INSTRUCTIVOS	IN.4.2.3.01	Semiología clínica

## Listado de documentos del Apartado 5 – Responsabilidad de la Dirección

### Documentos elaborados:

Apartado	TIPO	CODIGO	NOMBRE
5.1.0	Procedimiento	CP.5.1.0.01	Procedimiento para la convocatoria a reuniones
5.1.0	Procedimiento	CP.5.1.0.02	Procedimiento de planificación de los recursos
5.1.0	Procedimiento	CP.5.1.0.03	Procedimiento de provisión de recursos
5.1.0	Procedimiento	CP.5.1.0.04	Procedimiento para comunicar al personal la importancia de satisfacer los requisitos de las pacientes y recién nacidos
5.1.0	Procedimiento	CP.5.1.0.05	Procedimiento para programar las revisiones periódicas del SGC
5.1.0	Formato	FO.5.1.0.01	Formato de registro del programa de revisión del sistema de gestión de calidad
5.1.0	Formato	FO.5.1.0.02	Formato de registro de convocatoria al personal
5.1.0	Formato	FO.5.1.0.03	Formato de registro del listado de personal para la comunicación de los requisitos del paciente
5.1.0	Formato	FO.5.1.0.04	Formato de registro de la Matriz de Comunicación
5.2.0	Procedimiento	CP.5.2.0.01	Procedimiento para la determinación de los requisitos principales de las pacientes y el recién nacido
5.2.0	Procedimiento	CP.5.2.0.02	Procedimiento para asegurar que se evalúa la satisfacción del paciente
5.3.0	Procedimiento	CP.5.3.0.01	Procedimiento de Revisión y actualización de política y objetivos de calidad
5.3.0	Formato	FO.5.3.0.01	Formato de registro definición de los objetivos de calidad
5.3.0	Formato	FO.5.3.0.02	Formato de registro de evaluación de la política de calidad
5.3.0	Formato	FO.5.3.0.03	Formato de registro criterios de evaluación de la política
5.3.0	Formato	FO.5.3.0.04	Formato de registro definición de la política y objetivos de calidad
5.3.0	Plan de calidad	PL.5.3.0.01	Despliegue de objetivos de la política de calidad
5.4.2	Plan de calidad	PL.5.4.2.01	Guía de planeación para implementar el sistema de gestión de calidad
5.4.2	Listado de	LD.5.4.2.01	Matriz de indicadores de calidad

	documentos		
5.5.1	Procedimiento	CP.5.5.1.01	Procedimiento de actualización del manual de organización y funciones
5.5.1	Formato	FO.5.5.1.01	Formato de registro de actualización del manual de organización y funciones
5.5.2	Procedimiento	CP.5.5.2.01	Procedimiento para constituir el Comité de Calidad
5.5.2	Formato	FO.5.5.2.01	Registro de constitución del Comité de Calidad
5.5.3	Procedimiento	CP.5.5.3.01	Procedimientos para comunicar los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad
5.5.3	Formato	FO.5.5.3.01	Formato de Memorándum
5.5.3	Formato	FO.5.5.3.02	Formato de circulares
5.6.1	Procedimiento	CP.5.6.1.01	Procedimiento para la revisión por la Dirección
5.6.3	Formato	FO.5.6.3.01	Formato de Registro de revisión por la Dirección

### Listado de documentos del Apartado 6 – Gestión de Recursos

#### Documentos elaborados:

Apartado	TIPO	CODIGO	NOMBRE
6.2.1	Procedimiento	CP.2.1.02	Selección de Personal
6.2.1	Procedimiento	CP.2.1.05	Inducción al Personal de Nuevo Ingreso
6.2.1	Procedimiento	CP.2.1.09	Aplicación de Incentivos por Mérito
6.2.2	Procedimiento	CP.2.1.11	Gestión de Capacitación
6.2.2	Formato	FO.6.2.2.01	Formato de lista de asistencia
6.2.2	Formato	FO.6.2.2.02	Formato de solicitud de necesidad de capacitación
6.2.3	Formato	FO.6.2.2.03	Fichas de detección de las necesidades de Capacitación
6.3.0	Procedimiento	CP.6.3.0.01	Procedimiento para determinar la infraestructura requerida para los procesos
6.3.0	Procedimiento	CP.6.3.0.02	Procedimiento para establecer el mantenimiento requerido de la infraestructura de los procesos
6.3.0	Formato	FO.6.3.0.01	Formato de Especificación de la infraestructura requerida para el proceso
6.3.0	Formato	FO.6.3.0.02	Formato de Plan de mantenimiento para la infraestructura del proceso
6.3.0	Formato	FO.6.3.0.03	Formato del Registro del mantenimiento a la

			infraestructura del proceso
6.3.0	Formato	FO.6.3.0.04	Formato de Plan de contingencia para la infraestructura del proceso
6.4.0	Procedimiento	CP.6.4.0.01	Procedimiento para establecer y mantener el ambiente de trabajo del los procesos
6.4.0	Formato	FO.6.4.0.01	Formato de Plan de mantenimiento del ambiente de trabajo del proceso
6.4.0	Formato	FO.6.4.0.02	Formato del Registro del mantenimiento al ambiente de trabajo

#### Documentos incorporados:

Apartado	TIPO	CODIGO	NOMBRE
6.2.2	Planes	PL.6.2.2.01	Plan Integrado de capacitaciones

#### Listado de documentos del Apartado 7 – Realización del Servicio

##### Documentos elaborados:

Apartado	TIPO	CODIGO	NOMBRE
7.1.0	Caracterización	CP.3.3.00	Caracterización del proceso atención del parto y post parto
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.01	Ficha de caracterización de procedimiento admisión y evaluación clínica de la paciente
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.02	Ficha de caracterización de procedimiento monitoreo del trabajo de parto
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.03	Ficha de caracterización de procedimiento atención del parto normal
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.04	Ficha de caracterización de procedimiento vigilancia de puerperio inmediato
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.05	Ficha de caracterización de procedimiento transferencia de paciente a puerperio
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.06	Ficha de caracterización de procedimiento atención del parto por cesárea
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.07	Ficha de caracterización de procedimiento vigilancia del estado de salud post cesárea
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.08	Ficha de caracterización de procedimiento

			transferencia a cirugía obstétrica
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.09	Ficha de caracterización de procedimiento admisión en puerperio
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.10	Ficha de caracterización de procedimiento evaluación médica inmediata
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.11	Ficha de caracterización de procedimiento atención medica sistemática
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.12	Ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones medicas
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.13	Ficha de caracterización de procedimiento elaboración y cumplimiento de requisitos de alta
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.14	Ficha de caracterización de procedimiento admisión en cirugía obstétrica
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.15	Ficha de caracterización de procedimiento evaluación médica inmediata
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.16	Ficha de caracterización de procedimiento evaluación médica sistemática
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.17	Ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones medicas
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.18	Ficha de caracterización de procedimiento elaboración y cumplimiento de requisitos de alta
7.1.0	Caracterización	CP.3.5.00	Caracterización del proceso atención del recién nacido
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.01	Ficha de caracterización de procedimiento atención directa al recién nacido
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.02	Ficha de caracterización de procedimiento cuidado sistemático del recién nacido en alojamiento conjunto
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.03	Ficha de caracterización de procedimiento elaboración y cumplimiento de requisitos de alta del neonato
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.04	Ficha de caracterización de procedimiento transferencia del recién nacido a los servicios de neonatología
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.05	Ficha de caracterización de procedimiento ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.06	Ficha de caracterización de procedimiento atención médica inmediata en la unidad de cuidados intensivos
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.07	Ficha de caracterización de procedimiento atención



			medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.08	Ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones médicas en la unidad de cuidados intensivos
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.09	Ficha de caracterización de procedimiento ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intermedios
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.10	Ficha de caracterización de procedimiento atención medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados intermedios
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.11	Ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones médicas en la unidad de cuidados intermedios
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.12	Ficha de caracterización de procedimiento ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados mínimos
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.13	Ficha de caracterización de procedimiento atención medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados mínimos
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.14	Ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones médicas en la unidad de cuidados mínimos
7.2.1	Procedimiento	CP.7.2.1.01	Procedimiento Identificación de los requisitos del servicio
7.2.1	Formato	FO.7.2.1.01	Formato de Especificación del Servicio
7.2.2	Procedimiento	CP.7.2.2.01	Procedimiento revisión de los requisitos del servicio
7.2.2	Formato	FO.7.2.2.01	Formato de Registro de revisión de requisitos del Servicio
7.2.3	Procedimiento	CP.7.2.3.01	Procedimiento de recepción de quejas y sugerencias
7.2.3	Formato	FO.7.2.3.01	Formato de quejas y sugerencias
7.2.3	Formato	FO.7.2.3.02	Formato de ficha de control de quejas y sugerencias
7.3.1	Procedimiento	CP.7.3.1.01	Procedimiento planificación del diseño del servicio
7.3.1	Formato	FO.7.3.1.01	Formato de Plan de Diseño
7.3.2	Procedimiento	CP.7.3.2.01	Procedimiento Identificación de elementos de entrada para el diseño de servicios
7.3.2	Formato	FO.7.3.2.01	Formato de Registro identificación de elementos de entrada para el diseño
7.3.3	Procedimiento	CP.7.3.3.01	Procedimiento para el diseño de servicios

7.3.4	Procedimiento	CP.7.3.4.01	Procedimiento para la revisión del diseño
7.3.4	Formato	FO.7.3.4.01	Formato de registro de la revisión del diseño
7.3.5	Procedimiento	CP.7.3.5.01	Procedimiento para la verificación del diseño
7.3.5	Formato	FO.7.3.5.01	Formato de registro de la verificación del diseño
7.3.6	Procedimiento	CP.7.3.6.01	Procedimiento para la validación del diseño
7.3.6	Formato	FO.7.3.6.01	Formato de registro de la validación del diseño
7.3.7	Formato	FO.7.3.7.01	Formato de Registro de cambios diseño
7.4.1	Procedimiento	CP.7.4.1.01	Procedimiento adquisición y compra interna por licitación y/o concurso público por invitación
7.4.1	Procedimiento	CP.7.4.1.02	Procedimiento contratación directa por calificado por urgencia
7.4.1	Procedimiento	CP.7.4.1.03	Procedimiento de adquisición y compra interna por libre gestión
7.4.1	Formato	FO.7.4.1.01	Formato de registro de requisitos solicitados a los proveedores
7.4.1	Formato	FO.7.4.1.02	Formato de registro de solicitud de compra debidamente autorizada
7.4.1	Formato	FO.7.4.1.03	Formato de registro orden de compra
7.4.1	Formato	FO.7.4.1.04	Formato de Plan de Compra
7.4.3	Procedimiento	CP.7.4.3.01	Procedimiento para la inspección y recepción de medicamentos e insumos
7.4.3	Formato	FO.7.4.3.01	Formato de registro de recepción entrega de productos e insumos
7.5.1	Instructivo	IN.7.5.1.01	Instructivo para análisis de riesgos y puntos críticos de control de calidad
7.5.4	Procedimiento	CP.7.5.4.01	Procedimiento para la comunicación de los daños ocurridos en las pertenencias de las pacientes
7.5.4	Formato	FO.7.5.4.01	Formato de registro de las pertenencias del paciente
7.5.5	GUIA	GU.7.5.5.01	Metodología para establecer la protección del paciente dentro de las instalaciones del HNEM
7.6.0	Formato	FO.7.6.0.01	Formato de registro de hoja de vida de equipos de seguimiento y medición
7.6.0	Formato	FO.7.6.0.02	Formato de Registro de verificación de equipos de seguimiento y medición
7.6.0	Procedimiento	CP.7.6.0.01	Procedimiento para el control de los equipos de seguimiento y medición

**Documentos incorporados:**

<b>Apartado</b>	<b>TIPO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRE</b>
7.2.3	Libro de control	LC.7.2.3.01	Libro de Censos de Charlas Educativas
7.5.3	Formatos	FO.7.5.3.01	Hoja de ingreso y egreso
7.5.3	Formatos	FO.7.5.3.02	Censo diario de pacientes adultas
7.5.3	Formatos	FO.7.5.3.03	Hoja de ingreso y egreso
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.01	Hoja de identificación (ingreso y egreso)
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.02	Hoja de referencia
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.03	Hoja clap
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.04	Hoja de partograma
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.05	Hoja de alta exigida
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.06	Hojas de interconsulta
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.07	Hoja de anestesia
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.08	Hoja de procedimiento
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.09	Hoja de indicaciones medicas
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.10	Hoja de continuación de historia medica
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.11	Hoja de control de medicamentos
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.12	Hoja de control de signos vitales
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.13	Hoja de temperatura
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.14	Hoja de control de tensión arterial
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.15	Hoja de control de líquidos
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.16	Hoja de examen que la paciente trae
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.17	Hoja de exámenes
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.18	Hoja de anotación de enfermera de otro centro
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.19	Hoja de anotaciones de enfermeras
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.20	Hoja plantar del recién nacido
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.21	Hoja de reporte obstétrico
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.22	Hoja de evaluación de alta de recién nacido
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.23	Hojas de consulta de alto riesgo
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.24	Visita

<b>Apartado</b>	<b>TIPO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRE</b>
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.25	Transferencia
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.26	Hojas orden de medico
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.27	Hojas de continuación orden de medico
7.5.3	Expediente	EX.7.5.3.28	Hoja de historia de ingreso

### Listado de documentos del Apartado 8 – Medición, Análisis y Mejora

#### Documentos elaborados:

<b>Apartado</b>	<b>TIPO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRE</b>
8.2.1	Procedimiento	CP.8.2.1.01	Procedimiento para la medición de la satisfacción del cliente
8.2.1	Formato	FO.8.2.1.01	Formato de registro de la medición de la satisfacción del cliente
8.2.1	Formato	FO.8.2.1.02	Formato de Encuesta al cliente
8.2.2	Procedimiento	CP.8.2.2.01	Procedimiento para elaborar el programa de auditoría interna
8.2.2	Procedimiento	CP.8.2.2.02	Procedimiento para la preparación de la auditoría interna
8.2.2	Procedimiento	CP.8.2.2.03	Procedimiento para realizar la auditoría interna
8.2.2	Formato	FO.8.2.2.01	Formato de Programa de auditoría interna
8.2.2	Formato	FO.8.2.2.02	Formato del Plan de auditoría interna del sistema de gestión de calidad
8.2.2	Formato	FO.8.2.2.03	Formato del Plan de auditoría interna de procesos
8.2.2	Formato	FO.8.2.2.04	Formato del Plan de auditoría interna de servicios
8.2.2	Formato	FO.8.2.2.05	Formato de Registro de los resultados de la auditoría
8.2.4	Procedimiento	CP.8.2.4.01	Procedimiento para el seguimiento del servicio
8.2.4	Formato	FO.8.2.4.01	Formato de Registro del seguimiento del Servicio
8.3.0	Procedimiento	CP.8.3.0.01	Procedimiento de seguimiento de acciones posteriores a las no conformidades
8.4.0	Metodología	MT.8.4.0.01	Metodología para determinar la no conformidad en los servicios brindados
8.5.1	Procedimiento	CP.8.5.1.01	Procedimiento de Gestión del Mejoramiento Continuo

8.5.1	Plan	PL.8.5.1.01	Plan de fortalecimiento de Mejora Continua
8.5.2	Procedimiento	CP.8.5.2.01	Procedimiento para determinar e implementar acciones correctivas y preventivas
8.5.2	Procedimiento	CP.8.5.2.02	Procedimiento para revisar las no conformidades
8.5.2	Formato	FO.8.5.2.01	Formato de registro de control de las no conformidades
8.5.2	Formato	FO.8.5.2.02	Formato de registro de control de no conformidades con acciones preventivas
8.5.2	Formato	FO.8.5.2.03	Formato de registro de informe de no conformidades
8.5.2	Formato	F0.8.5.2.04	SOLICITUD DE NO CONFORMIDAD-DIAGNOSTICO-CAUSAS-PLAN A SEGUIR
8.5.2	Formato	F0.8.5.2.05	Formato de Seguimiento a la No conformidad



# **CAPITULO 2: MANUAL DE CALIDAD**

# MANUAL DE CALIDAD

---



*HOSPITAL NACIONAL  
DE MATERNIDAD “DR.  
RAÚL ARGÜELLO  
ESCOLÁN”*

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE</b> .....	<b>353</b>
<b>1- INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>356</b>
1.1 <u>OBJETIVO</u> .....	357
1.2 <u>ALCANCE</u> .....	357
1.3 <u>DEFINICIONES</u> .....	358
<b>2. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL</b> .....	<b>360</b>
2.1 <u>RESEÑA HISTÓRICA</u> .....	360
2.2 <u>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</u> .....	362
2.3 <u>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</u> .....	364
2.3.3 <u>Misión</u> .....	364
2.3.2 <u>Visión</u> .....	364
2.3.1 <u>Principios y Valores</u> .....	364
<b>3. GENERALIDADES DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> .....	<b>366</b>
3.1 <u>CONTROL DEL MANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</u> .....	366
3.2 <u>ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</u> .....	366
3.3 <u>EXCLUSIONES</u> .....	366
3.4 <u>COMPROMISO DEL NIVEL DIRECTIVO</u> .....	366
3.4.1 <u>POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD</u> .....	366
3.5 <u>ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD Y MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO</u> .....	367
3.5.1 <u>Actos de regulación</u> .....	367
3.5.2 <u>Representante de la alta dirección</u> .....	367
<b>4. DESCRIPCIÓN GENERAL DE PROCESOS</b> .....	<b>368</b>
4.1 <u>PLANIFICACIÓN OPERACIÓN DEL SGC</u> .....	369
<b>5. REVISIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b> .....	<b>369</b>
<b>CAPITULO 4 REQUISITOS GENERALES</b> .....	<b>370</b>
4.1 <u>REQUISITOS GENERALES</u> .....	370
4.2 <u>REQUISITOS GENERALES</u> .....	371
4.2.1 <u>Generalidades</u> .....	371
4.2.2 <u>Manual de Calidad</u> .....	372
4.2.3 <u>Control de los documentos</u> .....	373
4.2.4 <u>Control de los registros</u> .....	374
<b>CAPITULO 5 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN</b> .....	<b>375</b>
5.1 <u>COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN</u> .....	375
5.2 <u>ENFOQUE AL CLIENTE</u> .....	376
5.3 <u>POLÍTICA DE CALIDAD</u> .....	377
5.4 <u>PLANIFICACIÓN</u> .....	378
5.4.1 <u>Objetivos de Calidad</u> .....	378
5.4.2 <u>Planificación del sistema de gestión de la calidad</u> .....	378



<u>5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN</u> .....	379
<u>5.5.1 Responsabilidad de la dirección</u> .....	379
<u>5.5.2 Representante de la dirección</u> .....	380
<u>5.5.3 Comunicación interna</u> .....	380
<u>5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</u> .....	381
<u>5.6.1 Generalidades</u> .....	381
<u>5.6.2 Información para revisión por la dirección</u> .....	382
<u>5.6.3 Resultados de la revisión por la dirección</u> .....	382
<b><u>CAPITULO 6 GESTIÓN DE RECURSOS</u></b> .....	<b>383</b>
<u>6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS</u> .....	383
<u>6.2 RECURSOS HUMANOS</u> .....	383
<u>6.2.1 Generalidades</u> .....	383
<u>6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación</u> .....	384
<u>6.3. INFRAESTRUCTURA</u> .....	385
<u>6.4 AMBIENTE DE TRABAJO</u> .....	386
<b><u>CAPITULO 7 PRESTACIÓN DEL SERVICIO</u></b> .....	<b>387</b>
<u>7.1 PLANIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO</u> .....	387
<u>7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE</u> .....	389
<u>7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio</u> .....	389
<u>Los requisitos necesarios para la prestación de cada servicio se deben determinar según el</u> <u>Procedimiento Identificación de requisitos del Servicio</u> .....	389
<u>7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto</u> .....	389
<u>7.2.3 Comunicaciones con el cliente</u> .....	390
<u>7.3 DISEÑO DE SERVICIOS</u> .....	391
<u>7.3.1 Planificación del diseño</u> .....	391
<u>7.3.2 Elementos de entrada para el diseño</u> .....	391
<u>7.3.3 Resultados del diseño</u> .....	392
<u>7.3.4 Revisión del diseño</u> .....	392
<u>7.3.5 Verificación del diseño</u> .....	392
<u>7.3.6 Validación del diseño</u> .....	393
<u>7.3.7 Control de cambios del diseño</u> .....	393
<u>7.4 COMPRAS</u> .....	394
<u>7.4.1 Proceso de compras</u> .....	394
<u>7.4.2 Información de las compras</u> .....	394
<u>7.4.3 Verificación de los productos comprados</u> .....	394
<u>7.5 PRESTACIÓN DEL SERVICIO</u> .....	395
<u>7.5.1 Control de la prestación del servicio</u> .....	395
<u>7.5.2 Validación de los procesos y prestación del servicio</u> .....	396
<u>7.5.3 Identificación y trazabilidad</u> .....	396
<u>7.5.4 Propiedad del cliente</u> .....	396
<u>7.5.5 Preservación del servicio</u> .....	396
<u>7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN</u> .....	397
<b><u>CAPITULO 8 DE LA NORMA</u></b> .....	<b>398</b>
<u>8.1. GENERALIDADES</u> .....	398

<u>8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN</u> .....	398
<u>8.2.1 Satisfacción de la Paciente</u> .....	398
<u>8.2.2 Auditoría Interna</u> .....	399
<u>8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos</u> .....	400
<u>8.2.4. Seguimiento y medición del servicio</u> .....	400
<u>8.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME</u> .....	400
<u>8.4. ANÁLISIS DE DATOS</u> .....	401
<u>8.5 MEJORA</u> .....	402
<u>8.5.1. Mejora continua</u> .....	402
<u>8.5.2 Acción correctivas</u> .....	403
<u>8.5.3. Acción preventiva</u> .....	404

## 1. INTRODUCCIÓN

El Manual de CALIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD especifica el modelo de Gestión del Hospital Nacional Especializado de Maternidad “Dr. Raúl Arguello” en los procesos de Atención de Parto y Post-Parto y Atención del Recién Nacido para facilitar la implementación de los procesos y sus interacciones, contempla la estructura y alcance del Sistema Integrado de Gestión; las exclusiones; las caracterización de los procesos del Sistema, a través de los cuales se expresa el compromiso de la institución para implementar los principios básicos de la norma, indicando claramente para cada uno de ellos, su objetivo, responsabilidad y relación además de la interacción entre ellos bajo el principio de enfoque sistémico.

El Sistema de Gestión de Calidad descrito en el presente Manual de Calidad está totalmente adecuado a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001-2008, aunque su implementación por sí mismo no garantiza el éxito, se cuenta con el compromiso y participación de todo el personal del Hospital.

Es compromiso del personal de la institución velar por poner en práctica durante el desarrollo del diario accionar los Valores Institucionales, con el fin de que el servicio brindado satisfaga la atención tanto de la paciente como del recién nacido.

Participar con empeño en todas las actividades que permitan la implementación y mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad del Hospital Nacional Especializado de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán”.

Acatar las normas y orientaciones que para el efecto del Sistema de Gestión de Calidad dispónganlos Comités de Calidad y/o la Unidad Organizativa de la Calidad (UOC).

El representante de la Dirección en coordinación con los Comités de Calidad y la Unidad Organizativa de la Calidad debe asegurar la adecuada implementación y seguimiento continuo de la aplicación de este Manual y de los procedimientos que contempla el Sistema, comprometiendo a toda la organización, los recursos e infraestructura necesarios.

## 1.1 OBJETIVO

El objetivo de este manual es definir y describir el Sistema de Gestión de Calidad en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad “Dr. Raúl Arguello” fundamentado en los requisitos de la norma ISO 9001-2008, determinando el alcance y el cubrimiento de las actividades a través del enfoque orientado por procesos. Este permitirá controlar y dirigir la entidad de manera exitosa, encaminándola siempre a lograr la satisfacción y el cumplimiento de los requisitos y expectativas de las pacientes y recién nacidos.

Consecuentemente con el nivel de eficacia alcanzado, el mejoramiento continuo permitirá incrementar los índices de eficiencia, asegurando permanentemente el cumplimiento de nuestra Política de Calidad.

## 1.2 ALCANCE

El Sistema de Gestión de la Calidad descrito en este Manual de Calidad está desarrollado de acuerdo con la Norma ISO 9001:2008, en los siguientes procesos clave.

<b>Procesos Claves</b>
<b>Proceso de Atención del Parto y Postparto</b>
<b>Proceso de Atención del Recién Nacido</b>

### 1.3 DEFINICIONES

**CALIDAD:** Grado de cumplimiento de los requisitos esperados sobre un servicio.

**CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS:** Es la identificación en detalle de cada subproceso, la cual debe incluir: los objetivos del proceso, su responsable, las entradas, los proveedores de estas entradas, los requisitos que deben cumplir y el responsable por el cumplimiento de dichos requisitos. Así mismo debe identificar las salidas, sus clientes, los requisitos que deben cumplir y el responsable. Todo proceso requiere recursos, documentación asociada, y los indicadores de gestión, seguimiento y medición, de igual forma el control de los riesgos y sus formas de control, por último se relaciona la normatividad que rige el proceso.

**CICLO PHVA DE LOS PROCESOS:** Todo proceso debe tener claramente identificadas las etapas PHVA; Planear, Hacer, Verificar, y Actuar (mejoramiento continuo).

**CLIENTE:** Organización o persona que recibe el resultado de un proceso.

**DOCUMENTO:** Información y su medio de soporte, por ejemplo los registros, las especificaciones, los procedimientos, las normas, los informes, lineamientos, etc.

**ESPECIFICACIÓN:** Documento que establece requisitos.

**GESTIÓN:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

**NORMA Organización Internacional para la Estandarización ISO 9001:** especifica los requisitos para un **Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)** que pueden utilizarse para su aplicación interna por las organizaciones, sin importar si el producto o servicio lo brinda una organización pública o empresa privada, cualquiera sea su tamaño, para su certificación o con fines contractuales.

**MANUAL DE LA CALIDAD:** Documento que especifica el Sistema de Gestión de la Calidad de una Organización.

**MISIÓN:** Corresponde al qué hacer de la institución para lo cual fue constituida y su objetivo principal. La misión involucra el cómo lograr el cumplimiento de dicho objetivo y para quién va orientado. Definida en el tiempo, la misión equivale al ahora del Hospital.

**OBJETIVO DE CALIDAD:** Algo ambicionado o pretendido, relacionado con la calidad.

**ORGANIZACIÓN:** Conjunto de personas e instalaciones con una disposición, generalmente ordenada, de responsabilidades, autoridades y relaciones. Puede ser pública o privada.

**PARTE INTERESADA:** Persona o grupo que tenga un interés en el desempeño o éxito de una organización, por ejemplo los Clientes, Ciudadanos, Comunidad, Gobierno Nacional, Entidades de Control, el Personal de la Organización, los Proveedores, etc.

**POLÍTICA DE LA CALIDAD:** Intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección. Conjunto de directrices mediante el cual la Entidad se compromete a dar cumplimiento a los requisitos del cliente y a los parámetros establecidos por el Sistema de Gestión de la Calidad según la Norma ISO 9001-2008.

**PROCEDIMIENTO:** Forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso.

**PROCESO:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados. Los elementos de entrada pueden ser salidas de otros procesos. Los procesos tienen un responsable, al menos un proveedor de las entradas y al menos un cliente de sus salidas.

**MAPA DE PROCESOS:** Es un mapa del funcionamiento del Hospital por procesos, todos interrelacionados para lograr la satisfacción del Cliente a partir del cumplimiento de sus requisitos.

**REGISTRO:** Documento que presenta los resultados obtenidos o evidencia las actividades desempeñadas. Los registros se utilizan para documentar la trazabilidad y para proporcionar la evidencia de verificaciones, acciones preventivas y acciones correctivas.

**REGISTRO DE CALIDAD:** Es la evidencia por escrito de que un proceso fue ejecutado de acuerdo con la documentación del Sistema de Gestión de Calidad.

**REQUISITO:** Necesidad o expectativa obligatoria, establecida por la Organización, sus clientes, u otras partes interesadas.

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD:** Sistema de Gestión para dirigir y controlar una Organización con respecto a la calidad. Conjunto de recursos orientados a la optimización de procesos del Hospital para lograr la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos, basados en el mejoramiento continuo.

**VISIÓN:** Es el estado ideal al que quiere llegar la Entidad en un mediano y largo plazo. En el tiempo equivale al futuro, y se expresa mediante el que estará haciendo en ese momento y cómo lo logrará.

## **2 INFORMACIÓN INSTITUCIONAL**

### **2.1 RESEÑA HISTÓRICA**

#### **1945-1949**

El Hospital de Maternidad se planteó en su primera parte en el año de 1945, por donaciones expresadas de Doña Concha v. De Regalado que hicieron efectivos sus hijos Don Tomas Regalado Gonzales y Doña María Regalado de Mathies; consistente en 150,000 colones y por gestiones del recordado Dr. Cesar Emilio López quien venía gestionando un centro y Hospital de Maternidad ante la municipalidad, Presidentes de la República y Ministros de Salud de años anteriores a esa fecha.

Decidido el donativo por la sucesión Regalado, se escogió un terreno fuera del Hospital Rosales, el que actualmente ocupa este Hospital y que estaba destinado para la construcción de la Escuela de Enfermeras decidido por el Gobierno del General Martínez, para la construcción del hospital. Don Tomas Regalado nombró una comisión integrada por los doctores: Cesar Emilio López, Roberto Orellana v., José Gonzales Bonilla para desarrollar el aspecto técnico de la institución; al Dr., Rafael Gonzales Serrano para el proyecto de estatutos y al Ing. Manuel López Harrison para elaborar los planos de un hospital con capacidad de 150 pacientes de un solo piso y otro de dos pisos con capacidad de 300 pacientes. Con estos planos, el General Hernández Martínez, Presidente de la República, en esa época decidió construir el hospital de dos pisos para 300 pacientes y adquirió los terrenos adyacentes para que el edificio tuviera la amplitud necesaria, suministrando además los materiales de construcción de acuerdo con la familia donante. Por motivos políticos el Ing. Harrison no pudo encargarse de la obra y se encomendó más tarde la construcción al Arq. Ernesto de Sola quien la llevo a cabo con la asesoría del Arq. Gutterson del servicio interamericano. El hospital de maternidad no pudo construir ser por dificultades ambientales de la época 1944-1948 por lo que se dio principio a fin de los trabajos de construcción en una forma irregular y lenta siendo Ministro de Salud el Dr. Ranulfo Castro y cuando pasó la cartera de Asistencia Social al Ministerio de Gobernación en esa época Don Efraín Jovel se le dio un impulso definitivo a la construcción lográndose terminar el edificio central en el año 1948.

#### **1949-1953**

En 1949 el nuevo Gobierno Revolucionario con su Ministro de Obras Públicas Ing. López Harrison quien había elaborado los planos iniciales de la obra en 1944 ordeno la construcción de las alas ponientes y orientales completando los planos elaborados por el Arq. Gutterson.

Es aquí cuando la familia Regalado, amplio el legado dejado por su madre llegándolo hasta triplicarlo para adquirir el equipo de camas, salas de operaciones, mesas de parto, lámparas para sala de operaciones y de partos, instrumental quirúrgico, lavamos, vasijas,

ropa, mantelería, equipo de nurseria, equipo de anestesia, lavandería, planchaduría, cocinas, etc. En el año de 1953 se termina con la construcción y dotado de su equipo necesario se da por inaugurado oficialmente a principios de diciembre con el primer congreso centro americano de sociedades de ginecología y obstetricia u por dificultades técnicas es hasta el 20 de abril de 1954 que el hospital abre sus puertas al público.

### **1953-1957**

En el mes de noviembre de 1951, el Sr. Grimer del servicio cooperativo, experto en administración de hospitales examinó la construcción y haciéndola funcionar redujo la capacidad del hospital a 140 camas hábiles por acuerdo entre el Gobierno y la familia Regalado, el Ministerio de Salud Pública suministro los materiales de construcción y los terrenos adyacentes, siendo pagadas las planillas de operarios por los donantes.

El Ministro de Salud Pública Dr. Eduardo Barrientos en el año de 1950 se hizo cargo de la terminación de la planta física del edificio nombrando Director Vitalicio a Don Tomas Regalado Gonzales, Director Técnico Dr. Cesar Emilio López y subdirector al Dr. José González Guerrero por decreto legislativo del año 1951 se nombró una junta directiva y administradora de la institución, autónoma fue integrada por Don Tomas Regalado como presidente don Enrique Álvarez, como vicepresidente y secretario el doctor Margarito González como sindico fungiendo al mismo tiempo una comisión técnica formada por los doctores Cesar Emilio López, Roberto Orellana v, José Gonzales Guerrero, Antonio Lazo Guerra, Ricardo Olivares, y Jorge Bustamante.

### **1957-1961**

Durante los años 1954 a diciembre de 1960 bajo la dirección del Dr. José Gonzales Guerrero el hospital se desarrolla y llega a convencer a sus directivos la necesidad de ampliar para poder dar cumplimiento a la asistencia de la mujer salvadoreña. Y es así como construyen e inauguran en diciembre de 1961, cuatro salas de operaciones, el auditorium y servicio de aislamiento con un total del 160 camas adicionales, lo que sube la capacidad del hospital a 260 camas. Siendo director el Dr. Antonio Lazo Guerra. En ese año 1960-1961 ocurrieron movimientos políticos en el país que redundaron en mal para el Hospital de Maternidad, puesto que uno de los gobiernos de facto cancelo el nombramiento del Director Vitalicio a Don Tomás Regalado Gonzales, suprimiendo al mismo tiempo al patronato del Hospital, acto que afecto mucha la relación del benefactor. Puesto que nunca más quiso acercarse directamente a continuar beneficiando con su empuje económico al hospital ayuda enorme que puesto que en los años que fungió como Director Vitalicio, estuvo constantemente al cuidado de suplir las necesidades económicas necesarias que el Gobierno no podía efectuar, abriendo para esto una caja chica a favor del hospital que llego a cierta época a cubrir hasta 125,000 colones de gastos. El 24 de octubre le toco inaugurar al Ministerio de Salud Pública Dr. Ernesto R. Lima con presencia de la familia Regalado, una nueva etapa en las ampliaciones del Hospital de Maternidad que consistieron en dos salas de Operaciones completamente equipadas que llevan el



nombre de Don Tomas en su placa respectiva, una sala de parto y 150 camas con sus respectivos colchones donativo de la familia Regalado. Esta es la historia de la construcción y equipamiento del Hospital de Maternidad que cedió en los 15 años de su funcionamiento del mismo como vemos si no hubiera sido por la generosa ayuda, el entusiasmo y dinamismo de Don Tomas Regalado quien se preocupó y se desveló para construir y dotar de su equipo necesario y funcionamiento del hospital.

### **1961-1965**

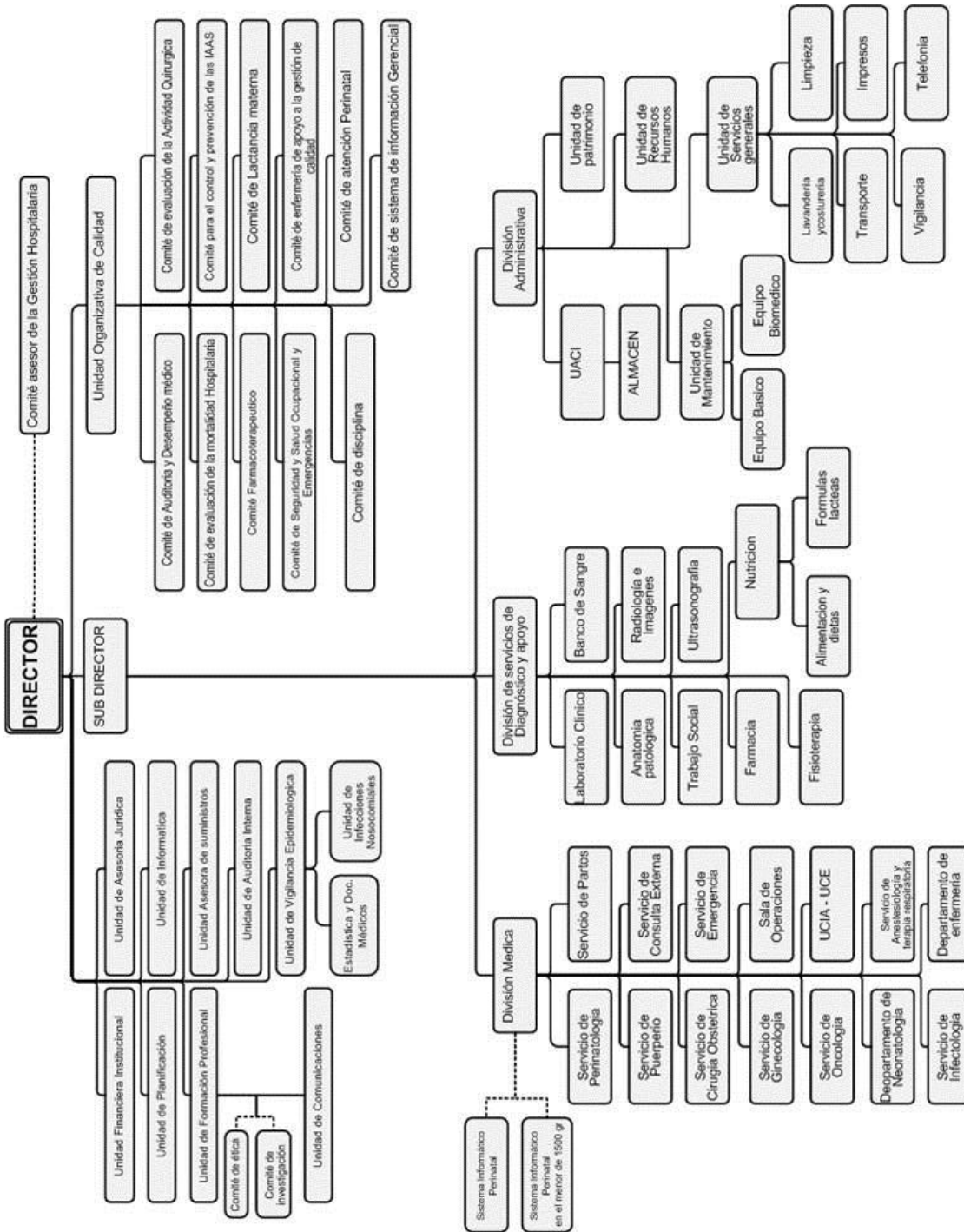
El 3 de octubre de 1962 comenzó a funcionar el servicio de Colpocitología y Endocrinología dirigido por la Dra. Marta Gladys Urbina quien desempeño una magnífica labor verificando hasta más de 58, 000 exámenes citológicos siendo en la actualidad una rutina del hospital tomar citología cervico vaginal a todas las pacientes que se examinan en los consultorios de ginecología y prenatal para hacer un diagnóstico precoz del cáncer cervico uterino y es así como hasta la fecha se han descubierto muchos casos de carcinoma in situ lo que permite curar el 100% de estas pacientes y otro número de pacientes de cáncer más alcanzado tratadas por Radium y cirugía radical. Y en Endocrinología la investigación de ganado propinas crónicas se verifica en toda paciente con embarazo molar.

Con mucho esfuerzo en esa época un banco de sangre que fue de mucha ayuda el trabajo de emergencia quirúrgica que permite salvar muchas vidas en esta época, se practican 4, 454 transfusiones.

### **1965-1969**

En el año de 1962 se funda en el hospital el servicio de Oncología Ginecología siendo su jefe el Dr. Narciso Díaz Barzan quien venía funcionando como consultante de Oncología desde su fundación. Este servicio recibió un donativo muy valioso por el Sr. Walter T. Deininger por gestiones del Dr. José Isaías Mayen consistente de 100 mg. De Radium, dos sets de aplicadoras y un transportador Herman lo cual vino a llenar la necesidad de Radium para el tratamiento de nuestras pacientes de dicho servicio hoy se benefician muchas enfermeras que padecen de cáncer con este valioso Radium, elemento curativo.

## **2.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**



## 2.3 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

### 2.3.3 Misión

Somos un Hospital Especializado de Tercer Nivel de Atención ginecológica y perinatal dirigido a resolver los problemas en salud de alta complejidad de la mujer salvadoreña y su recién nacido con los más altos estándares de calidad técnico- científicos, a través de atención multidisciplinaria, con adecuada administración de los recursos humanos, técnicos, financieros, y excelente formación académica del recurso humano, mediante alianzas con diferentes instituciones públicas y privadas en el campo Nacional y Centroamericano.

### 2.3.2 Visión

Ser el primer Instituto Latinoamericano de atención especializada en las áreas Ginecológica y Perinatal, que ofrezca servicios profesionales de alta calidad y excelencia, con ética profesional, actitud proactiva, valores Institucionales y Tecnología innovadora que nos permita afrontar con eficiencia la problemática en salud de la mujer salvadoreña y su recién nacido, impactando en los indicadores nacionales de salud, así como favoreciendo el bienestar y calidad de vida de la población demandante, convirtiéndonos en ente capacitador, formador y regulador de la atención especializada

### 2.3.1 Principios y Valores

- **Mística de Trabajo** : Todos los que conformamos la institución , nos sentimos orgullosos de lo que hacemos, para quien lo hacemos y por qué lo hacemos, nuestra contribución forma parte integral de la competitividad técnica y científica que permite brindar una mejor atención al binomio madre e hijo(a)
- **Honestidad**: En el Hospital Nacional de Maternidad estamos convencidos de que debemos realizar nuestras actividades con ética, integridad y objetividad, al mismo tiempo que construimos relaciones mutuamente beneficiosas y duraderas con todos nuestros clientes externos e internos. Llevamos a cabo nuestras operaciones técnicas, administrativas y financieras de manera correcta dentro del marco de la ley.
- **Responsabilidad**: El compromiso es cumplir ante los usuarios y por la confianza depositada en la Institución, siendo garantes de todos los actos y compromisos.
- **Excelencia en el Servicio**: En la institución nos preocupamos por crear "valor" a través de representar, proteger y satisfacer los intereses y las expectativas de nuestros clientes atendiéndolos oportuna, eficiente y eficazmente.
- **Trabajo en Equipo**: nos permite optimizar la capacidad de interactuar en beneficio de los objetivos institucionales.

- **Actualización/Investigación:** estamos conscientes de mantener un conocimiento actualizado en las materias que nos competen; y comprometidos en desarrollar procesos de investigación, con la finalidad de proporcionarle a nuestros usuarios una atención con calidad y calidez
- **Compromiso:** Respetar las necesidades de las paciente, recién nacido, familia y comunidad.
- **Innovación:** Somos estratégicamente una institución de tercer nivel de atención en la red de salud del Ministerio de Salud, en la búsqueda de la excelencia, motivando el pensamiento positivo y su aplicación, y tenemos la voluntad de tomar riesgos basados en criterios científicos.
- **Creatividad:** Promovemos una actitud positiva, a través de la participación de todos en las diferentes actividades institucionales.
- **Calidad:** Mantenemos un enfoque hacia las necesidades del cliente, Para que éste reciba sólo lo mejor.
- **Calidez:** Trabajamos de manera proactiva e innovadora, considerando las necesidades integrales de la paciente.
- **Recursos humanos:** Seleccionamos y promovemos a nuestro recurso humano para que este sea el idóneo y el más capacitado, manteniendo nuestra filosofía de solidaridad y competitividad.
- **Previsión Financiera:** Buscamos nuevas fuentes de recursos económicos complementarios, que nos permitan mantener los estándares de calidad en nuestros servicios.
- **Comunicaciones:** Mantenemos un sistema de comunicaciones interna que asegure la eficaz toma de decisiones, y el monitoreo de todos los procesos.
- **Empatía hacia la paciente:** Realizamos un esfuerzo objetivo y racional en la comprensión y satisfacción de las necesidades de las pacientes.
- **Agradecimiento:** Expresamos de la manera más sincera, agradecimiento a las pacientes que depositan su confianza en nuestras manos.
- **Mejora Continua:** La mejora continua del desempeño global, es nuestro objetivo permanente.

### **3. GENERALIDADES DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN**

#### **3.1 CONTROL DEL MANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

El Manual del SGC es un documento controlado, por lo tanto la revisión, aprobación, modificación, actualización y distribución sigue los parámetros establecidos en el Procedimiento de Control de Documentos.

#### **3.2 ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

El Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Especializado de Maternidad se aplica a sus procesos estratégicos, claves y de apoyo

#### **3.3 EXCLUSIONES**

No se excluye ningún requisito de la norma ISO 9001:2008

#### **3.4 COMPROMISO DEL NIVEL DIRECTIVO**

La Alta Dirección del Hospital Especializado de Maternidad “Dr. Raúl Argüello Escolán” hace manifiesto y público su compromiso con el Sistema de Gestión de la Calidad como una herramienta de mejora continua.

Para el efecto se adoptan e implementan los distintos documentos del proceso tales como, mapa de procesos, políticas y objetivos de calidad, manual de calidad, caracterización de procesos, manual de funciones, procedimientos, planes, instructivos, especificaciones y formatos, además de los necesarios para el sistema Obligatorio de Garantía de calidad, como son guías clínicas de atención y protocolos de atención para los procesos de Atención del Recién Nacido y Atención del Parto y Post Parto.

En consecuencia, se manifiesta nuestra disponibilidad para suministrar los recursos que sean necesarios para la implementación, mantenimiento y mejora permanente del Sistema de Gestión de la Calidad.

Todo lo anterior enmarcado dentro de los principios y valores Institucionales y conforme a las normas legales vigentes y demás disposiciones de carácter interno.

**Dr. Roberto Edmundo Sánchez**

**Director del Hospital Nacional Especializado de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán”.**

#### **3.4.1 POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD**

##### **POLÍTICA DE CALIDAD**

El Hospital Nacional de Maternidad es consciente del compromiso social que representa ser un hospital de tercer nivel especializado en las áreas ginecológica y perinatal, enfocado a resolver los problemas de salud de alta complejidad de la mujer salvadoreña y su recién nacido. Es por ello que consideramos que el servicio ofrecido debe brindarse

con los más altos estándares de calidad técnico-científicos, aplicando como valores corporativos de referencia, la excelencia en el servicio, la actualización/investigación, la innovación y la mejora continua.

Pretendemos ser, a mediano plazo, el primer instituto latinoamericano que ofrezca servicios profesionales de alta calidad y excelencia, por lo que se ha incluido en la gestión, la planificación, el control, el aseguramiento y el mejoramiento de la calidad, dentro de los límites de un Sistema de Gestión de la Calidad, basado en el Modelo Normativo ISO 9001:2008, con la finalidad de extender el logro de la calidad a todas las actividades de la institución bajo el enfoque de Calidad Total.

### **OBJETIVOS DE CALIDAD**

- ❖ Aumentar la satisfacción del receptor del servicio brindado
- ❖ Aumentar la participación de los usuarios en los procesos claves
- ❖ Aumentar el número de empleados que conocen los resultados de las mediciones anuales de los 28 estándares de la Mejora Continua de la Calidad.
- ❖ Optimización de los procesos asistenciales brindados por el hospital
- ❖ Aumentar la divulgación de la política de calidad del Hospital
- ❖ Aumentar el conocimiento técnico del personal involucrado en la Gestión de la Calidad de la Institución
- ❖ Optimización del uso de los recursos utilizados para la prestación de los servicios ginecológicos y perinatales

### **3.5 ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD Y MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO.**

#### **3.5.1 Actos de regulación**

La dirección del Hospital ha definido como representante para que gestione la calidad a uno de entre el personal del hospital, colocándolo en el puesto de jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad.

El nombramiento se respalda en los siguientes documentos:

- Resolución razonada 31/2012
- Resolución razonada 18/2012
- Solicitud de funciones del personal de la Unidad Organizativa de la Calidad
- Memorándum de Nombramiento

#### **3.5.2 Representante de la alta dirección**

Se designó como Representante de la Alta Dirección del Sistema de Gestión, al Jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad quien además de las funciones a su cargo, tiene las siguientes:

- ✚ Asegurarse de que se establecen, implementan y se mantienen los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de Calidad.
- ✚ Informar a la Alta Dirección sobre el desempeño del Sistema de Gestión de Calidad y cualquier necesidad de mejora, y
- ✚ Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización.

#### **4. DESCRIPCIÓN GENERAL DE PROCESOS**

Los Procesos actuales del Hospital son los siguientes:

##### **A. Estratégicos**

- 1) Direccionamiento estratégico
- 2) Planeación estratégica
- 3) Gestión de la calidad
- 4) Gestión de la información
- 5) Gestión del abastecimiento
- 6) Gestión del conocimiento

##### **B. De Apoyo:**

- 1) Gestión de Recurso Humanos
- 2) Gestión económica financiera
- 3) Asesoría Jurídica
- 4) Gestión de la comunicación
- 5) Gestión de los servicios generales

##### **C. Claves:**

- 1) Emergencias
- 2) Consulta externa
- 3) Atención del parto y post parto
- 4) Cuidados intensivos y especiales de adultos
- 5) Atención del recién nacido
- 6) Intervención quirúrgica para atención hospitalaria
- 7) Atención hospitalaria, ginecológica y perinatólogica

##### **D. De apoyo diagnóstico:**

- 1) Soporte al diagnóstico
- 2) Trabajo social
- 3) Farmacia
- 4) Nutrición y dietas
- 5) Banco de sangre
- 6) Fisioterapia

Las relaciones que poseen cada uno de ellos están reflejadas en el Mapeo de Procesos (MP.4.1.0.01)

#### **4.1 PLANIFICACIÓN OPERACIÓN DEL SGC**

La planificación de los procesos se encuentra documentada en los formatos: “CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO”, los cuales describen para cada uno los siguientes aspectos:

- ✓ Objetivo
- ✓ Responsable
- ✓ Interacciones
- ✓ Requisitos aplicables (NTC ISO 9001:2008)
- ✓ Documentos y Registros necesarios para su operación eficaz
- ✓ Nomograma
- ✓ Indicadores

#### **5. REVISIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

La revisión del Sistema de Gestión de Calidad se llevará a cabo en el proceso de Gestión de la Calidad, en los procedimientos de Revisiones periódicas del sistema, (ver apartado 5.6 Revisión por la Dirección).



## **CAPITULO 4 REQUISITOS GENERALES**

### **4.1 Requisitos Generales**

La identificación de los procesos se plasma en el documento “Mapa de procesos”, en donde se determina la secuencia e interacción de ellos. Para cada procedimiento se cuenta con una “Ficha de caracterización de procedimientos” que describe:

- ✓ Unidades ejecutantes
- ✓ Objetivo y alcance del procedimiento
- ✓ Definiciones relacionadas con el procedimiento
- ✓ Requisitos previos
- ✓ Criterios de aceptación
- ✓ Documentos internos necesarios para asegurar que tanto su operación como su control sean eficaces.
- ✓ Documentos externos necesarios para asegurar que tanto su operación como su control sean eficaces.
- ✓ Indicadores involucrados con el procedimiento.
- ✓ Formularios empleados.
- ✓ Recursos e información necesarios para apoyar el proceso y su seguimiento.
- ✓ Unidades de soporte para el procedimiento
- ✓ Secuencia de actividades
- ✓ Diagrama de flujo del procedimiento
- ✓ Control de modificaciones

Como parte importante de la Gestión de la Calidad se establece un procedimiento de “Mejoramiento Continuo” (CP.8.5.2.01), cuyo objetivo es *Mejorar los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, mediante su medición y posterior análisis.*

Para los casos en los que es necesario contratar procesos externamente, que afecte la conformidad del servicio con los requisitos, se sigue el procedimiento de “Adquisición de bienes y servicios”, cuyo objetivo es Garantizar la adquisición de los recursos requeridos para el logro de los objetivos y el adecuado funcionamiento del Hospital, de tal forma que se cumpla con los requisitos exigidos bajo el contexto de la normativa de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones, y para establecer el tipo y grado de control a aplicar sobre los procesos contratados externamente se sigue el procedimiento de “Control de los procesos contratados externamente”.

### **Responsables**

- ✓ Representante de la dirección
- ✓ Líder de proceso
- ✓ Unidad Organizativa de la Calidad
- ✓ Unidad de Adquisiciones y contrataciones
- ✓ Especialistas de Compras

## **Documentos**

- ✓ (MP.4.1.0.01) Mapa de Procesos
- ✓ CP.8.5.2.01 Procedimiento de Mejoramiento continuo
- ✓ CP.3.3.00 – CP.3.3.18 Fichas de caracterización de los procesos y procedimientos del proceso de atención de parto y post parto
- ✓ CP.3.5.00 – CP.3.5.14 Fichas de caracterización de los procesos y procedimientos del Proceso de Atención del Recién Nacido.
- ✓ CP.7.4.1.01 Procedimiento adquisición y compra interna por licitación y concurso público.
- ✓ CP.7.4.1.02 Procedimiento contratación directa por urgencia
- ✓ CP.7.4.1.03 Procedimiento de adquisición y compra por libre gestión
- ✓ CP.4.1.0.01 Procedimiento para el control y evaluación de los proveedores.

## **Registros**

- ✓ Los referenciados en el procedimiento: Mejoramiento continuo.
- ✓ Los referenciados en el procedimiento: Adquisición de bienes y servicios.
- ✓ Los referenciados en el procedimiento: Control y evaluación de los proveedores.

## **4.2 Requisitos generales**

### **4.2.1 Generalidades**

Se tiene un documento denominado PLATAFORMA ESTRATÉGICA (PE.4.2.1.01), en donde establece:

- ✓ Visión
- ✓ Misión
- ✓ Valores
- ✓ Política de Calidad
- ✓ Objetivos de Calidad (estos se describen en “Despliegue de objetivos de la política de calidad” PE.4.2.1.02)
- ✓ Procesos del sistema de Gestión de la Calidad
- ✓ Principios de Calidad
- ✓ Vocabulario

El presente documento es el Manual de Calidad del Hospital.

Se tienen todos los procedimientos documentados requeridos en la Norma ISO 9001:2008.

- ❖ CP.4.2.3.01 “Procedimiento para la elaboración y control de documentos internos y externos”, cuyo objetivo es *Controlar de manera uniforme, los documentos del sistema de Gestión de Calidad del Hospital.*
- ❖ CP.4.2.4.01 “Procedimiento para el control de registros”, cuyo objetivo es *Identificar, diligenciar y mantener legibles, clasificar, almacenar, proteger,*

*recuperar, retener y disponer de los registros del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital*

- ❖ CP.8.2.2.03 “Procedimiento para la elaboración de auditorías”, cuyo objetivo es describir los parámetros generales para la realización de las auditorías internas de calidad en el Hospital.
- ❖ CP.8.3.0.01 “Control del servicio no conforme”, cuyo objetivo es identificar las no conformidades que se presenten en el servicio, registrarlas y definir el tratamiento adecuado, de tal forma que puedan generarse acciones correctivas o acciones preventivas, para lograr el mejoramiento continuo.
- ❖ CP.8.5.2.01 “Procedimiento para determinar e implementar acciones correctivas”, cuyo objetivo es definir los pasos a seguir para tomar acciones tendientes a eliminar las causas de las No Conformidades reales (acción correctiva) o potenciales (acción preventiva) del Sistema de Gestión de Calidad.

Todos los documentos necesarios para asegurar la eficaz planificación, operación y control de los procesos se encuentran relacionados en los listados maestros, incluyendo los registros requeridos por la Norma ISO 9001:2008.

#### **Responsables:**

- Control interno
- Representante de la alta dirección
- Unidad Organizativa de la Calidad
- Responsables de cada proceso
- Comité de Solución de No conformidades
- Líder del proceso

#### **Documentos**

- PR.4.2.1.01 Plataforma estratégica
- PE.4.2.1.02 Despliegue de objetivos de la política de calidad
- Procedimientos requeridos por la Norma ISO 9001:2008

#### **Registros**

- LD.4.2.1.01 Listado maestro de documentos
- LD.4.2.4.01 Listado maestro de registros

### **4.2.2 Manual de Calidad**

El presente documento es el manual de calidad del HNEM, en el cual se describe su alcance, las exclusiones y su justificación, referencia a los procedimientos documentados y la descripción de la interacción entre los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad.

#### **Responsables**

- ✓ Unidad Organizativa de la Calidad

## **Documentos**

- ✓ MA.4.2.1.01 Manual de Calidad
- ✓ MP.4.1.0.01 Mapa de procesos
- ✓ CP.3.3.00 - CP.3.3.18 Fichas de caracterización de proceso de Atención de Parto y Post parto
- ✓ CP.3.5.00 - CP.3.5.14 Fichas de caracterización de proceso de Atención del Recién Nacido

## **Registros**

- ✓ LD.4.2.1.01 Listado maestro de documentos
- ✓ LD.4.2.4.01 Listado maestro de registros

### **4.2.3 Control de los documentos**

El proceso de documentación tiene como objetivo, Controlar de manera uniforme los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital. El procedimiento documentado CP.4.2.3.01. "Procedimiento para la elaboración y control de documentos internos y externos", se establecen los siguientes controles:

- a) La aprobación de los documentos se hace mediante la ubicación del documento en la red.
- b) El procedimiento describe la forma de revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente.
- c) Los cambios se identifican en el listado maestro correspondiente. En los procedimientos, los cambios también se identifican en la parte final del documento. El documento en su encabezado tiene el número de revisión actual (versión). Para realizar un cambio a un documento se debe diligenciar el registro y redactar la FO.4.2.3.01 "Solicitud para elaboración y Modificación" que es el documento donde se describen los cambios sugeridos.
- d) Las últimas versiones se encuentran en la red. Las copias impresas son desactualizadas al aprobarse un cambio de versión. En los listados maestros se encuentra la FO.4.2.3.04 "Lista de Asistencia a divulgación de documentos"
- e) Los documentos en la red siempre permanecen legibles y son fácilmente identificables por su código (que está relacionado al tipo de documento y al apartado de la norma al que pertenecen) y nombre.
- f) Los documentos de origen externo son manejados mediante el procedimiento. CP.4.2.3.01. "Procedimiento para el Control de Documentos Externos". Los documentos impresos que necesiten preparación tendrán el formato de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad (IN.4.2.3.01 Instructivo para la Elaboración de Documentos y

PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL). Los que no requieran preparación se seguirá el procedimiento y controlará la distribución con el LD.4.2.1.02 Listado maestro de documentos externos.

- ✓ **Código:**
- ✓ **Fecha Aprobó:**
- ✓ **Versión:**
- ✓ **Revisó:**
- ✓ **Aprobó:**

g) Las copias impresas obsoletas son eliminadas y cuando se considere necesario se guarda una copia que llevará un sello “documento obsoleto”. Los documentos de la red son siempre las últimas versiones.

### **Responsables**

- Unidad Organizativa de la Calidad
- Personal de informática que manejan los documentos del SGC.

### **Documentos**

- CP.4.2.3.01 Procedimiento para la elaboración y control de documentos internos y externos
- IN.4.2.3.01 Instructivo para la elaboración de documentos

### **Registros**

- LD.4.2.1.01 Listados maestros de los documentos
- LD.4.2.1.02 Listado maestro de documentos externos.
- FO.4.2.3.02 Solicitud para documentos

#### **4.2.4 Control de los registros**

El nombre utilizado para llamar el documento donde se consigna la evidencia de un proceso será registro

Los registros proporcionan evidencia de la realización de los procesos y son controlados de acuerdo a lo establecido en las LD.4.2.4.02 *Tablas de retención documental*, mediante el cual se controla la identificación, el tiempo de almacenamiento, acceso, tiempo de retención y disposición.

El procedimiento documentado CP.4.2.4.01. Procedimiento para el control de registros, cuyo objetivo es *Identificar, diligenciar y mantener legibles, clasificar, almacenar, proteger, recuperar, retener y disponer de los registros del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital*, establece la metodología para su manejo.

### **Responsables**

- Unidad Organizativa de la Calidad
- Personal que ejecutan los procesos

## Documentos

- LD.4.2.4.02 Tablas de retención documental
- CP.4.2.4.01. Procedimiento para el control de registros

## Registros

- LD.4.2.4.01 Listado maestro de registros
- LD.4.2.1.01 Listado maestro de documentos

## CAPITULO 5 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

### 5.1 Compromiso de la Dirección

La Dirección General debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, así como con la mejora continua de su eficacia, debe entre otras cosas establecer, un plan de comunicación y asegurar su revisión y seguimiento que garantice la claridad del compromiso y los valores de la alta dirección, que creen un ambiente apropiado para:

- a) Comunicar al personal de la institución la importancia de satisfacer los requisitos de las pacientes y los recién nacidos, tanto legales como reglamentarios establecidos en las especificaciones de los servicios, fichas de los procesos y procedimientos, en reuniones trimestrales de las jefaturas con el personal operativo de cada unidad.
- b) Establecer la política de calidad (ver apartado 5.3);
- c) Establecer objetivos de calidad para convertir los propósitos y temas expresados en la política de calidad, en acciones operativas (ver apartado 5.4.1)
- d) Llevar a cabo la planificación anual de las revisiones por la Dirección General, según lo establecido en el “Procedimiento *para programar las revisiones Periódicas del Sistema de Gestión de Calidad*” (CP.5.1.0.05).
- e) Asegurar la disponibilidad de recursos para el sistema de gestión de calidad para implementar las mejoras identificadas producto de las revisiones realizadas, en la integración del Presupuesto Anual (Programa Anual) mediante los procedimientos “*Procedimiento de Planificación de los recursos*” (CP.5.1.0.02) y “*Provisión de Recursos*” (CP.5.1.0.03).
- f) Asegurar que el o los programas y los procesos cumplan con los requisitos legales y reglamentarios.

## Responsable

- Director
- Subdirector
- Representante de la dirección

- Jefe de División Administrativa
- Jefe de División médica
- Jefe División de Diagnóstico y Apoyo
- Jefe de Unidad Organizativa de la Calidad
- Jefe de Unidad de Planificación

## Documentos

- (CP.5.1.0.01) Procedimiento de Convocatoria a Reuniones
- (CP.5.1.0.02) Procedimiento de Planificación de los recursos
- (CP.5.1.0.03) Procedimiento de Provisión de recursos
- (CP.5.1.0.04) Procedimiento para comunicar al personal la importancia de satisfacer los requisitos de las pacientes y el recién nacido.
- (CP.5.1.0.05) Procedimiento para programar las revisiones periódicas del SGC

## Registros

- (FO.5.1.0.01) Formato del registro del programa de revisión del Sistema de Gestión de la Calidad
- (FO.5.1.0.02) Formato de Registro de convocatoria del personal
- (FO.5.1.0.03) Formato de registro del letrado del personal para la comunicación de los requisitos del cliente
- (FO.5.1.0.04) Formato de registro de la matriz de comunicación

### 5.2 Enfoque al cliente

El Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Arguello”, a través de la Alta Dirección, debe asegurar que los requisitos relacionados con las pacientes, se determinen y se cumplen en prestación de los servicios con el propósito de aumentar la satisfacción de la paciente y el usuario por medio de:

- ✓ Inclusión de la función de determinar los requisitos relacionados de la paciente en el Manual de Puestos de las personas involucradas.
- ✓ Incluir en los criterios de evaluación del personal el cumplimiento de la determinación de los requisitos relacionados con la prestación del servicio.
- ✓ Determinar con Procedimiento para la determinación de los requisitos principales de las pacientes y el recién nacido, los fundamentos para que se determinen y se revisen los requisitos especificados para los servicios en los apartados 7.2.1 y 7.2.2. Y sirva de insumo para la revisión de los procesos y procedimientos claves del hospital.

Revisar todos los resultados a las mediciones de la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios según el procedimiento:

Procedimiento para asegurar la satisfacción de las pacientes y recién nacidos. (CP.5.2.0.02).

## **Responsables**

- Representante alta dirección
- Personal de la Unidad de planificación
- Personal de la Unidad Organizativa de la Calidad

## **Documentos**

- (CP.5.2.0.01) Procedimiento para la determinación de los requisitos principales de las pacientes y el recién nacido
- (CP.5.2.0.02) Procedimiento para asegurar que se evalúa la satisfacción del paciente

### **5.3 Política de calidad**

Esta Política de Calidad debe ser revisada por la Alta Dirección para asegurarse de que:

- a) Es adecuada para los propósitos del hospital a través del Procedimiento de Revisión y actualización de la Política
- b) Incluye el compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad.
- c) Proporciona un marco de referencia adecuado para establecer y revisar los objetivos de calidad siguiendo el Procedimiento de Revisión y actualización de los Objetivos de Calidad
- d) Es comunicada y comprendida por el personal, (ver numeral 5.5.3)
- e) Es revisada para su continua adecuación, dirigidos por el Procedimiento Revisión y actualización de la Política de Calidad.

## **Responsables**

- Director
- Subdirector
- Representante de la dirección
- Jefe de División Administrativa
- Jefe de División médica
- Jefe División de Diagnóstico y Apoyo
- Jefe de Unidad Organizativa de la Calidad
- Jefe de Unidad de Planificación

## **Documentos**

- (PE.4.2.1.01) Plataforma Estratégica
- (CP.5.3.0.01) Procedimiento Revisión y actualización de la Política de Calidad

## **Registros**



- (FO.4.2.3.04) Actas de reunión
- (FO.4.2.3.04) Registros de asistencia a socialización de la Política de Calidad
- (F0.5.3.0.02) Evaluación de la Política de Calidad
- (F0.5.3.0.01) Definición de Objetivos de Calidad
- (F0.5.3.0.03) Definición de la Política y Objetivos de Calidad
- (F0.5.3.0.04) Registro de definición de la Política y Objetivos de Calidad

## **5.4 Planificación**

### **5.4.1 Objetivos de Calidad**

Los Objetivos de calidad deben definirse a partir de las directrices de la política de calidad, teniendo en cuenta su forma de medición y coherencia con ésta. En el despliegue de los objetivos debe incluirse: la meta, indicadores, fuentes de datos, Estrategias para lograr el objetivo, responsable, recurso y fecha de inicio y término.

La Unidad Organizativa de la Calidad es la responsable de realizar el seguimiento a los objetivos de calidad, además debe llevar los indicadores establecidos para cada uno de ellos, con el fin de verificar su cumplimiento y generar acciones correctivas o preventivas para que se alcancen las metas planificadas. Los objetivos de calidad son medibles a través de los indicadores de gestión establecidos en las fichas de caracterización de los procesos.

### **Responsables**

- Unidad Organizativa de la Calidad

### **Documentos**

- (PE.4.2.1.01) Despliegue de los objetivos de calidad
- (CP.5.3.0.01) Procedimiento Revisión y actualización de los Objetivos de Calidad

### **Registros**

- (FO.4.2.3.04) Actas de reunión
- (F0.5.3.0.02) Evaluación de la Política de Calidad
- (F0.5.3.0.01) Definición de Objetivos de Calidad
- (F0.5.3.0.03) Definición de la Política y Objetivos de Calidad
- (F0.5.3.0.04) Registro de definición de la Política y Objetivos de Calidad

### **5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad**

El Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital debe ser planificado de tal manera que se cumplan los requisitos del numeral 4.1, en el cual se dan las directrices principales de la manera de establecer un Sistema de Calidad según la Norma ISO 9001:2008.

La planificación de los objetivos de calidad se debe realizar como se define en el numeral 5.4.1, de este Manual de calidad, y periódicamente ser revisado por la dirección según el *Procedimiento Revisión y actualización de los Objetivos de Calidad*; el seguimiento realizado es con el fin de verificar su cumplimiento y conveniencia para la organización, identificando necesidades de ajuste o cambio.

La Alta dirección, el personal de la Unidad Organizativa de la Calidad y la Unidad de Planificación deben planificar la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo con los requisitos generales establecidos en el numeral 4.1

### **Responsables**

- Alta dirección
- Unidad Organizativa de la Calidad
- Unidad de planificación

### **Documentos**

- (PE.4.2.1.01) Despliegue de objetivos de la política de calidad
- (CP.5.3.0.01) Procedimiento de revisión y actualización de los objetivos de calidad
- (PL.5.5.1.01) Guía de planeación para implementar el sistema de gestión de calidad
- (PL.4.2.1.00) Plan anual operativo del Hospital

### **Registros**

- (LD.5.4.2.01) Matriz de indicadores de calidad
- (F0.5.1.0.01) Acta de reunión

## **5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación**

### **5.5.1 Responsabilidad de la dirección**

La Alta dirección y la unidad de Planificación deben definir los niveles de responsabilidades y autoridades por medio de la estructura organizacional de la compañía (Organigrama) y el Manual de funciones

### **Responsables**

- Alta dirección
- Unidad de planificación

### **Documentos**

- (CP.5.5.1.02) Procedimiento Actualización del manual de organización y funciones
- MA.4.2.1.01 Manual de funciones de la unidad Organizativa de la calidad
- MA.4.2.1.02 Manual de funciones de la unidad de Planificación
- MA.4.2.1.03 Manual de organización y funciones de Partos

- MA.4.2.1.04 Manual de Organización y funciones de Puerperio
- MA.4.2.1.05 Manual de organización y funciones de Cirugía Obstétrica

### **Registros**

- (FO.4.2.1.01) Actualización del manual de organización y funciones
- (FO.4.2.3.04) Acta de reunión

### **5.5.2 Representante de la dirección**

La Alta dirección debe designar un miembro de la dirección como su representante, que tiene la responsabilidad y autoridad para:

- a) Asegurar que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad,
- b) Informar a la Alta Dirección sobre el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad y de cualquier necesidad de mejora, y
- c) Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles del Hospital.

### **Responsables**

- Alta dirección

### **Documentos**

- (CP.5.5.2.01) Procedimiento para definir comité de calidad/líder de proceso/representante de la dirección y especificaciones técnicas de reuniones.

### **Registros**

- (FO.5.5.2.02) Definición de comité de calidad/líder de proceso/representante de la dirección.

### **5.5.3 Comunicación interna**

La Entidad debe establecer los canales apropiados de comunicación dentro de la organización como:

- ✓ Socializaciones en las que se difunde la documentación del Sistema de Gestión de Calidad a las personas involucradas por medio del internet y capacitaciones. (ver numeral 6.2.2)
- ✓ Página Web del Hospital “www.hnm.gob.sv”
- ✓ Talleres
- ✓ A nivel Organización existe comunicación formal mediante documentos, e informal de manera verbal.

- ✓ Comunicación interna telefónica, a través del conmutador.

### **Responsables**

- Director del hospital
- Sub director
- Representante de la alta dirección
- Jefe de cada unidad organizativa
- Control interno
- Unidad de comunicaciones
- Unidad de informática
- Unida de formación profesional

### **Documentos**

- (PE.4.2.1.02) Organigrama
- (MA.4.2.1.01) Manual de funciones de la unidad Organizativa de la calidad
- (MA.4.2.1.02) Manual de funciones de la unidad de Planificación
- (PL.6.2.2.01) Plan de capacitaciones
- (CP.5.5.3.01) Procedimientos para comunicar los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad

### **Registros**

- (FO.5.5.3.01) Formato de Memorándum
- (FO.5.5.3.01) Formato de Circulares
- (FO.4.2.3.04) Acta de reunión
- (FO.6.2.2.01) Lista de Asistencias a capacitaciones y talleres

## **5.6 Revisión por la Dirección**

### **5.6.1 Generalidades**

La Alta dirección debe revisar los componentes del sistema siguiendo el Procedimiento para la Revisión por la Dirección, cuyo objetivo es evaluar y determinar la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad y tomar las acciones necesarias para la mejora. Esta revisión se realizará semestralmente por parte de la Alta dirección.

### **Responsables**

- Director
- Subdirector
- Representante de la dirección
- Jefe de División Administrativa
- Jefe de División médica
- Jefe División de Diagnóstico y Apoyo
- Jefe de Unidad Organizativa de la Calidad
- Jefe de Unidad de Planificación

## Documentos

- CP.5.6.1.01 Procedimiento para la Revisión por la Dirección
- FO.5.6.3.01 Formato de Registro de revisión por la Dirección

### 5.6.2 Información para revisión por la dirección

La información que debe tomar en cuenta la Dirección, es la detallada en el procedimiento para la revisión por la Dirección, que se muestra en el siguiente detalle, así como también los resúmenes ejecutivos de los mismos:

- Registros de los resultados de las auditorias.
- Registros de la medición de la satisfacción del cliente.
- Registros de los indicadores del SGC.
- Registros de los indicadores de seguimiento de los procesos.
- Registros del seguimiento a los requisitos de los servicios.
- Registros de las acciones correctivas y preventivas implementadas.
- Registros de las revisiones anteriores por la Dirección.

### 5.6.3 Resultados de la revisión por la dirección

De la ejecución del procedimiento de revisión gerencial se debe generar el registro respectivo de la revisión realizada en donde se resumen el análisis y se especifican las decisiones o acciones a tomar para mejorar de la conveniencia adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos;

## Responsables

- Dirección
- Unidad Organizativa de la Calidad

## Documentos

- CP.5.6.1.01 Procedimiento para la Revisión por la Dirección
- FO.5.6.3.01 Formato de Registro de revisión por la Dirección

## Registros

- RE.5.6.3.01 Registro de revisión por la Dirección

## **CAPITULO 6 GESTIÓN DE RECURSOS**

### **6.1 Provisión de recursos**

Para la implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad y para mejorar continuamente su eficacia, la Unidad Organizativa de la Calidad debe verificar que se establezcan en los rubros del presupuesto, existan fondos para respaldar los requisitos establecidos para los servicios y los procesos.

En el CP.5.6.1.01 Procedimiento para la Revisión por la Dirección se contemplan las decisiones que se deben tomar luego del análisis e identificación de oportunidades de mejora generadas por la revisión y de ser viable a la alta dirección debe proveer los recursos necesarios.

Los recursos necesarios para cada proceso son identificados en la ficha de caracterización de procesos respectiva.

#### **Responsables**

- Alta dirección
- Unidad Organizativa de Calidad

#### **Documentos**

- Fichas de caracterización de los procesos
- Fichas de caracterización de los procedimientos
- Especificaciones de los servicios

#### **Registros**

- RE.5.6.3.01 Registro de revisión por la Dirección

### **6.2 Recursos humanos**

#### **6.2.1 Generalidades.**

En el Proceso de Gestión del RRHH se garantiza que el personal que participan en los procesos tiene la competencia apropiada para su buen desarrollo. Esto se logra a través de la evaluación de competencias que se efectúa tanto al nuevo personal, en el “CP.2.1.02 Procedimiento de Selección de personal”, como a los actuales en el “CP.2.1.09 *Procedimiento Aplicación de incentivo por merito personal*”, y que tiene como objetivo evaluar el estado de competencia del Recurso Humano según el perfil de cada cargo, para elaborar un programa de capacitaciones continuo para el personal del Hospital “CP.2.1.11 Procedimiento Gestión de Capacitación”, con el fin de tener personal calificado.

### **6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación.**

El personal que labora en los procesos que afectan la calidad del servicio son contratados (Ver “Proceso de Inducción al personal de Nuevo Ingreso”) de acuerdo a los perfiles establecidos por la Entidad en el Manual de Organización y Funciones, para lo cual se les realiza una evaluación de competencias (CP.2.1.05 Procedimiento de Selección de Personal, y CP.2.1.09 Procedimiento Aplicación de Incentivos por Merito Personal).

Las necesidades de formación evidenciadas en la evaluación de competencias son plasmadas en el programa de capacitaciones que asegura el desarrollo profesional de los colaboradores (Ver CP.2.1.11 Procedimiento de Gestión de la capacitación). Al programa de capacitaciones también se agregan las necesidades que surjan de la FO.6.2.2.02 “Solicitud de Necesidades de Capacitación” y el “PL.6.2.2.01 Plan Integrado de Capacitaciones” que se aplica junto con la evaluación de competencias.

Semestralmente se ejecuta el Procedimiento CP.2.1.09 Aplicación de Incentivos por Merito Personal que tiene como objetivo proporcionar la metodología a seguir para la aplicación correcta del Incentivo por Mérito Personal, evaluando juntamente la eficacia de las acciones tomadas en materia de formación.

En la evaluación de competencias se establece las capacitaciones al personal sobre las actividades que desarrolla, en las cuales se hace énfasis en la importancia de estas en la satisfacción del cliente y en el logro de los objetivos de la calidad.

La Unidad de Recursos Humanos posee los registros de educación, formación y experiencia de todos los empleados del Hospital ubicados en el expediente del personal.

#### **Responsables**

- Personal de la Unidad de Recursos Humanos
- Personal de la Unidad de Formación Profesional

#### **Documentos**

- CP.2.1.05 Procedimiento de Selección de Personal
- CP.2.1.05 Proceso de Inducción al personal de Nuevo Ingreso
- PL.6.2.2.01 Plan Integrado de Capacitaciones
- CP.2.1.11 Procedimiento de Gestión de la capacitación
- CP.2.1.09 Aplicación de Incentivos por Merito Personal
- Manual de Funciones de la unidades de la división médica

#### **Registros**

- FO.6.2.2.03 Fichas de detección de las necesidades de Capacitación.
- Evaluación de competencias
- FO.6.2.2.02 Solicitud de Necesidades de Capacitación

### **6.3. Infraestructura**

Para determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria se deben seguir los siguientes procedimientos:

- CP.6.3.0.01 Procedimiento para determinar la infraestructura requerida para los procesos
- CP.6.3.0.02 Procedimiento para establecer el mantenimiento requerido de la infraestructura de los procesos

La infraestructura identificada y su respectivo mantenimiento se plasmar según los formatos siguientes:

- FO.6.3.0 01 Formato de Especificación de la infraestructura requerida para el proceso
- FO.6.3.0 02 Formato de Plan de mantenimiento para la infraestructura del proceso
- FO.6.3.0 04 Formato de Plan de contingencia para la infraestructura del proceso

#### **Responsables**

- Unidad Organizativa de la Calidad
- Unidades responsables del mantenimiento según el plan.

#### **Documentos**

- CP.6.3.0.01 Procedimiento para determinar la infraestructura requerida para los procesos
- CP.6.3.0.02 Procedimiento para establecer el mantenimiento requerido de la infraestructura de los procesos
- FO.6.3.0 01 Formato de Especificación de la infraestructura requerida para el proceso
- FO.6.3.0 02 Formato de Plan de mantenimiento para la infraestructura del proceso
- FO.6.3.0 03 Formato del Registro del mantenimiento a la infraestructura del proceso
- FO.6.3.0 04 Formato de Plan de contingencia para la infraestructura del proceso

#### **Registros**

- RE.6.3.0 03 Registro del mantenimiento a la infraestructura del proceso



#### **6.4 Ambiente de trabajo**

El ambiente de trabajo de las áreas o zonas donde se realizan los procesos se debe identificar y mantener según el procedimiento CP.6.4.0 01 Procedimiento para establecer y mantener el ambiente de trabajo de los procesos, así como también se debe llevar el registro respectivo al monitoreo de las tareas de mantenimiento establecidas.

#### **Responsables**

- Unidad Organizativa de la Calidad
- Unidades relacionadas con los procesos

#### **Documentos**

- CP.6.4.0 01 Procedimiento para establecer y mantener el ambiente de trabajo de los procesos
- FO.6.4.0 01 Formato de Plan de mantenimiento del ambiente de trabajo del proceso
- FO.6.4.0 02 Formato del Registro del mantenimiento al ambiente de trabajo

#### **Registros**

- RE. 6.4.0 01 Registro del mantenimiento al ambiente de trabajo

## **CAPITULO 7 PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

### **7.1 Planificación de la prestación del servicio**

Se debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la prestación del servicio de acuerdo a lo establecido en el mapa de procesos, en las fichas de caracterización de procesos y procedimientos. El mapa de procesos muestra la interacción entre ellos en sus diferentes niveles.

En la prestación de los servicios se deben considerar los objetivos de la calidad definidos en el despliegue de objetivos de la política de calidad como base para la planificación del servicio. Los requisitos del servicio que se deben satisfacer se analizan y se definen según lo establecido en el numeral 7.2.

Los procesos y procedimientos para la prestación del servicio según lo establecido en el alcance del sistema son:

<b>3.3 PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO Y POST PARTO</b>	
<b>PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO:</b>	
<b>3.3.1</b>	ADMISIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PACIENTE
<b>3.3.2</b>	MONITOREO DEL TRABAJO DE PARTO
<b>3.3.3</b>	ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL
<b>3.3.4</b>	VIGILANCIA DE PUERPERIO INMEDIATO
<b>3.3.5</b>	TRANSFERENCIA DE PACIENTE A PUERPERIO
<b>3.3.6</b>	ATENCIÓN DEL PARTO POR CESÁREA
<b>3.3.7</b>	VIGILANCIA DEL ESTADO DE SALUD POST CESÁREA
<b>3.3.8</b>	TRANSFERENCIA A CIRUGÍA OBSTÉTRICA
<b>3.3.9</b>	ADMISIÓN EN PUERPERIO
<b>3.3.10</b>	EVALUACIÓN MEDICA INMEDIATA
<b>3.3.11</b>	ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA
<b>3.3.12</b>	CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS
<b>3.3.13</b>	ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE ALTA
<b>3.3.14</b>	ADMISIÓN EN CIRUGÍA OBSTÉTRICA
<b>3.3.15</b>	EVALUACIÓN MEDICA INMEDIATA
<b>3.3.16</b>	EVALUACIÓN MEDICA SISTEMÁTICA
<b>3.3.17</b>	CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS
<b>3.3.18</b>	ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE ALTA

<b>3.5 PROCESO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	
<b>PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO:</b>	
<b>3.5.1</b>	ATENCIÓN DIRECTA AL RECIÉN NACIDO
<b>3.5.2</b>	CUIDADO SISTEMÁTICO DEL RECIÉN NACIDO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO
<b>3.5.3</b>	ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE ALTA DEL NEONATO
<b>3.5.4</b>	TRANSFERENCIA DEL RECIÉN NACIDO A LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA
<b>3.5.5</b>	INGRESO DEL RECIÉN NACIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
<b>3.5.6</b>	ATENCIÓN MEDICA INMEDIATA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
<b>3.5.7</b>	ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA DEL RECIÉN NACIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO
<b>3.5.8</b>	CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS
<b>3.5.9</b>	INGRESO DEL RECIÉN NACIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS
<b>3.5.10</b>	ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA DEL RECIÉN NACIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS
<b>3.5.11</b>	CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS
<b>3.5.12</b>	INGRESO DEL RECIÉN NACIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS MÍNIMOS
<b>3.5.13</b>	ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA DEL RECIÉN NACIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS MÍNIMOS
<b>3.5.14</b>	CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS MINI

La identificación de recursos para poder prestar los servicios se deben establecer en base a la ejecución de cada uno de los procesos, tales como infraestructura, recursos humanos, técnicos, financieros y servicios de apoyo inclusive.

En la prestación del servicio se deben efectuar las actividades requeridas de medición, seguimiento e inspección específicas de acuerdo a lo descrito en las fichas de caracterización de procesos y procedimientos. Los criterios para la aceptación del servicio están establecidos en los procedimientos.

En la ejecución de los procesos relacionados con la prestación del servicio se deben generar los registros que evidencian que estos procesos cumplen con los requisitos del servicio.

La evidencia de que el servicio resultante cumple a satisfacción las necesidades del cliente se debe verificar con las encuestas de satisfacción del cliente.

### **Responsables**

- Unidad Organizativa de la Calidad
- Personal de planificación
- Responsables de los procesos.

### **Documentos**

- Fichas de caracterización de procesos y procedimientos (enumerados anteriormente)
- Mapa de procesos

### **Registros**

- Los establecidos en cada proceso para la prestación del servicio

## **7.2 Procesos relacionados con el cliente**

### **7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio**

Los requisitos necesarios para la prestación de cada servicio se deben determinar según el Procedimiento Identificación de requisitos del Servicio.

Los requisitos del servicio establecidos según el procedimiento deberán plasmarse según el formato de Especificación del servicio.

Dentro de los procedimientos de la prestación del servicio se deben incluir los requisitos identificados en la Especificación del servicio y los adicionales que se deben cumplir para casos particulares.

### **Responsables**

- Unidad Organizativa de Calidad
- Responsables de los procesos

### **Documentos**

- CP.7.2.1.01 Procedimiento Identificación de los requisitos del Servicio
- FO.7.2.1.01 Formato de Especificación del Servicio

### **7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto**

La revisión de los requisitos relacionados con la prestación del servicio se realiza a través de el procedimiento: Procedimiento revisión de requisitos del Servicio.

Los resultados de la revisión con sus acciones originadas se deben evidenciar elaborando el registro respectivo según el Formato de Registro de revisión de requisitos del Servicio con las firmas de aceptación o autorización.

Como parte de la revisión de los requisitos definidos se debe establecer si la organización tiene la capacidad para cumplir con los mismos.

### **Responsables**

- Unidad Organizativa de la Calidad
- Responsables de los procesos

### **Documentos**

- CP.7.2.2.01 Procedimiento revisión de los requisitos del servicio
- FO.7.2.2.01 Formato de registro de revisión de requisitos del servicio

### **Registros**

- RE.7.2.2.01 Registro de revisión de los requisitos del servicio

## **7.2.3 Comunicaciones con el cliente**

La información que se debe comunicar al cliente se debe establecer mediante el procedimiento de comunicación al paciente, donde se define el formato de Lineamientos de comunicación con el paciente, para cada servicio.

La información que se le debe proporcionar al cliente que consume los servicios brindados en el hospital, deben apegarse a los Lineamientos de de comunicación con el paciente establecidos.

La retroalimentación del cliente se debe llevar a cabo a través de la recepción de quejas según el procedimiento de recepción de quejas y la medición de la satisfacción del cliente (ver 8.2.1).

### **Responsables**

- Unidad Organizativa de la Calidad
- Responsables de los procesos

### **Documentos**

- CP.7.2.3.01 Procedimiento de recepción de quejas y sugerencias
- CP.7.2.3.02 Procedimiento de Comunicación con el paciente
- FO.7.2.3.01 Formato de quejas y sugerencias
- FO.7.2.3.02 Formato de ficha de control de quejas y sugerencias
- FO.7.2.3.03 Formato de Lineamiento de Comunicación con el Paciente

## **Registros**

- Presentación de quejas y sugerencias
- Control de quejas y sugerencias

### **7.3 Diseño de servicios**

El diseño de nuevos servicios debe incluir las etapas de planificación, diseño, revisión del diseño, verificación del diseño y validación del diseño.

#### **7.3.1 Planificación del diseño**

La identificar la necesidad de un nuevo servicio se debe elaborar un plan de diseño del mismo según el procedimiento de Planificación del diseño y se debe elaborar el plan de diseño del servicio donde especifica los equipos responsables de ejecutar cada etapa del diseño.

## **Responsables**

- Unidad Organizativa de la Calidad

## **Documentos**

- CP.7.3.1.01 Procedimiento Planificación del diseño del servicio
- FO.7.3.1.01 Formato de Plan de Diseño

## **Registros**

- PL.7.3.1.01 Plan de Diseño

#### **7.3.2 Elementos de entrada para el diseño**

Los elementos de entrada del diseño, relacionados con los requisitos del servicio a diseñar se deben establecer según el procedimiento de identificación de los elementos de entrada para el diseño de servicios. Y elaborar el registro según el formato establecido que corresponde una vez se han definido los elementos de entrada.

## **Responsables**

- Unidad Organizativa de la Calidad
- Responsables de la identificación de los elementos de entrada

## **Documentos**

- CP.7.3.2.01 Procedimiento Identificación de elementos de entrada para el diseño de servicios
- FO.7.3.2.01 Formato de Registro identificación de elementos de entrada para el diseño

## **Registros**

- RE.7.3.2.01 Registro identificación de elementos de entrada para el diseño

### **7.3.3 Resultados del diseño**

El procedimiento para el diseño de servicios establece los elementos mínimos que se deben incluir como parte del diseño de nuevos servicios. Para que el diseño tenga todas sus especificaciones claras.

## **Responsables**

- Unidad Organizativa de la Calidad
- Responsables del diseño

## **Documentos**

- CP.7.3.3.01 Procedimiento para el diseño de servicios

### **7.3.4 Revisión del diseño**

La revisión se debe llevar a cabo según el procedimiento de revisión del diseño, para que se identifique los problemas del diseño o sus puntos a mejorar a través de las acciones que sean necesarias.

## **Responsables**

- Unidad Organizativa de la Calidad
- Responsables de la revisión del diseño

## **Documentos**

- CP.7.3.4.01 Procedimiento para la revisión del diseño
- FO.7.3.4.01 Formato de Registro de la revisión del diseño

## **Registros**

- RE. 7.3.4.01 Registro de la revisión del diseño

### **7.3.5 Verificación del diseño**

La realización de la verificación del diseño debe hacerse según el procedimiento para la verificación del diseño, para asegurar que se cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño.

## **Responsables**

- Unidad Organizativa de la Calidad
- Responsables de la verificación del diseño

## **Documentos**

- CP.7.3.5.01 Procedimiento para la verificación del diseño
- FO.7.3.5.01 Formato de Registro de la verificación del diseño

## **Registros**

- RE.7.3.5.01 Registro de la verificación del diseño

### **7.3.6 Validación del diseño**

La validación del diseño debe hacerse según el procedimiento establecido, con el propósito de asegurarse que el servicio diseñado es capaz de satisfacer las necesidades y expectativas previstas del cliente al momento de su ejecución.

## **Responsables**

- Unidad Organizativa de la Calidad
- Responsables de la validación del diseño

## **Documentos**

- CP.7.3.6.01 Procedimiento para la validación del diseño
- FO.7.3.6.01 7.3.6 Formato de Registro de la validación del diseño

## **Registros**

- RE.7.3.6.01 Registro de la validación del diseño

### **7.3.7 Control de cambios del diseño**

Todos los cambios al diseño que se hayan originado en las fases de revisión, verificación, validación del diseño o en cualquier otro momento a la liberación del diseño, deberán plasmarse en el registro de cambios al diseño según el formato especificado.

## **Responsables**

- Unidad Organizativa de la Calidad

## **Documentos**

- FO.7.3.7.01 Formato de Registro de cambios diseño

## **Registros**

- RE.7.3.7.01 Registro de cambios diseño



## 7.4 Compras

### 7.4.1 Proceso de compras

Para asegurar que el producto adquirido cumple los requisitos de compra especificados, los procedimientos:

- ✓ CP.7.4.1.01 Procedimiento adquisición y compra interna por licitación y concurso público.
- ✓ CP.7.4.1.02 Procedimiento contratación directa por urgencia
- ✓ CP.7.4.1.03 Procedimiento de adquisición y compra por libre gestión

Los cuales tienen como objetivo garantizar la adquisición de los recursos requeridos para el logro de los objetivos y el adecuado funcionamiento del Hospital, de tal forma que se cumpla con los requisitos exigidos.

En cada procedimiento se establece la forma de evaluar y seleccionar a los proveedores. También encontramos los criterios para la selección y evaluación. Esto queda evidenciado en los registros:

- ❖ FO.7.4.1.01 Registro de requisitos solicitados a proveedores
- ❖ FO.7.4.1.02 Registro solicitud de compra debidamente autorizada
- ❖ FO.7.4.1.05 Formato de Plan de Compra

### 7.4.2 Información de las compras

En los procedimientos anteriores establece la forma de describir el producto a comprar y se evidencia por medio del registro:

- ❖ FO.7.4.1.02 Registro solicitud de compra debidamente autorizada

### 7.4.3 Verificación de los productos comprados

En los procedimientos de adquisición de bienes y servicios establece que el bien y/o servicio es entregado en el almacén del Hospital y es revisado por la unidad que solicitó la compra quien inspecciona el producto y/ o servicio y aprueba o desaprueba su recepción. Si no lo aprueba hace la devolución al proveedor dejando constancia.

En el Hospital no se tiene establecido verificar el producto comprado en las instalaciones de los proveedores, este control se realiza una vez recibido el producto en el Hospital.

#### **Responsables**

- Unidad Organizativa de la Calidad
- Unidad de Adquisición y Contrataciones

#### **Documentos**

- CP.7.4.3.01 Procedimiento para la inspección y recepción de medicamentos e insumos

## **Registros**

- FO.7.4.3.01 Registro de recepción entrega de productos e insumos

## **7.5 Prestación del servicio.**

### **7.5.1 Control de la prestación del servicio**

El HNEM debe realizar la prestación del servicio bajo condiciones controladas que incluyan:

- a) Información de las características del servicio, que se encuentra en los procesos de realización del servicio (ver MP.4.1.0.01 Mapa de procesos).
- b) Las instrucciones de trabajo, cuando son necesarias, se encuentran en los procedimientos e instructivos relacionados en cada ficha de caracterización de procedimientos.
- c) El uso del equipo apropiado, como equipo de cómputo, sistemas y la red.
- d) Los servicios del Hospital no utilizan dispositivos de seguimiento y medición.
- e) El seguimiento y medición del servicio, que se encuentra indicado en cada ficha de caracterización de procesos, siguiendo el Instructivo de Análisis de riesgos y puntos críticos de control (IN.7.5.1.01)
- f) Las actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega, para el caso de prestación de servicios, son manejadas por medio de los procedimientos CP.8.3.0.01 Control del servicio no conforme, CP.8.3.0.02 Procedimiento de seguimiento de acciones posteriores a las no conformidades, CP.8.2.1.01 Medición de la satisfacción del cliente y IN.7.2.3.01 Sistema de quejas y sugerencias .

## **Responsables**

- Personal de la Unidad Organizativa de la Calidad
- Personal de la Unidad de planificación
- Responsables de los procesos

## **Documentos**

- CP.8.2.1.01 Procedimiento para la medición de la satisfacción del cliente
- CP.8.3.0.02 Procedimiento de seguimiento de acciones posteriores a las no conformidades
- IN.7.2.3.01 Sistema de quejas y sugerencias
- CP.7.5.1.01 Control del servicio no conforme

## **Registros**

- Los relacionados en los documentos.

### 7.5.2 Validación de los procesos y prestación del servicio

Los procesos asociados a la prestación del servicio permiten que estos sean controlados en diferentes etapas del proceso y se cumple con los requisitos clínicos, legales y reglamentarios, con lo cual se asegura la calidad del servicio antes de suministrarlo al cliente. Todo servicio proporcionado por el proceso cuenta con una especificación debidamente elaborada y revisada por el personal técnico competente que respaldan que la prestación del servicio cumpla con los requisitos clínicos, legales y reglamentarios.

Si por alguna razón el cliente no está satisfecho con la prestación del servicio, se tiene establecido el CP.7.2.3.01 Procedimiento de recepción de quejas y sugerencias para que presente su petición, queja o sugerencia.

### 7.5.3 Identificación y trazabilidad

Todo paciente dentro del hospital, es debidamente identificado a través del expediente clínico, en el cual se plasman todos los insumos necesarios para la trazabilidad del mismo dentro del hospital.

### 7.5.4 Propiedad del cliente

Se deben registrar las pertenencias de todos los pacientes según el formato estipulado. Por otro lado en caso de que haya alguna pérdida o deterioro en las pertenencias del paciente se deberá comunicar a la paciente los daños incurridos según lo establecido en el procedimiento.

#### **Responsables**

- Enfermeras de cada servicio.

#### **Documentos**

- CP.7.5.4.01 Procedimiento para la comunicación de los daños ocurridos en las pertenencias de las pacientes.

#### **Registros**

- FO.7.5.4.01 Registro de pertenencias de pacientes

### 7.5.5 Preservación del servicio

El paciente es la razón de ser del hospital razón por la cual se detalla una guía metodológica a seguir por el personal requerido para brindar y preservar el servicio.

(GU.7.5.5.01) Guía para establecer la protección del paciente dentro de las instalaciones del HNEM.

### ***7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición***

Los equipos utilizados para el seguimiento y medición de los equipos biomédico deberán controlarse según el procedimiento establecido para este control. Y dejar las evidencias que respalden la realización del control a los mismos.

#### **Responsables**

- Mantenimiento

#### **Documentos**

- CP.7.6.0.01 Procedimiento para el control de los equipos de seguimiento y medición

#### **Registros**

- FO.7.6.0.02 Registro Verificación de equipos de seguimiento y medición
- FO.7.6.0.01 Registro hoja de vida de equipos

## **CAPITULO 8 DE LA NORMA**

### **8.1. Generalidades**

La planificación e implementación de los procesos de seguimiento, medición análisis y mejora se logran a través de la ejecución de los procedimientos establecidos:

- a) Para demostrar la conformidad:
  - Medición de la satisfacción del cliente (ver 8.2.1)
  - Auditorías internas de calidad (ver 8.2.2)
  - Seguimiento y medición de los procesos (ver 8.2.3)
  - Seguimiento y medición de los servicios (ver 8.2.4)
  - Control del servicio no conforme (ver 8.5)
  - Acciones correctivas y preventivas (Ver 8.5)

- b) Para asegurar la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad.

Se establecen indicadores en cada proceso para asegurar la conformidad, los cuales se pueden observar en cada ficha de caracterización de procesos o en el Despliegue de objetivos de la política de calidad y la matriz de indicadores, los cuales a través de su análisis por medio del registro Análisis de datos, sirven para medir el desempeño de los mismos e implementar las acciones que sean necesarias para garantizar la conformidad del servicio, de igual manera a cada proceso se le ha definido en la ficha, el seguimiento necesario para garantizar su conformidad.

- c) Para mejorar continuamente la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.

Se tiene de Mejora Continua, el cual busca mejorar los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, mediante su medición y posterior análisis. Esto se desarrolla a través de las reuniones del comité de calidad donde se revisan los registros correspondientes y las revisiones de la alta Dirección donde se toman decisiones y acciones de mejora.

### **Responsables**

- Alta dirección
- Unidad Organizativa de la Calidad

### **8.2. Seguimiento y medición**

#### **8.2.1 Satisfacción de la Paciente**

Los requisitos del paciente/recién nacido se determinan y se cumplen a través de la ejecución de los procesos de atención donde se establecen los controles necesarios para garantizar su cumplimiento.

Se debe medir la satisfacción de las pacientes, a través del procedimiento para la medición de la satisfacción del cliente y seguir los formatos establecidos para elaborar las encuestas respectivas y el análisis de los resultados.

## **Responsables**

- Unidad Organizativa de la Calidad
- Responsable de cada proceso

## **Documentos**

- CP.8.2.1.01 Procedimiento para la medición de la satisfacción del cliente
- FO.8.2.1.01 Formato de registro de la medición de la satisfacción del cliente
- FO.8.2.1.02 Formato de Encuesta al cliente

## **Registros**

- RE.8.2.1.01 Registro de la medición de la satisfacción del cliente

### **8.2.2 Auditoría Interna**

Se debe seguir procedimiento para elaborar el programa de auditorías interna donde se describe la metodología para que se establezcan todas las auditorías necesarias para verificar la conformidad de los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad y las disposiciones y requisitos de la norma ISO 9001:2008

Semestralmente o cuando se considere conveniente, se debe elaborar según el formato establecido el programa de auditorías, teniendo en cuenta los diferentes tipos de auditorías establecidos en el procedimiento.

Los criterios de auditoría y el alcance de la misma deben quedar establecidos en los planes de auditoría elaborados por los responsables en realizar las auditorías.

El procedimiento para realizar las auditorías internas establece los pasos que se deben seguir para ejecutar la auditoría. Los resultados de las auditorías deben ser informados por medio del registro según el formato establecido.

Las acciones correctivas o preventivas para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas, deben realizarse según el procedimiento establecido en el apartado 8.5. Las actividades de seguimiento y verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación también deberán quedar registrados según el apartado 8.5.

## **Responsables**

- Unidad Organizativa de la Calidad

## **Documentos**

- CP.8.2.2.01 Procedimiento para elaborar el programa de auditoría interna
- FO.8.2.2.01 Formato de Programa de auditoría interna
- CP.8.2.2.02 Procedimiento para la preparación de la auditoría interna
- FO.8.2.2.02 Formato del Plan de auditoría del sistema de gestión de calidad
- FO.8.2.2.03 Formato del Plan de auditoría de procesos
- FO.8.2.2.04 Formato del Plan de auditoría de servicios

- CP.8.2.2.03 Procedimiento para realizar la auditoría interna
- FO.8.2.2.05 Formato de Registro de los resultados de la auditoría

### **Registros**

- RE.8.2.2.01 Registro de los resultados de la auditoría

### **8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos**

La Entidad establecerá en las fichas de caracterización de los procesos los métodos de seguimiento y medición.

### **Responsables**

- Personal de planificación.
- Líder de cada proceso.

### **Documentos**

- Fichas de caracterización de los procesos.

### **Registros**

- Los establecidos en cada ficha.

### **8.2.4. Seguimiento y medición del servicio**

Se debe hacer el seguimiento del servicio en las diferentes características relacionadas con la especificación establecida del mismo, dejando registro del seguimiento, según lo establecido en el procedimiento para el seguimiento del servicio.

En caso de encontrar alguna inconformidad se deben plantear las acciones correctivas o preventivas en el registro del seguimiento.

### **Responsables**

- Responsable de cada proceso

### **Documentos**

- CP.8.2.4 01 Procedimiento para el seguimiento del servicio
- FO.8.2.4 01 Formato de Registro del seguimiento del Servicio

### **Registros**

- RE.8.2.4 01 Registro del seguimiento del Servicio

### **8.3 Control del producto no conforme**

NOTA: Cuando se habla de “producto”, se refiere tanto al producto físico (formularios, papelería) como al servicio intangible (atención médica, orientación, capacitación).

La Entidad establece el CP.8.3.0.01 Procedimiento de Control del servicio no conforme, que busca identificar las no conformidades que se presenten en el producto, registrarlas y

definir el tratamiento adecuado, de tal forma que puedan generarse acciones correctivas, para lograr el mejoramiento continuo.

Las no conformidades se registran en el registro “Control del producto / servicio no conforme”, donde se registra la naturaleza de la no conformidad y de las acciones tomadas posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan tenido.

### **Responsables**

- Personal de planificación
- Líder de cada proceso

### **Documentos**

- CP.8.3.0.01 Procedimiento Control del servicio no conforme
- CP.8.3.0.02 Procedimiento de seguimiento de acciones posteriores a las no conformidades
- CP.8.5.2.01 Procedimiento para determinar e implementar acciones correctivas Y preventivas.
- CP.8.5.2.02 Procedimiento para revisar las no conformidades

### **Registros**

- FO.8.5.2.01 Control de las No conformidades
- FO.8.5.2.02 Control de las No conformidades/Acciones preventivas
- FO.8.5.2.03 Informe de No conformidad
- FO.8.5.2.04 Solicitud de no conformidad-diagnóstico-causas plan a seguir.
- FO.8.5.2.05 Formato de seguimiento a la No conformidad.

### **8.4. Análisis de datos**

En el documento PL.5.3.0.01 Despliegue de los objetivos de la política de calidad y LD.5.4.2.01 Matriz de indicadores de calidad, Metodología para determinar la No conformidad en los servicios brindados MT.8.4.0.01 se determinan los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad. La recopilación y análisis de la información se realiza en los registros señalados en cada ficha de caracterización de procesos. Para el análisis de los datos se utiliza el registro análisis de datos.

En el Plan de Fortalecimiento de Mejora Continua se recopila la información del mapeo de procesos, política de calidad, manual de calidad, entre otros para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.

El análisis de datos proporciona información sobre la satisfacción del cliente por medio de las encuestas de cada servicio (Medición de la satisfacción del cliente). Sobre la conformidad con los requisitos del servicio, se proporciona información a través del registro formato de control de no conformidades FO.8.5.2.02. En el registro análisis de



datos se observa la tendencia del desempeño de los procesos, por medio de sus indicadores.

El análisis de datos sobre los proveedores se realiza de acuerdo al procedimiento: CP.4.1.0.01 Procedimiento para el control y evaluación de los proveedores.

### **Responsables**

- Personal de planificación
- Líder de cada proceso
- Encargado de almacén
- Representante alta dirección
- Personal de planificación
- Comité solución de no conformidades

### **Documentos**

- CP.4.1.0.01 Procedimiento para el control y evaluación de los proveedores.
- CP.8.2.1.01 Procedimiento para la medición de la satisfacción del cliente.

### **Registros**

- FO.8.2.1.02 Formato de Encuesta al cliente.
- FO.8.5.2.02 Formato de control de no conformidades

## **8.5 Mejora**

### **8.5.1. Mejora continua**

La Entidad establece un proceso de mejoramiento continuo el cual tiene como objetivo mejorar los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, mediante su medición y posterior análisis (medición, análisis y mejora). Para lograr su objetivo se basa en la información obtenida de los resultados de auditorías internas, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección (Procedimiento de revisiones periódicas del sistema CP.5.1.0.05). De igual forma aplica la política de calidad, los objetivos de calidad y sus indicadores lo cual podemos observar en el Despliegue de los objetivos de la política de calidad.

### **Responsables**

- Representante alta dirección
- Personal de planificación
- Representante del Comité de Calidad
- Líder de cada proceso

## **Documentos**

- CP.5.1.0.05 Procedimiento de revisiones periódicas del sistema.
- PL.8.5.1.01 Plan de fortalecimiento de Mejora Continua

## **Registros**

- Ver registros de Procedimiento de revisiones periódicas del sistema.

### **8.5.2 Acción correctivas**

La Entidad establece un procedimiento de Acción Correctiva (COD. Procedimiento para la toma de Acciones Correctivas Preventivas y de Mejora) en el cual determina las acciones para eliminar las causas de las no conformidades y de esta manera asegurar que no se presenten nuevamente.

La evidencia de las acciones correctivas tomadas queda en el registro Acción correctiva y preventiva. También se tienen el registro Reporte estado acciones correctivas y preventivas para hacer el seguimiento al estado de las acciones.

## **Responsables**

- Representante alta dirección
- Personal de planificación
- Coordinador de Calidad
- Líder de cada proceso
- Comité solución de no conformidades

## **Documentos**

- CP.8.5.2.01 Procedimiento para determinar e implementar acciones correctivas Y preventivas.
- CP.8.5.2.02 Procedimiento para revisar las no conformidades

## **Registros**

- FO.8.5.2.01 Control de las No conformidades
- FO.8.5.2.02 Control de las No conformidades/Acciones preventivas
- FO.8.5.2.03 Informe de No conformidad
- FO.8.5.2.04 Solicitud de no conformidad-diagnóstico-causas plan a seguir.
- FO.8.5.2.05 Formato de seguimiento a la No conformidad.

### **8.5.3. Acción preventiva**

La Entidad estableció un procedimiento de Acción Preventiva (Procedimiento para determinar e implementar acciones correctivas Y preventivas en el cual determina las acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia.

La evidencia de las acciones preventivas tomadas queda en el registro Solicitud de no conformidad-diagnóstico-plan a seguir.

#### **Responsables**

- Representante alta dirección
- Personal de planificación
- Coordinador de Calidad
- Líder de cada proceso
- Comité solución de no conformidades

#### **Documentos**

- CP.8.5.2.01 Procedimiento para determinar e implementar acciones correctivas Y preventivas.
- CP.8.5.2.02 Procedimiento para revisar las no conformidades

#### **Registros**

- FO.8.5.2.01 Control de las No conformidades
- FO.8.5.2.02 Control de las No conformidades/Acciones preventivas
- FO.8.5.2.03 Informe de No conformidad
- FO.8.5.2.04 Solicitud de no conformidad-diagnóstico
- FO.8.5.2.05 Plan de mejora a seguir



# **CAPITULO 3: VALIDACIÓN DEL DISEÑO**

## **VALIDACIÓN DEL DISEÑO DEL SGC DEL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD “DR. RAÚL ARGUELLO ESCOLÁN”.**

En la etapa anterior denominada “Diagnostico” se realizó la evaluación por apartado de la situación actual en base al cumplimiento de la Norma ISO 9001-2008, ahora se realizara la validación del Diseño del Sistema de Gestión de Calidad en base a la información resultante del diseño de los procedimientos, registros, planes y metodologías creados exclusivamente para la institución.

Además se tendrá en cuenta aquellos apartados y sub-apartados en los que se necesita la implementación de un procedimiento, plan, metodología, registro para lo cual se explicara y detallara que es necesario la implementación para poder validarla.

### ***1 Validación del Apartado 4 “Sistema de Calidad”***

Calificación:

Calificación	Descripción
0	Prácticamente no se cumple
1	Se cumple parcialmente(en ocasiones puntuales)
2	Se cumple generalmente(en la mayoría de los casos)
3	Se cumple sistemáticamente y en casi todas las áreas.
4	Se cumple siempre y de forma total, y es un ejemplo para el sector.

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
<b>4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>							
<b>4.1 Requisitos generales</b>							
1	¿Se encuentran identificados los procesos del sistema?	0	1	2	3	X	<p>La identificación y documentación que incluye los procedimientos y relaciones de los procesos claves de interés:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención del Parto y Post-Parto.</li> <li>• Atención del Recién Nacido.</li> </ul> <p>Se posee la caracterización del proceso de Atención de Parto y Postparto y del Proceso de Atención al Recién Nacido. En el mapeo de Procesos: MP.4.1.0.01 y formato de ficha de caracterización de procedimientos: FO.4.1.0.05.</p>
2	¿Se identifican y controlan los procesos subcontratados externamente?	0	1	2	3	X	<p>Los servicios que actualmente se tienen subcontratados que tienen relación con el proceso de Atención de Parto y Postparto y el Proceso de Atención al recién nacido son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación (a cargo de Nutrición y Dietas)</li> <li>• Limpieza (a cargo de Servicios Generales)</li> <li>• Vigilancia (a cargo de Servicios Generales)</li> </ul> <p>Ver procedimiento: Control de los Servicios contratados CP.4.1.0.01 y formatos: FO.4.1.0.01 FO.4.1.0.02 FO.4.1.0.03</p>
<b>4.2 Requisitos de la documentación</b>							
<b>4.2.1 Generalidades</b>							
3	¿Existe un documento de política de calidad?	0	1	2	3	X	<p>La política de Calidad está plasmada en el Manual de Calidad del Hospital con su respectivo procedimiento de evaluación y adecuación.</p>
4	¿Existe un documento de objetivos de calidad?	0	1	2	3	X	<p>Los Objetivos de Calidad están establecidos con sus respectivos indicadores y estrategias de implementación en el Manual de Calidad. Ver plataforma estratégica: PE.4.2.1.01.</p>
5	¿Existe un manual de calidad?	0	1	2	3	X	<p>Si existe un manual de calidad acorde a la situación intrínseca del Hospital de Maternidad.</p>

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
6	¿Existen procedimientos documentados exigidos por la norma y necesarios para el desarrollo del sistema?	0	1	2	3	X	<p>Todos los procedimientos documentados exigidos por la norma y se cuentan con manuales de procedimientos.</p> <p>Se encuentra el listado maestro de documentos y listado maestro con documentos externos en los listados LD.4.2.1.01 y LD.4.2.1.02 respectivamente.</p> <p>Plataforma estratégica PE.4.2.1.01</p> <p>Organigrama PE.4.2.1.02</p> <p>Manual de funciones de la unidad Organizativa de la calidad MA.4.2.1.01</p> <p>Manual de funciones de la unidad de Planificación MA.4.2.1.02</p> <p>Manual de organización y funciones de Partos</p> <p>Manual de Organización y funciones de Puerperio MA.4.2.1.03</p> <p>Manual de organización y funciones de Cirugía Obstétrica MA.4.2.1.05</p> <p>Manual de organización y funciones de RRHH MA.4.2.1.06</p> <p>Actualización del manual de organización y funciones FO.4.2.1.01</p> <p>Norma Técnica de Control Interno NT.4.2.1.01</p> <p>Plan anual operativo del HNEM PL.4.2.1.00</p> <p>Plan anual operativo de Partos PL.4.2.1.01</p> <p>PLAN ANUAL OPERATIVO DE PUERPERIO PL.4.2.1.02</p> <p>PLAN ANUAL OPERATIVO DE CIRUGÍA OBSTETRICA PL.4.2.1.03</p> <p>Plan anual operativo de la Unidad de Planificación PL.4.2.1.04</p> <p>Plan Anual operativo de la Unidad Organizativa de la Calidad PL.4.2.1.05</p>
<b>4.2.2 Manual de la calidad</b>							
7	¿El manual incluye el alcance del sistema de gestión de la calidad?	0	1	2	3	X	Se especifica el alcance del Sistema de Gestión de Calidad en el numeral 1.2 del Manual de Calidad MA.4.2.2.01
8	¿El manual incluye las exclusiones del apartado 7 y su justificación?	0	1	2	3	X	En la sección 3.3 del manual se detallan las exclusiones del SGC.
9	¿El manual incluye o cita a todos los	0	1	2	3	X	En el anexo 5 del manual de calidad se detalla el listado de los procesos

N °	REQUISITO DE LA NORMA	VALORA CIÓN					RESULTADOS
		0	1	2	3	X	
	procedimientos documentados?						documentados. Se encuentra el listado maestro de documentos y listado maestro con documentos externos en los listados LD.4.2.1.01 y LD.4.2.1.02 respectivamente.
1 0	¿El manual de calidad incluye la interacción de los procesos?	0	1	2	3	X	El manual incluye la interacción y relaciones de los procesos del SGC en la fase de caracterización de los procesos. Ver: Plataforma estratégica PE.4.2.1.01
<b>4.2.3 Control de los documentos</b>							
1 1	¿Existe un procedimiento documentado para el control de documentos?	0	1	2	3	X	Existe el procedimiento para control de documentos, revisión, así como los mecanismos que aseguran que la elaboración y modificación de los documentos se realiza acorde a la norma CP.4.2.3.01.
1 2	¿Existe una metodología documentada adecuada para la aprobación de documentos?	0	1	2	3	X	Existe la metodología para la aprobación de documentos del SGC. Ver formulario: solicitud de elaboración o modificación de documentos del SGC CFO.4.2.3.01
1 3	¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de aprobación?	X	1	2	3	4	Se podrá comprobar si los documentos revisados cumplan con la metodología hasta que se implemente el SGC.
1 4	¿Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos?	0	1	2	3	X	El Procedimiento de actualización, identificación de los cambios y la versión de documentos.
1 5	¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de revisión y actualización?	X	1	2	3	4	Se podrá comprobar si los documentos revisados cumplan con la metodología hasta que se implemente el SGC.
1 6	¿Existe una metodología documentada adecuada para la identificación de los cambios de los documentos y el estado de la versión vigente?	0	1	2	3	X	El Procedimiento de actualización, identificación de los cambios y la versión de documentos.
1 7	¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de identificación de	X	1	2	3	4	Se podrá comprobar si los documentos revisados cumplan con la metodología hasta que se implemente el SGC.



N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
		0	1	2	3	X	
	cambios y estado de revisión?						
18	¿Existe una metodología documentada adecuada para la distribución de los documentos que los haga disponibles en los puestos de trabajo?	0	1	2	3	X	El procedimiento de distribución de documentos.
19	¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de distribución de documentos?	X	1	2	3	4	Se podrá comprobar si los documentos revisados cumplan con la metodología hasta que se implemente el SGC
20	¿Los documentos son legibles e identificables?	0	1	2	3	X	Los documentos son legibles, identificables y entendibles por todo el personal.
21	¿Se han identificado documentos de origen externo y se controlan y distribuyen adecuadamente?	0	1	2	3	X	Se tienen identificados los Lineamientos Técnicos proporcionados por el MINSAL, para su respectiva distribución. Se lleva un control de la distribución vía memorándum, con firma y sello de recibido por parte de los jefes de las unidades médicas dando un nivel de cumplimiento del 100%.
22	¿Existe una metodología adecuada para evitar el uso de documentos obsoletos?	0	1	2	3	X	Se encuentran los Procedimientos para almacenamiento control, protección, recuperación, disposición de los registros y copia de seguridad de los mismos donde se incluye las actividades que se deben seguir para evitar el uso de documentos obsoletos.
23	¿Los documentos obsoletos han sido tratados según la metodología definida?	X	1	2	3	4	Se podrá comprobar si los documentos revisados cumplan con la metodología hasta que se implemente el SGC
24	¿Los listados de documentos existentes se encuentran correctamente actualizados?	X	1	2	3	4	Se podrá comprobar si los documentos existentes cumplan con la metodología hasta que se implemente el SGC.
<b>4.2.4 Control de los registros</b>							
25	¿Existe un procedimiento documentado para el control de los registros?	0	1	2	3	X	Existen los Procedimientos para almacenamiento, control, protección, recuperación, disposición de los registros y copia de seguridad de los mismos.

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
26	¿Existe una metodología para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de los registros?	0	1	2	3	X	Existen los Procedimientos para almacenamiento control, protección, recuperación y copia de seguridad de los mismos.
27	¿Los registros revisados cumplen con esta metodología?	X	1	2	3	4	Se podrá comprobar si los documentos existentes cumplan con la metodología hasta que se implemente el SGC.
28	¿El procedimiento describe la conservación y protección de registros en formato digital?	0	1	2	3	X	El procedimiento describe la disposición de los registros y copia de seguridad de los mismos.
29	¿Se realizan copias de seguridad de los registros informáticos?	X	1	2	3	4	Se podrá comprobar si los documentos existentes cumplan con la metodología hasta que se implemente el SGC.

Calificación	0	1	2	3	4
Total de X	8	0	0	0	21
Multiplicado por	*0	*1	*2	*3	*4
Total por Calificación	0	0	0	0	84
Suma total de puntos obtenidos (ST)	84				
Resultado (suma total entre mayor puntaje posible)	(84/ 116 ) %				
	72.41%				

## Conclusión

El porcentaje planteado como meta para este apartado fue del 85%, obteniendo un cumplimiento del 72.41% por lo que la diferencia es de 12.59%, la razón principal del déficit es que existen actividades que deben de ser implementadas para poder verificar si se están cumpliendo de acuerdo al procedimiento, registro o metodología.

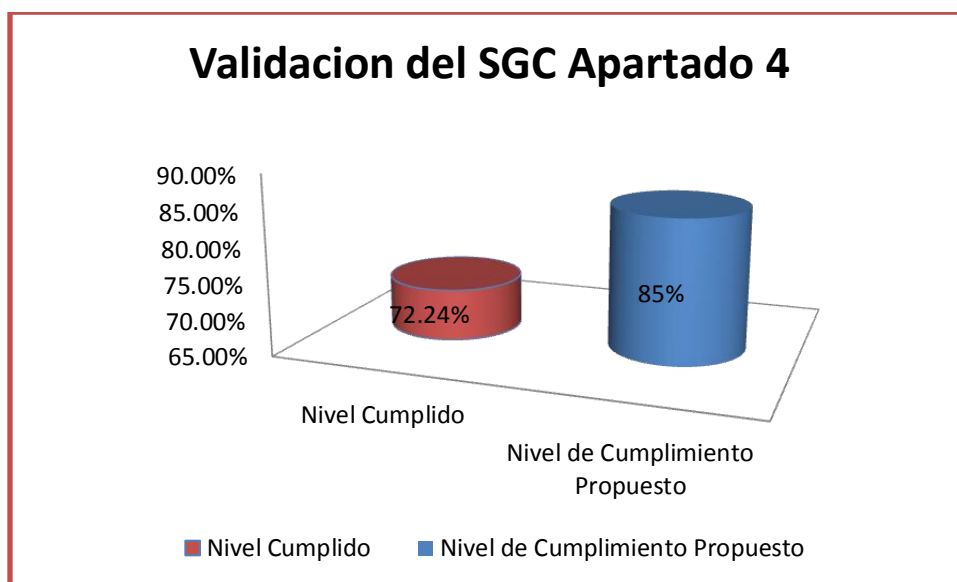


Gráfico 24: Validación del SGC Apartado 4

## 2 Validación del Apartado 5 “Responsabilidad de la Dirección”

Calificación:

Calificación	Descripción
0	Prácticamente no se cumple
1	Se cumple parcialmente(en ocasiones puntuales)
2	Se cumple generalmente(en la mayoría de los casos)
3	Se cumple sistemáticamente y en casi todas las áreas.
4	Se cumple siempre y de forma total, y es un ejemplo para el sector.

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
<b>5.1 Compromiso de la dirección</b>							
1	¿Se comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos del servicio brindado al paciente, (requisitos médicos y legales)?	0	1	2	X	4	Se cuenta con el procedimiento para comunicar los requisitos del SGC al personal del Hospital, sin embargo no garantizara que se comuniquen hasta que se implemente el SGC. Procedimiento para comunicar la importancia de satisfacer los requisitos de las pacientes y RN CP.5.1.0.04. Procedimiento para la convocatoria a reuniones CP.5.1.0.01
2	¿Se ha establecido la política de la calidad?	0	1	2	3	X	La política de Calidad ha sido establecida en base a la situación actual del Hospital. REGISTRO EVALUACION DE LA POLITICA DE CALIDAD FO.5.3.0.02. REGISTRO DEFINICION DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD FO.5.3.0.04.
3	¿Se asegura el establecimiento de los objetivos de la calidad?	0	1	2	3	X	Los objetivos de calidad se han definido en el manual de calidad en base a la política de calidad. REGISTRO DEFINICION DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD FO.5.3.0.04.
4	¿Se llevan a cabo revisiones del sistema de calidad?	0	1	2	X	4	La Unidad Organizativa de la Calidad (en adelante UOC) se reúne mensualmente y se registra: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las actividades realizadas en la reunión.</li> <li>▪ Actas de reunión.</li> <li>▪ Informes de la dirección.</li> </ul> Para las revisiones de la gestión de la calidad se posee: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Base de datos de Mejora Continua de</li> </ul>

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
							<p>la calidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Instrumentos de recolección de datos.</li> <li>✓ Bancos de proyectos por cada estándar.</li> </ul> <p>Además se cuenta con el procedimiento de revisión del SGC que involucra a la dirección y comité de calidad en base al alcance del SGC. Ver: Procedimiento para programar las revisiones periódicas del SGC CP.5.1.0.05.</p>
5	¿Se asegura la disponibilidad de los recursos necesarios: Humanos, instalaciones y equipos?	0	1	2	X	4	<p>Cada jefe de unidad manda entre el mes de Noviembre y Diciembre el Stock de insumos y equipos necesarios para realizar el servicio del siguiente año. También se envía una nota con las necesidades del siguiente año, (presupuesto en términos monetarios). En el transcurso del año cuando se identifique la necesidad de insumos o equipo se envía una solicitud de compra con el propósito de que aprueben y emitan una orden de compra en relación con los recursos disponibles.</p> <p>La disponibilidad de los recursos disponibles se garantiza por medio de:</p> <p><b>Recursos Humanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Reclutamiento y Selección del Personal.</li> <li>-Planillas.</li> <li>-Control de la Asistencia.</li> <li>-Evaluación del Desempeño.</li> <li>-Nombramiento y contratación del Personal.</li> <li>-Unidad de Adquisiciones y Contrataciones.</li> <li>-Actualización de Sistemas.</li> <li>-Inducción del Personal.</li> </ul> <p><b>Unidad de Formación Profesional y Comunicaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Plan de Capacitaciones Anual /Avance de Capacitaciones.</li> </ul> <p><b>Unidad Financiera</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Recepción de documento con solicitud de compra.</li> <li>-Asignación de cifrado presupuestario.</li> <li>-Envío a UACI (Adjudicado).</li> </ul>

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
							<p>-Revisión de techo asignado por rubro (en los casos que no se cuente con los fondos para ejecutar dicha compra).            -Responder a solicitud.</p> <p><b>Unidad de Informática</b>            -Manual de procedimientos/ Manual de organización y funciones de la UI.            -Reglamento sobre el uso y cuidado de los recursos informáticos.</p> <p><b>Departamento de mantenimiento</b>            -Manual de mantenimiento preventivo planificado (protocolos) (están desactualizados y no se utilizan)            (No tienen repuestos necesarios para realizar mantenimiento preventivo, falta de recursos de papelería, falta de comunicación y responsabilidades, problemas con rotación en compras, no hay mantenimiento predictivo, falta personal, asignación de tareas de otras áreas).</p> <p><b>Unidad de patrimonio</b>            -Plan de trabajo de la unidad de patrimonio. Normas técnicas de control por el MINSAL            -Norma técnica de control específico del Hospital Nacional de Maternidad.            Las fortalezas, oportunidades, debilidades, y amenazas son establecidas en el <b>Plan Estratégico Quinquenal 2009-2014</b> del hospital.            Procedimiento de planificación de los recursos CP.5.1.0.02            Procedimiento de provisión de recursos CP.5.1.0.03</p>
<b>5.2 Enfoque al cliente</b>							
6	¿Se asegura la determinación de los requisitos, tanto médicos como legales, del servicio recibido por los pacientes?	0	1	2	3	X	Se asegura la determinación de los requisitos médicos, legales y del servicio en el procedimiento de definición de los requisitos relacionados con: La paciente/recién nacido, prestación del servicio y Legislación relacionada. En el procedimiento van detalladas todas los ítems a tomar en cuenta para poder ejecutarlo.

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
							PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACION DE LOS REQUISITOS PRINCIPALES DE LAS PACIENTES Y EL RECIEN NACIDO CP.5.2.0.01.
7	¿Se asegura que se analice la información relativa a la satisfacción del paciente?	0	1	2	X	4	Se cuenta con el procedimiento de evaluación de la satisfacción del paciente en el que se detalla los recursos necesarios, frecuencia, responsabilidades para que garanticen la evaluación de la misma. No se puede asegurar que se analice pero si poseen las directrices necesarias para ejecutarla. Procedimiento para asegurar que se evalúa la satisfacción del paciente CP.5.2.0.02.
<b>5.3 Política de Calidad</b>							
8	¿Se asegura la coherencia de la política de la calidad con la realidad del Hospital?	0	1	2	3	X	La política de la calidad ha sido diseñada en base al diagnóstico institucional realizado por lo que garantiza la coherencia con la realidad del hospital. Procedimiento de Revisión y actualización de política y objetivos de calidad CP.5.3.0.01.
9	¿Existe un compromiso de mejorar continuamente el sistema de Gestión de Calidad?	0	1	2	3	X	El compromiso por mejorar continuamente el SGC queda explicito en el documento mecanismo de revisión del sistema de gestión de calidad los resultados relacionados con las acciones y decisiones tomadas con respecto a la mejora de la eficacia del sistema y de la prestación de los servicios del HNEM. Procedimiento para programar las revisiones periódicas del SGC CP.5.1.0.05.
10	¿Se asegura que los objetivos de la calidad están de acuerdo a las directrices de la política?	0	1	2	3	X	Se garantiza que los objetivos de calidad vayan acorde a la política de calidad establecida por la DNH por medio de reuniones de análisis de FODA y revisión de avance del plan quinquenal por el Comité de Gestión. <b>Documento: Manual de funciones del Comité de Gestión</b> Se han definido los objetivos de calidad en la PAO de la UOC y se implementan

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
							acciones para mejorar la calidad en el servicio a través de las reuniones de análisis, etc.
11	¿Se asegura que la comunicación de la política es adecuada y se evidencia que es entendida por el personal del Hospital?	0	1	2	X	4	Se diseñó el procedimiento de difusión y entendimiento de la política. No se puede garantizar que es entendida por el personal del hospital ya que esta se comprobara hasta que se ejecute el SGC. En el Despliegue de objetivos de la política de calidad PL.5.3.0.01.
<b>5.3 Política de la calidad</b>							
12	¿Se asegura la documentación de la metodología para la revisión de la política y se evidencia esta revisión?	0	1	2	3	X	En el procedimiento revisión y continua adecuación de la política de calidad con sus respectivos registros. Procedimiento de Revisión y actualización de política y objetivos de calidad CP.5.3.0.01
<b>5.4 Planificación</b>							
<b>5.4.1 Objetivos de Calidad</b>							
13	¿Existe un compromiso de cumplir con los requisitos del servicio brindado al paciente?	0	1	2	3	X	La dirección junto a la Unidad Organizativa de la Calidad han realizado un compromiso que va detallado en el Manual de Calidad.
14	¿Se asegura que los objetivos se han fijado en funciones y niveles pertinentes dentro del hospital, de manera que ofrezcan una mejora continua de la organización?	0	1	2	3	X	Se han definido objetivos por cada líneas estratégicas (emanadas de la Política Nacional de Salud) que guían las actividades que se realizarán anualmente con el propósito de darles cumplimiento En El Plan Anual Operativo PL.4.2.1.00 que se realiza para cada nivel jerárquico, se establecen objetivos acordes a la situación propia de cada servicio, por ejemplo que estén relacionados con producción, calidad, atención al paciente.
15	¿Se asegura que los objetivos son medibles y están asociados a un indicador?	0	1	2	3	X	Los objetivos son medibles y cuantificables. Una estrategia puede estar relacionada con una serie de objetivos. Por cada objetivo existen actividades, indicadores y un cronograma del cumplimiento de la misma.
16	¿Se asegura que los objetivos se encuentran desarrollados en planes de actividades para su cumplimiento?	0	1	2	3	X	Se detalla una matriz para el desarrollo y cumplimiento de los objetivos.



N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
16	¿Se asegura que se encuentran definidos los recursos, las fechas previstas y responsabilidades para las actividades del plan de objetivos?	0	1	2	3	X	Existe una sección con un cronograma para cada uno de los indicadores con los recursos a utilizar y las responsabilidades del mismo.
<b>5.4 Planificación</b>							
<b>5.4.1 Objetivos de la calidad</b>							
18	¿Los objetivos evidencian mejora continua respecto a valores de periodos anteriores?	0	1	X	3	4	La mejora se evidencia por medio de una evaluación semestral y anual del cumplimiento de los objetivos y sus respectivos indicadores.
19	¿Las actividades de los objetivos y el seguimiento de los mismos se están realizando según lo planificado?	0	X	2	3	4	Se realiza una evaluación semestral y anual para las actividades de los objetivos. En algunas de las actividades se han visto desfases según las fechas planificadas incluyendo las reuniones de informe de avances. Las actividades de seguimiento se han iniciado este año por lo que no se cuenta con estadísticas anteriores.
<b>5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad</b>							
20	¿Se realizan planes para el personal (admisión, formación, desarrollo, etc.) evaluando el rendimiento y las necesidades de desarrollo de todas las personas?	0	1	2	X	4	La unidad de Recursos Humanos es la encargada de la admisión del personal se tienen los procedimientos de contratación e inducción al puesto de trabajo. La Unidad de Formación del Personal es el encargado de la formación de todo el personal (Ver resultados de Apartado 6). Una de las líneas estratégicas contempladas en la Plan Estratégico Quinquenal 2009-2014 se tiene el desarrollo del Recurso Humano. En el PAO se ha definido como acciones la realización de reuniones para evaluar y analizar los 28 estándares (100%), y se presenta a la dirección proponiendo acciones de mejora teniendo un alcance de las instituciones de primer o segundo nivel, realizándose capacitaciones semanales a doctores del Hospital y de las instituciones de la RIISS que lo requieran, con el propósito de mejorar el

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
							servicio realizado por el Hospital de Maternidad Documentos: <b>Actas de reuniones con alta dirección</b> <b>Perfil de capacitaciones</b> <b>Lista de asistencia a capacitaciones.</b>
<b>5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad</b>							
21	¿Se revisan de forma sistemática los planes comparando resultados con objetivos implicando a todos los afectados en los cambios necesarios?	0	1	2	X	4	Cada uno de los jefes realiza la revisión semestralmente de los resultados, planteando objetivos en base a las debilidades encontradas e involucrando a los afectados. <b>Guía de planeación para implementar el sistema de gestión de calidad PL.5.4.2.01</b>
<b>5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación</b>							
<b>5.5.1 Responsabilidad y autoridad</b>							
22	¿Se asegura la definición de los cargos o funciones del Hospital en un organigrama y fichas de puesto?	0	1	2	3	X	Mediante el Manual de Organizaciones y Funciones de cada unidad y el organigrama general. Procedimiento para definir comité de calidad y especificaciones técnicas de reuniones CP.5.5.2.01. Organigrama: PE.4.2.1.02.
23	¿Se asegura la documentación de las responsabilidades de cada puesto de trabajo referidas para el sistema de gestión de la calidad?	0	1	2	X	4	Si, los jefes de cada uno de los servicios lo realizan actualizándolo en los libros de manejo de cada servicio. Además el MINSAL provee el Manual Descriptivo de Clases en el que se dan a conocer las funciones del personal. Manual de funciones de la unidad Organizativa de la calidad MA.4.2.1.01 Manual de funciones de la unidad de Planificación MA.4.2.1.02 Manual de organización y funciones de Partos MA.4.2.1.03 Manual de Organización y funciones de Puerperio MA.4.2.1.04 Manual de organización y funciones de Cirugía Obstétrica MA.4.2.1.05 Manual de organización y funciones de RRHH MA.4.2.1.06
24	¿Se asegura la adecuada comunicación de las responsabilidades a cada uno de los empleados del hospital?	0	1	2	X	4	Por medio del Manual de Funciones de cada servicio en el momento en el que se es contratado o cuando el personal es transferido de puesto. Manual de funciones de la unidad Organizativa de la

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
							calidad MA.4.2.1.01 Manual de funciones de la unidad de Planificación MA.4.2.1.02 Manual de organización y funciones de Partos MA.4.2.1.03 Manual de Organización y funciones de Puerperio MA.4.2.1.04 Manual de organización y funciones de Cirugía Obstétrica MA.4.2.1.05 Manual de organización y funciones de RRHH MA.4.2.1.06
<b>5.5.2 Representante de la dirección</b>							
25	¿Se encuentra documentada la asignación del representante de la dirección a algún cargo o puesto del Hospital para que administre el Sistema de Gestión de Calidad?	0	1	2	3	X	La dirección del Hospital ha definido como representante para que gestione la calidad a uno de los empleados, colocándolo en el puesto de jefe de la UOC. El nombramiento se respalda en los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Resolución razonada 31/2012</li> <li>✓ Resolución razonada 18/2012</li> <li>✓ Solicitud de funciones del personal de la UOC</li> <li>✓ Memorándum de Nombramiento</li> </ul> Procedimiento para definir comité de calidad y especificaciones técnicas de reuniones CP.5.5.2.01.
26	¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo del representante de la dirección se incluye el aseguramiento del establecimiento, implementación y mantenimiento de los procesos del sistema?	0	1	2	3	X	Las responsabilidades incluyen aseguramiento, establecimiento, implementación y mantenimiento del SG y se han detallado en la Guía de planeación para implementar el sistema de gestión de calidad PL.5.4.2.01.
27	¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo del representante de la dirección se incluye la de informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema y de las necesidades de mejora?	0	1	2	3	X	Se han detallado las responsabilidades del representante de la dirección acorde a lo establecido en la norma en la Metodología de Planificación del Diseño del SGC. Guía de planeación para implementar el sistema de gestión de calidad PL.5.4.2.01.

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
28	¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de asegurarse de la promoción de la toma de conciencia de los requisitos del servicio brindado a los paciente?	0	1	2	3	X	Se han detallado las responsabilidades del representante de la dirección acorde a lo establecido en la norma en la Guía de planeación para implementar el sistema de gestión de calidad PL.5.4.2.01.
29	¿Existen evidencias documentadas del cumplimiento de las responsabilidades del representante de la dirección?	0	1	2	X	4	En todos los registros en los que se ve involucrado el representante de la dirección se evidencia el cumplimiento mediante la aprobación y control de las mismas.
<b>5.5.3 Comunicación interna</b>							
30	¿Se encuentra evidencia de procesos de comunicación eficaces para el correcto desempeño de los procesos?	0	1	2	3	X	Se posee un mecanismo eficaz para comunicar los requisitos del sistema de gestión de calidad según la competencia de cada miembro del hospital, así como la comunicación de todo lo que involucra el SGC. Procedimiento para transmitir los requisitos del sistema CP.5.5.3.01.
<b>5.6 Revisión por la dirección</b>							
<b>5.6.1 Generalidades</b>							
31	¿Se encuentran definidas la frecuencia de realización de las revisiones del sistema?	0	1	2	3	X	El Comité Nacional de Calidad hace monitoreo cada 6 meses y determina el nivel de cumplimiento del Programa de mejora continua de la calidad en los servicios Hospitalarios. En el procedimiento revisiones continuas del SGC se detalla que se deberán realizar anualmente. Procedimiento para la revisión por la Dirección CP.5.6.1.01.
32	¿Se incluye en el registro de informe de revisión, el análisis de oportunidades de mejora, la necesidad de cambios en el sistema y el análisis de la política y los objetivos de la calidad?	0	1	2	3	X	Se posee un mecanismo institucional para revisar el sistema de gestión de calidad, en el que se incluyen las frecuencias de la revisión, la identificación de las oportunidades de mejora, y el análisis de la política y los objetivos de calidad planteados en el sistema. Así como los respectivos registros para identificar las revisiones realizadas por la dirección del hospital. Procedimiento para la revisión

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
							por la Dirección CP.5.6.1.01.
33	¿Se identifican y mantienen los registros de la revisión por la dirección?	0	1	2	3	X	Los registros de la revisión de la dirección han sido diseñados para mantenerlos mientras dure el SGC. Formato de Registro de revisión por la Dirección FO.5.6.3.01.
<b>5.6.2 Información de entrada para la revisión</b>							
34	¿Se solicitan los resultados de las auditorías internas para realizar la revisión del sistema?	0	1	X	3	4	Luego del monitoreo realizado por el Comité Nacional de Calidad, deja copias de las auditorías realizadas al cumplimiento de los lineamientos del MINSAL. Se posee el mecanismo que proporciona la información de las auditorías realizadas a los responsables. Formato de Registro de los resultados de la auditoría FO.8.2.2.05.
35	¿Se solicitan los resultados de satisfacción de los pacientes y sus reclamos para realizar la revisión del sistema?	0	1	2	3	X	La dirección es responsable de recibir los reportes de los resultados de la evaluación de la satisfacción de las pacientes. Se diseñó el mecanismo que proporciona la información de los resultados de la satisfacción del paciente y sus reclamos. Formato de registro de la medición de la satisfacción del cliente FO.8.2.1.01.
36	¿Se solicita el informe de indicadores de desempeño de cada uno de los procesos para realizar la revisión del sistema?	0	1	2	3	X	El resultado de los indicadores que monitorea el Comité Nacional de Calidad, forma parte del informe. Se diseñó el mecanismo que proporciona la información del desempeño de los procesos. Plataforma estratégica PE.4.2.1.01.
37	¿Se solicita el estado de las acciones correctivas y preventivas para realizar la revisión del sistema?	0	1	2	3	X	El Informe cuenta con el estado de las acciones tomadas relacionadas con las observaciones de la auditoría anterior. Se diseñó el mecanismo que proporciona el estado de las acciones correctivas y preventivas para realizar la revisión del SGC. Formato de registro de informe de no conformidades FO.8.5.2.03.
38	¿Se solicita el informe del análisis de las acciones	0	1	2	3	X	El análisis establecido consiste en establecer "Las diferencias que hay entre

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
	resultantes de revisiones anteriores?						<p>el estándar de atención y las prácticas actuales” junto con las acciones o cambios a tomar. En esto se incluyen el estado de las acciones resultantes de las revisiones anteriores.</p> <p>Se diseñó los mecanismos de revisión del sistema de gestión de calidad de los resultados relacionados con las acciones y decisiones tomadas con respecto a la mejora de la eficacia del sistema y de la prestación de los servicios del HNEM. Procedimiento para programar las revisiones periódicas del SGC CP.5.1.0.05.</p>
39	¿Se identifican los cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad, al momento de realizar la revisión del sistema?	0	1	X	3	4	<p>En ocasiones a las fallas encontradas en la auditoria de los estándares se acompañan de “cambios propuestos o ideas de cambio”, a las cuales se les debe dar cumplimiento para superar los fallos encontrados.</p> <p>Sin embargo estas van orientadas no a analizar cambios posibles a sistema establecido por la DNH, si no únicamente a mejorar las practicas actuales para darle cumplimiento a los lineamientos.</p> <p>En el procedimiento de revisión del SGC se estableció los cambios que podrían afectar al sistema de gestión. Procedimiento para programar las revisiones periódicas del SGC CP.5.1.0.05.</p>
40	¿Se solicitan las recomendaciones para la mejora del sistema, al realizar la revisión del este?	X	1	2	3	4	<p>Se poseen las directrices para solicitar las recomendaciones pertinentes de la mejora del sistema, estas se podrán solicitar una vez se haya implementado el SGC. Procedimiento para programar las revisiones periódicas del SGC CP.5.1.0.05.</p>
<b>5.6.3 Resultados de la revisión</b>							
41	¿El informe de revisión contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad?	0	1	2	3	X	<p>En el informe de revisión de los estándares establecidos por la Dirección Nacional de Hospitales establece:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallos identificados</li> <li>• Causas probables a la brecha</li> <li>• Ideas de cambio para disminuir la</li> </ul>

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
							brecha • Actividades a realizar. Procedimiento para la revisión por la Dirección CP.5.6.1.01.
42	¿El informe de revisión contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora del servicio brindado a los pacientes?	0	1	2	X	4	Se posee la estructura del informe de los resultados de la revisión en los registros relacionados. Formato de Registro de revisión por la Dirección FO.5.6.3.01
43	¿El informe de revisión define los recursos necesarios para el desarrollo de estas acciones?	0	1	2	X	4	Únicamente se establecen Responsables y fechas de cumplimientos de los cambios que se deben realizar para disminuir la brecha entre los estándares de atención establecidos por la DNH y las prácticas actuales identificadas en la auditoría. Formato de Registro de revisión por la Dirección FO.5.6.3.01

Calificación	0	1	2	3	4
Total de X	1	1	3	11	27
Multiplicado por	*0	*1	*2	*3	*4
Total por Calificación	0	1	6	33	108
Suma total de puntos obtenidos (ST)	148				
Resultado (suma total entre mayor puntaje posible)	86.05%				
	(148/ 172 ) %				

### Conclusión

El porcentaje planteado como meta para este apartado 5 fue del 85%, obteniendo un cumplimiento del 86.05% por lo que la diferencia a favor es de 1.05%, el porcentaje restante al 100% se lograra implementado el Sistema de Calidad acorde a las directrices planteadas.

## Validación del SGC Apartado 5

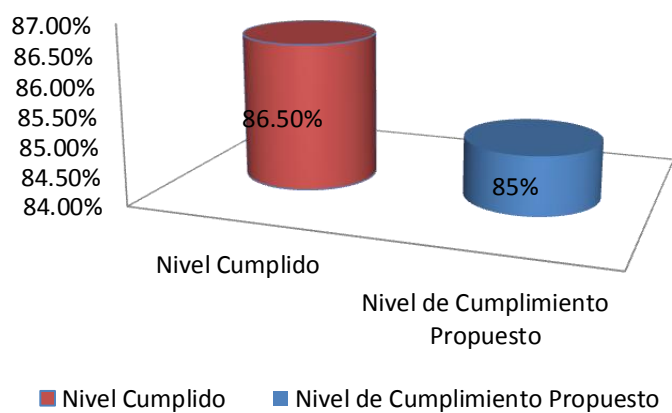


Gráfico 25: Validación del SGC Apartado 5



### 3 Validación del Apartado 6 “Gestión de los Recursos”.

Calificación:

Calificación	Descripción
0	Prácticamente no se cumple
1	Se cumple parcialmente(en ocasiones puntuales)
2	Se cumple generalmente(en la mayoría de los casos)
3	Se cumple sistemáticamente y en casi todas las áreas.
4	Se cumple siempre y de forma total, y se es un ejemplo para el sector.

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
	<b>6.1 Provisión de recursos</b>						
1	¿Dispone la organización de los recursos necesarios para mantener el sistema de gestión de la calidad y aumentar la satisfacción del cliente?	0	1	X	3	4	El Sistema de gestión de Calidad ha nacido sin apoyo financiero del gobierno, sin embargo se tiene una partida que será destinada para este rubro bajo la autorización de la dirección del hospital.
	<b>6.2 Recursos Humanos</b>						
	<b>6.2.1 Generalidades</b>						
2	¿Existe evidencia de evaluaciones al personal que brinda el servicio en base a educación, formación, habilidades y experiencia, y fichas por cada empleado para demostrar la competencia del mismo?	0	1	2	3	X	Cada 6 meses se realiza una evaluación del desempeño basada en el mérito del personal que permite al final de año para el escalafón. Al contratarse el personal se realiza una evaluación de las habilidades, formación y educación junto con pruebas técnicas psicológicas Documentos: <b>Hoja de evaluación de desempeño</b> <b>Expediente del personal</b> <b>Proceso de reclutamiento y selección del personal</b> <b>Evaluación cuatrimestre.</b>
	<b>6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia</b>						
3	¿Se encuentra definida la competencia necesaria para cada puesto de trabajo (o perfiles de	0	1	2	3	X	Por medio del Manual de Descripción de Plazas que los divide en especialidades y sub

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
	puestos de trabajo) teniendo en cuenta la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas?						<p>especialidades. Manual de funciones de la unidad Organizativa de la calidad MA.4.2.1.01</p> <p>Manual de funciones de la unidad de Planificación MA.4.2.1.02</p> <p>Manual de organización y funciones de Partos MA.4.2.1.03</p> <p>Manual de Organización y funciones de Puerperio MA.4.2.1.04</p> <p>Manual de organización y funciones de Cirugía Obstétrica MA.4.2.1.05</p> <p>Manual de organización y funciones de RRHH MA.4.2.1.06</p>
4	¿Existe un plan de formación o de logro de competencias?	0	1	2	3	X	Existe el Plan Integrado de Capacitaciones en el cual se calendarizan anualmente de acuerdo a la detección de necesidades encontradas al inicio del año. PL.6.2.2.01
5	¿Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas?	0	1	2	3	X	<p>La metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas es la Evaluación de las Capacitaciones.</p> <p>Después de la realización de la capacitación se realizan reuniones que permiten la evaluación de cada evento en particular. Se califican una serie de criterios en base a lineamientos establecidos por el MINSAL: Calidad del evento, conocimiento impartido, utilidad de los temas, materiales, alimentación, local. Y se realiza las recomendaciones pertinentes así como el informe con la nota. Formato lista de asistencia FO.6.2.2.01</p>
6	¿Existen registros de plan de formación, competencia necesaria de cada puesto, ficha de empleado y actos o certificados de formación, o similares?	0	1	2	3	X	<p>Se maneja un listado de los asistentes a cada una de las capacitaciones.</p> <p>Recursos humanos realiza al final de cada año la actualización de datos del personal por medio de un formato establecido en el que los empleados</p>

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
							<p>anexan los diplomas o reconocimientos obtenidos.</p> <p>Se está trabajando en una matriz que dé a conocer el personal capacitado.</p> <p>DNC detección de necesidades de capacitación (una ficha para servicio).</p> <p>También existe un proyecto con el Colegio Médico para hacer acreditaciones al año.</p> <p>El jefe de cada servicio realiza una evaluación del desempeño de los que componen dicho servicio. En base a las flaquezas, necesidades, o debilidades del personal se planean las capacitaciones. Solicitud de necesidad de capacitación FO.6.2.2.02</p>
7	¿Existe evidencia documentada del cumplimiento de los requisitos de competencia para cada empleado de la organización?	0	1	2	3	X	La Unidad de Recursos Humanos por medio del manual de puestos de la institución y actualización del currículum vitae de los empleados dependiendo de las capacitaciones o diplomas recibidos.
<b>6.3 Infraestructura</b>							
8	¿Se encuentra identificada la infraestructura necesaria y existente para la realización de los procesos?	0	1	2	3	X	<p>Se diseñó el mecanismo de levantamiento de los requerimientos de infraestructura y los servicios de apoyo para El “Proceso de Atención del Parto y Post Parto” y el “Proceso de Atención al Recién Nacido” según las necesidades de las pacientes y el recién nacido.</p> <p>Procedimiento para determinar la infraestructura requerida para los procesos CP.6.3.0.01</p>
9	¿Existen planes o rutinas de mantenimiento preventivo para cada uno de los equipos?	0	1	2	3	X	La unidad biomédica posee la planificación del mantenimiento preventivo dependiendo del equipo por medio de un programa que posee la base de datos de todos los equipos del hospital. Procedimiento para establecer el mantenimiento requerido de la infraestructura de los procesos CP.6.3.0.02.

N°	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
10	¿Existen registros de las acciones de mantenimiento correctivo y preventivo realizadas?	0	1	2	3	X	En físico y en digital Documento: <b>Libro de Órdenes de trabajo</b> <b>Hoja en Excel con las órdenes de trabajo.</b>
11	¿Existe una metodología definida para la realización de estas tareas de mantenimiento?	0	1	2	3	X	Se diseñó una metodología para realizar el mantenimiento al Hospital. Formato del Registro del mantenimiento a la infraestructura del proceso FO.6.3.0.03. Formato de Plan de contingencia para la infraestructura del proceso FO.6.3.0.04.
<b>6.4 Ambiente de trabajo</b>							
12	Si existen condiciones específicas de trabajo, ¿Se encuentran definidas tales condiciones?	0	1	2	3	X	Se diseñó la documentación de las condiciones ambientales o físicas específicas bajo las cuales se debe mantener las áreas de atención de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Partos</li> <li>• Quirófano Obstétrico</li> <li>• Puerperio</li> <li>• Cirugía Obstétrica</li> <li>• Cuidados Intensivos del Recién Nacido</li> <li>• Cuidados Intermedios del Recién Nacido</li> <li>• Cuidados Mínimos del Recién Nacido</li> </ul> Procedimiento para establecer y mantener el ambiente de trabajo de los procesos CP.6.4.0.01.
13	¿Existe evidencias del mantenimiento de estas condiciones específicas de trabajo, en esas unidades?	X	1	2	3	4	Se podrá comprobar con las evidencias de mantenimiento hasta que se implemente el SGC. FO.6.4.0.02 Formato del Registro del mantenimiento al ambiente de trabajo

Calificación	0	1	2	3	4
Total de X	1	0	1	0	11
Multiplicado por	*0	*1	*2	*3	*4
Total por Calificación	0	0	2	0	44
Suma total de puntos obtenidos (ST)	46				
Resultado (suma total entre mayor puntaje posible) (46/52) %	88.46%				

### Conclusión

El porcentaje planteado como meta para este apartado 6 Gestión de los Recursos fue del 85%, obteniendo un cumplimiento del 88.46% por lo que la diferencia a favor es de 3.46%, el porcentaje restante al 100% se lograra implementado el Sistema de Calidad acorde a las directrices planteadas.

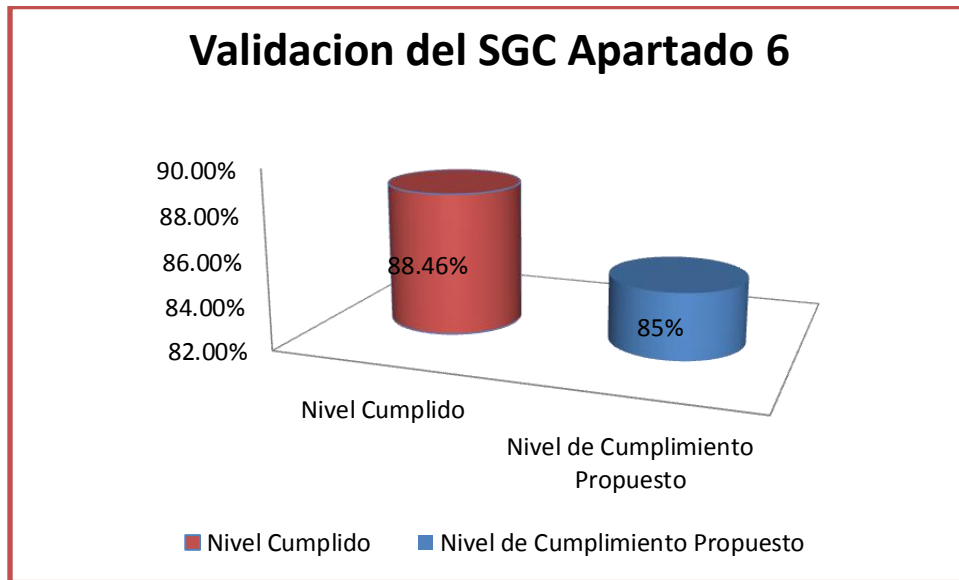


Gráfico 26: Validación del SGC Apartado 6

#### 4 Validación del Apartado 7 “Realización del Servicio”.

Calificación:

Calificación	Descripción
0	Prácticamente no se cumple
1	Se cumple parcialmente(en ocasiones puntuales)
2	Se cumple generalmente(en la mayoría de los casos)
3	Se cumple sistemáticamente y en casi todas las áreas.
4	Se cumple siempre y de forma total, y es un ejemplo para el sector.

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
<b>7.1 Planificación de la realización del servicio</b>							
1	¿Dispone la organización de una planificación de los servicios que se brindan teniendo en cuenta los requisitos del paciente? (Los requisitos son las necesidades o expectativas establecidas por las partes interesadas, las obligatorias o las que se consideran implícitas por hábito o práctica común para la organización, sus clientes o partes interesadas. La satisfacción del cliente depende de la percepción de éste sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.	0	1	2	3	X	Se posee un Plan que toma en cuenta los requisitos del paciente, objetivos de calidad, actividades de verificación, validación, seguimiento, medición e inspección de los servicios brindados a fin de mejorar la satisfacción de las necesidades del paciente y recién nacido.  Formato de Especificación del Servicio FO.7.2.1.01
<b>7.2 Procesos relacionados con el paciente</b>							
<b>7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio</b>							
2	¿Se encuentran documentados los requisitos del paciente?	0	1	2	3	X	Los requisitos de los pacientes se determinaron mediante la metodología para definir los requisitos relacionados con: La paciente/recién nacido, prestación del servicio y Legislación relacionada para los procesos de interés

	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
		0	1	2	3	X	
							(Procesos de Atención del Recién Nacido y Proceso de Atención de Parto y Post-Parto). Procedimiento Identificación de requisitos del Servicio CP.7.2.1.01
3	¿Se han definido requisitos no especificados por el paciente pero propios del servicio?	0	1	2	3	X	Se tienen definidos los requisitos propios de la institución para cada servicio en las unidades de los procesos de atención al recién nacido y atención del parto y postparto tomando como referencia los lineamientos técnicos establecidos por MINSAL para los procesos de interés. Procedimiento Identificación de requisitos del Servicio CP.7.2.1.01
4	¿Se han definido los requisitos legales o reglamentarios del servicio?	0	1	2	3	X	Se tienen definidos los requisitos particulares para cada unidad según el marco legal vigente, a fin de garantizar el cumplimiento de la legislación para los procesos de interés. Procedimiento Identificación de requisitos del Servicio CP.7.2.1.01
5	¿Existe una metodología definida para la determinación de estos requisitos?	0	1	2	3	X	Se posee la metodología para la identificación de los registros particulares de cada unidad según el marco legal vigente para los procesos de interés. Procedimiento Identificación de requisitos del Servicio CP.7.2.1.01
6	¿Se cumple con los requisitos específicos de la metodología?	X	1	2	3	4	<p><b>Neonatología</b> Se cumplirán los registros de la metodología cuando se implementa el SGC.</p> <p><b>Partos</b> No.</p> <p><b>Quirófano Obstétrico</b> No.</p> <p><b>Puerperio</b> No.</p>

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							<b>Cirugía Obstétrica</b> No.
<b>7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio</b>							
7	¿Se encuentra descrita la metodología, momento y responsabilidades para la revisión de los requisitos del paciente?	0	1	2	3	X	Se posee la metodología para la revisión de los requisitos del paciente y de la prestación del servicio en la que se detallan los responsables de la misma. Procedimiento revisión de requisitos del Servicio CP.7.2.2.01.
8	¿Se cumple con los requisitos específicos de la metodología?	X	1	2	3	4	<b>Neonatología</b> Se cumplirán los registros de la metodología cuando se implementa el SGC.
							<b>Partos</b> No.
							<b>Quirófano Obstétrico</b> No.
							<b>Puerperio</b> No.
							<b>Cirugía Obstétrica</b> No.
9	¿Existe evidencia de la revisión de los requisitos?	0	1	2	3	X	<b>Neonatología</b> Se poseen los registros que permitan medir el cumplimiento de lo especificado en la metodología. Formato de Registro de revisión de requisitos del Servicio FO.7.2.2.01
							<b>Partos</b> Se poseen los registros que permitan medir el cumplimiento de lo especificado en la metodología. Formato de Registro de revisión de requisitos del Servicio FO.7.2.2.01
							<b>Quirófano Obstétrico</b> Se poseen los registros que permitan medir el cumplimiento de lo especificado en la metodología. Formato de Registro de revisión de requisitos del Servicio FO.7.2.2.01
							<b>Puerperio</b>



REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							Se poseen los registros que permitan medir el cumplimiento de lo especificado en la metodología. Formato de Registro de revisión de requisitos del Servicio FO.7.2.2.01
							<b>Cirugía Obstétrica</b> Se poseen los registros que permitan medir el cumplimiento de lo especificado en la metodología. Formato de Registro de revisión de requisitos del Servicio FO.7.2.2.01
10	¿Existe una metodología definida para el tratamiento de modificaciones de los requisitos ofertados al paciente?	0	1	2	3	X	Se encuentra definida la Metodología para la revisión de los requisitos del paciente y de la prestación del servicio. CP.7.2.1.01
<b>7.2.3 Comunicación con el paciente</b>							
11	¿Existe metodología eficaz para la comunicación con el paciente?	0	1	2	3	X	Se posee un mecanismo que define la información que se debe proporcionar a la paciente y el responsable a comunicarla en las unidades relacionadas con los procesos de interés a fin de uniformizar los esfuerzos que ya se realizan en las diferentes unidades. Procedimiento de recepción de quejas y sugerencias CP.7.2.3.01.
12	¿Se registran los resultados de satisfacción del paciente y sus quejas?	0	X	2	3	4	No se puede comprobar hasta que se ejecute el SGC, mas sin embargo ya se poseen algunos resultados de la evaluación de la satisfacción de la paciente que se ha realizado en años anteriores. Formato de ficha de control de quejas y sugerencias FO.7.2.3.02.
<b>7.3 Diseño y desarrollo</b>							
<b>7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo</b>							
13	¿Existe una planificación para cada uno de los diseños o desarrollos de los servicios brindados según su complejidad?	0	1	2	3	X	Se posee una metodología de planificación de los nuevos servicios que incluya etapas de diseño, verificación y validación y una metodología con los mecanismos y los criterios de revisión de cada

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							etapa del diseño que incluya la determinación de los responsables de llevarlas a cabo. Procedimiento Planificación del diseño del servicio CP.7.3.1.01.
14	¿La planificación incluye etapas del diseño, verificación y validación?	0	1	2	3	X	Se posee una metodología de planificación de los nuevos servicios que incluya etapas de diseño, verificación y validación. Procedimiento Planificación del diseño del servicio CP.7.3.1.01. Formato de Registro identificación de elementos de entrada para el diseño FO.7.3.2.01. Procedimiento Identificación de elementos de entrada para el diseño de servicios CP.7.3.2.01 Procedimiento para la revisión del diseño CP.7.3.4.01 Procedimiento para la verificación del diseño CP.7.3.5.01.
15	¿Están definidos los criterios de revisión de cada una de las etapas del diseño?	0	1	2	3	X	En la metodología de planificación de los nuevos servicios que incluya etapas de diseño, verificación y validación. Procedimiento Planificación del diseño del servicio CP.7.3.1.01. Formato de Registro identificación de elementos de entrada para el diseño FO.7.3.2.01. Procedimiento Identificación de elementos de entrada para el diseño de servicios CP.7.3.2.01 Procedimiento para la revisión del diseño CP.7.3.4.01 Procedimiento para la verificación del diseño CP.7.3.5.01.
16	¿Están definidas las responsabilidades para el diseño y desarrollo?	0	1	2	3	X	Dentro del diseño de la metodología de planificación de los nuevos servicios que incluya etapas de diseño, verificación y validación
<b>7.3.2 Elementos de entrada para el diseño</b>							
17	¿Para todos los diseños se han definido los elementos de entrada?	0	1	2	3	X	Se poseen los mecanismos para establecer los elementos de entrada del diseño donde se evidencie mediante los registros apropiados la identificación de los mismos CP.7.3.2.01. Procedimiento

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							Identificación de elementos de entrada para el diseño de servicios
18	¿Existe registro asociado a esta identificación?	0	1	2	3	X	Existe un registro particular apropiado a la metodología. Formato de Registro identificación de elementos de entrada para el diseño FO.7.3.2.01.
<b>7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo</b>							
19	¿Los resultado del diseño y desarrollo cumplen con los elementos de entrada?	0	1	2	3	X	Se posee los mecanismos que garantizan que los resultados del diseño cumplan con los elementos de entrada. Procedimiento para el diseño de servicios CP.7.3.3.01
20	¿Proporcionan información para la compra y prestación del servicio?	0	1	2	3	X	Si, los mecanismos para establecer los requisitos de salida del diseño y desarrollo a fin de que se suministre la información apropiada para la compra, producción y prestación adecuada del servicio diseñado. Así como para la verificación y validación del diseño. Procedimiento para el diseño de servicios CP.7.3.3.01
21	¿Incluyen pautas que indican cómo se debe prestar el servicio correctamente?	0	1	2	3	X	Dentro de la metodología se contempla dependiendo del servicio cuales serán las pautas del cómo se debe prestar el servicio.
<b>7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo</b>							
22	¿Existen registros de las revisiones realizadas a cada una de las etapas del diseño?	0	1	2	3	X	Se poseen los registros y mecanismos necesarios para evidenciar las revisiones realizadas a cada etapa del diseño, donde se incluyan los criterios de aceptación de cada etapa. Procedimiento para la revisión del diseño CP.7.3.4.01
23	¿Existen criterios de aceptación para cada etapa?	0	1	2	3	X	Se encuentran los registros y mecanismos necesarios para evidenciar las revisiones realizadas a cada etapa del diseño, donde se incluyan los criterios de aceptación de cada etapa. Formato de Registro de la revisión del diseño FO.7.3.4.01
<b>7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo</b>							
24	¿Existe registro de la	0	1	2	3	X	Se encuentran los registros y

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
	verificación de los resultados del diseño y desarrollo?						mecanismos necesarios para la verificación del diseño y el desarrollo con sus respectivos criterios de aceptación. Procedimiento para la verificación del diseño CP.7.3.5.01
25	¿Los criterios de aceptación para la verificación están de acuerdo a los elementos de entrada del diseño?	0	1	2	3	X	Se encuentran los registros y mecanismos necesarios para la verificación del diseño y el desarrollo con sus respectivos criterios de aceptación. Formato de Registro de la verificación del diseño FO.7.3.5.01.
<b>7.3.6 Validación del diseño y desarrollo</b>							
26	¿Existe registro de la validación del servicio diseñado?	0	1	2	3	X	Se encuentran los registros y mecanismos necesarios para la validación del diseño y el desarrollo con sus respectivos criterios de aceptación. Procedimiento para la validación del diseño CP.7.3.6.01
27	¿Los criterios de aceptación para la validación están de acuerdo a los elementos de entrada del diseño?	0	1	2	3	X	Se encuentran los registros y mecanismos necesarios para la validación del diseño acorde a los elementos de entrada del diseño. Formato de Registro de la validación del diseño FO.7.3.6.01
<b>7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo</b>							
28	¿Existe registro de los cambios realizados en el diseño de los servicio?	0	1	2	3	X	Se encuentran los mecanismos y los registros necesarios para realizar cambios a los diseños de la prestación de los servicios, tomando en cuenta la evidencia necesaria relacionada con la verificación y validación de los cambios. Formato de Registro de cambios diseño FO.7.3.7.01
29	¿Estos cambios están sometidos a verificación y validación?	0	1	2	3	X	Se encuentran los mecanismos y los registros necesarios para realizar cambios a los diseños de la prestación de los servicios, tomando en cuenta la evidencia necesaria relacionada con la verificación y validación de los cambios. Formato de Registro de cambios diseño FO.7.3.7.01

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
<b>7.4 Compras</b>							
<b>7.4.1 Proceso de compras</b>							
30	¿Se encuentran definidos por escrito los servicios y los requisitos solicitados a los proveedores?	0	1	2	3	X	En cada proceso van plasmados los requisitos en base a la Ley LACAP. Cada compra establece requisitos mínimos por ejemplo en los servicios: solvencias, AFP, Seguro Social; en compras simples: crédito a 60 días, precio con IVA, garantía, tiempo de vida, etc. Registro de requisitos solicitados a proveedores FO.7.4.1.01.
31	¿Existe una selección de proveedores y se encuentran definidos los criterios de selección?	0	1	2	3	X	Si existen 3 tipos de evaluaciones: Técnica Financiera Legal Todas estas en base a la LACAP, si no pasa la primera no llega a la siguiente. Algunos de los criterios son: calidad, experiencia, precio. Registro de requisitos solicitados a proveedores FO.7.4.1.01.
32	¿Existe una evaluación de proveedores y sus criterios de evaluación?	0	1	2	3	X	Cada evaluación posee una ponderación dependiendo de esto sale el ganador en base a criterios como precio, calidad, experiencia, entre otros. Registro de requisitos solicitados a proveedores FO.7.4.1.01.
33	¿Existen registros de las evidencias de cumplimiento de los criterios de selección, evaluación y reevaluación?	0	1	2	3	X	En cada proceso de compra por medio del cuadro de análisis, los firma la comisión evaluadora de oferta Especialista de la compra, técnico financiero y técnico UACI (nombrada por el titular). Registro de requisitos solicitados a proveedores FO.7.4.1.01.
<b>7.4.2 Información de las compras</b>							
34	¿Existe una metodología adecuada para la realización de los pedidos de compra?	0	1	2	3	X	Plan de compras en el que se invierte el presupuesto. Formato de Plan de Compra FO.7.4.1.04, Registro orden de compra FO.7.4.1.03.

	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
		0	1	2	3	X	
35	¿Los pedidos de compra contienen información sobre todos los requisitos deseados?	0	1	2	3	X	En la solicitud de compra, quien crea o tiene la necesidad pone los requisitos técnicos. Procedimiento contratación directa por urgencia CP.7.4.1.02 Procedimiento adquisición y compra interna por licitación y concurso publico CP.7.4.1.01
36	¿Se cumple la metodología definida para los requisitos de compra?	0	1	2	3	X	Por medio de verificación, seguimiento y control.
<b>7.4.3 Verificación de los productos comprados</b>							
37	¿Existe definida una metodología adecuada para inspección de los productos comprados?	0	1	2	3	X	Cada compra tiene su administrador de la orden de compra o contrato. Procedimiento para la inspección y recepción de productos adquiridos CP.7.4.3.01
38	¿Están definidas las responsabilidades para la inspección de los productos comprados?	0	1	2	3	X	Cada administrador del contrato o de la orden y la unidad solicitante.
39	¿Existen registros de las inspecciones conformes a la metodología definida?	0	1	2	3	X	Seguimiento de contrato u orden de compra con base a esto se imponen las multas o sanciones.
<b>7.5 Producción y prestación del servicio</b>							
<b>7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio</b>							
40	¿Existe una metodología adecuada definida para la prestación del servicio?	0	1	2	3	X	<p><b>Neonatología</b> Guías clínicas para la atención hospitalaria del Neonato MA.4.2.1.01</p> <p><b>Partos</b> Si, el Manual de Procesos MA.4.2.1.03.</p> <p><b>Quirófano Obstétrico</b> Si, el Manual de Procesos. MA.4.2.1.03.</p> <p><b>Puerperio</b> Guías clínicas de atención de las principales morbilidades obstétricas en el tercer nivel de atención Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, perinatal, parto, puerperio y al recién</p>

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							nacido.MA.4.2.1.04
							<b>Cirugía Obstétrica</b> Manuales de procedimientos Protocolos de atención de enfermería en el tercer nivel de atención
41	¿Existen registros cumplimentados conforme a lo definido en la metodología de prestación del servicio?	0	1	2	3	X	<b>Neonatología</b> Expediente clínico de cada paciente <b>Partos</b> Expediente Clínico de cada Paciente. <b>Quirófano Obstétrico</b> Expediente Clínico de cada Paciente. <b>Puerperio</b> Expediente Clínico de cada Paciente. <b>Cirugía Obstétrica</b> Expediente Clínico de cada Paciente.
42	Si existen instrucciones de trabajo ¿Se encuentran disponibles en los puestos de uso y están actualizadas?	0	1	2	3	X	<b>Neonatología</b> Se encuentran disponibles en los puestos de uso y están actualizadas <b>Partos</b> Se encuentran disponibles en los puestos de uso y están actualizadas. <b>Quirófano Obstétrico</b> Tutoría quirúrgica (para los residentes) el 80% de las cesáreas las hacen los residentes. Guías de manejo para las diferentes patologías (cesárea) <b>Puerperio</b> Se encuentran disponibles en los puestos de uso y están actualizadas <b>Cirugía Obstétrica</b> Se encuentran disponibles en los puestos de uso y están actualizadas.
43	¿Se realizan las inspecciones adecuadas	0	1	2	3	X	<b>Neonatología</b> Los doctores realizan diariamente

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
	durante la prestación del servicio?						<p>la visita a los pacientes revisando el grado de mejoría que este presenta, indicando las acciones que se deben tomar, con el fin de mejorar la salud de los Recién Nacidos.</p> <p><b>Partos</b> Los médicos las posibles en el tiempo y en el horario de contratación.</p> <p><b>Quirófano Obstétrico</b> El tutor se encuentra presente en las intervenciones de cesáreas hechas por el residente, realizando la operación y guiando al residente en la participación de este.</p> <p><b>Puerperio</b> Los doctores realizan diariamente la visita a los pacientes revisando el grado de mejoría que este presenta, indicando las acciones que se deben tomar, con el fin de mejorar la salud de ellos.</p> <p><b>Cirugía Obstétrica</b> Si, se realiza la visita diaria a cada una de las pacientes, realizando un control rutinario.</p>
44	¿Se utilizan los medios y los equipos adecuados?	0	1	X	3	4	<p><b>Neonatología</b> El equipo es el adecuado y el disponible para brindar el servicio: incubadora, ventilador, bacinet, entre otros.</p> <p><b>Partos</b> Se utilizan los medios y equipos disponibles: Monitores cardiacos y fetales.</p> <p><b>Quirófano Obstétrico</b> Se utilizan los medios y equipos disponibles.</p> <p><b>Puerperio</b> Se utilizan los medios y equipos adecuados disponibles: tensiómetros, bomba para estetoscopio.</p> <p><b>Cirugía Obstétrica</b> Se utilizan los medios y equipos</p>



REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							disponibles: tensiómetros y extractores de leche.
45	¿El personal es competente para la realización de los trabajos?	0	1	2	3	X	<p><b>Neonatología</b> En la contratación se realiza una evaluación del personal por contratar y semestralmente se evalúa al personal, esta evaluación está a cargo del jefe del servicio</p> <p><b>Partos</b> En la contratación se realiza una evaluación del personal por contratar y semestralmente se evalúa al personal, esta evaluación está a cargo del jefe del servicio</p> <p><b>Quirófano Obstétrico</b> En la contratación se realiza una evaluación del personal por contratar y semestralmente se evalúa al personal, esta evaluación está a cargo del jefe del servicio</p> <p><b>Puerperio</b> En la contratación se realiza una evaluación del personal por contratar y semestralmente se evalúa al personal, esta evaluación está a cargo del jefe del servicio</p> <p><b>Cirugía Obstétrica</b> En la contratación se realiza una evaluación del personal por contratar y semestralmente se evalúa al personal, esta evaluación está a cargo del jefe del servicio</p>
<b>7.5.2 Validación de los procesos de la prestación del servicio</b>							
46	¿Si existen procesos para validar y se han definido los requisitos para esta validación?	0	1	2	3	X	Se diseñaron los mecanismos para validar los procesos de prestación del servicio por medio de la definición de los requisitos y establecer los registros necesarios para respaldar la validación de los procesos. Procedimiento para la validación del diseño CP.7.3.6.01
47	¿Existen registros de la validación de los procesos?	0	1	2	3	X	Se diseñaron los mecanismos para validar los procesos de prestación del servicio por medio de la definición de los requisitos y establecer los registros necesarios

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							para respaldar la validación de los procesos. Formato de Registro de la validación del diseño FO.7.3.6.01
<b>7.5.3 Identificación y trazabilidad</b>							
<b>48</b>	¿Se encuentra identificado el servicio a lo largo de todo el proceso productivo?	0	1	2	3	X	<b>Neonatología</b> Si por el Expediente Clínico. <b>Partos</b> Si por el Expediente Clínico. <b>Quirófano Obstétrico</b> Si por el Expediente Clínico. <b>Puerperio</b> Si por el Expediente Clínico. <b>Cirugía Obstétrica</b> Si por el Expediente Clínico.
<b>49</b>	Si es necesaria la trazabilidad del servicio, ¿Se evidencia la misma?	0	1	2	3	X	<b>Neonatología</b> Si por el Expediente Clínico. <b>Partos</b> Si por el Expediente Clínico. <b>Quirófano Obstétrico</b> Si por el Expediente Clínico. <b>Puerperio</b> Si por el Expediente Clínico. <b>Cirugía Obstétrica</b> Si por el Expediente Clínico.
<b>7.5.4 Propiedad del paciente</b>							
<b>50</b>	¿Existe una metodología adecuada definida para la comunicación de los daños ocurridos en las pertenencias del paciente?	0	1	2	3	X	Se encuentra el procedimiento para la comunicación de los daños ocurridos en las pertenencias del paciente y los registros necesarios para darle fiel cumplimiento. Procedimiento para la comunicación de los daños ocurridos en las pertenencias de las pacientes. CP.7.5.4.01.
<b>51</b>	¿Existen registros de estas comunicaciones?	0	1	2	3	X	Dentro del procedimiento para la comunicación de los daños ocurridos en las pertenencias del paciente se diseñaron los registros necesarios para realizar estas comunicaciones. Formato de registro de las pertenencias del

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							paciente FO.7.5.4.01
52	Si es de aplicación, ¿se cumple la ley de protección de datos con los datos de los pacientes?	0	1	2	3	X	<p><b>Neonatología</b> Los archivos médicos se consideran información confidencial según la ley de acceso a la Información.</p> <p><b>Partos</b> Los archivos médicos se consideran información confidencial según la ley de acceso a la Información.</p> <p><b>Quirófano Obstétrico</b> Los archivos médicos se consideran información confidencial según la ley de acceso a la Información.</p> <p><b>Puerperio</b> Los archivos médicos se consideran información confidencial según la ley de acceso a la Información.</p> <p><b>Cirugía Obstétrica</b> Los archivos médicos se consideran información confidencial según la ley de acceso a la Información.</p>
<b>7.5.5 Preservación del paciente</b>							
53	¿Existe definida una metodología adecuada para el traslado, protección e identificación del paciente dentro de las instalaciones?	0	1	2	3	X	<p>Actualmente los procedimientos que siguen para el traslado e identificación del paciente son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta</li> <li>- Expediente del paciente y brazalete.</li> <li>- Procedimiento de entrega y recepción de la paciente.</li> <li>- Proceso de atención de cada servicio (en elaboración)</li> </ul> <p>Se encuentra el procedimiento para la protección del paciente dentro de las instalaciones del HNEM, que permita monitorear si se protegen adecuadamente las pacientes en las unidades de servicio. Guía para</p>

REQUISITO DE LA NORMA		VALORACIÓN					RESULTADOS
							establecer la protección del paciente dentro de las instalaciones del HNEM. GU.7.5.5.01
54	¿Se evidencia el correcto cumplimiento de esta metodología?	0	X	2	3	4	Se evidencia el cumplimiento de los procedimientos que se manejan por medio de : <ul style="list-style-type: none"> <li>- La identificación en los censos (registro diario de recepción, traslado y transferencias del paciente) y en expediente y el desconocimiento de extravíos de los pacientes.</li> <li>- Se identifican a las pacientes a través de la hoja de ingreso y egreso.</li> <li>- A través de la revisión de las Indicaciones cumplidas.</li> </ul> El cumplimiento a cabalidad des este procedimiento se constatará cuando ejecuten el SGC.
55	¿Existe definida una metodología adecuada para el traslado a otra institución?	0	1	2	3	X	Si, se encuentra con una metodología definida: Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta. Las unidades cuentan con lineamientos para la transferencia y traslado de los pacientes, Recién Nacidos y mujeres.
<b>7.6 Control de los equipos de seguimiento y de medición</b>							
56	¿Se encuentran identificados todos los equipos de seguimiento y de medición?	0	1	2	3	X	Todos los equipos de seguimiento y medición se encuentran identificados por un código base 1733 tanto en un documento físico como electrónico en un inventario de base de datos. Procedimiento para el control de los equipos de seguimiento y medición CP.7.6.0.01
57	¿Existen definidas unas rutinas adecuadas de verificación o calibración de los mismos?	0	1	2	3	X	Se define el mantenimiento preventivo que se establece para cada equipo por medio de un programa de control del mantenimiento, en el que se especifica la orden y fecha de trabajo firmada por el jefe de la unidad de donde es el equipo.

	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
		0	1	2	3	X	
							Procedimiento para el control de los equipos de seguimiento y medición CP.7.6.0.01
58	¿Existen registros de las verificaciones o calibraciones realizadas?	0	1	2	3	X	Por medio de la orden de trabajo que proporciona el programa en la computadora que maneja la base de datos del control del mantenimiento que incluye el historial, los repuestos, el tiempo y el responsable. Formato de Registro Verificación de equipos de seguimiento y medición FO.7.6.0.02
59	¿Los equipos se encuentran correctamente identificados con su estado de verificación o calibración?	0	1	2	3	X	Por medio del programa que utiliza la unidad, en la base de datos.
60	¿Están definidas las pautas de actuación cuando se observe que las mediciones han sido erróneas?	0	1	2	3	X	Se encuentra definido por medio de una bitácora el procedimiento a seguir.
61	¿Se confirma la capacidad de los programas informáticos cuando participen en actividades de seguimiento y medición?	0	1	2	3	X	Si es efectivo ya que este se realizó en base a las necesidades de la unidad de biomédica por medio de la orden de trabajo con copia de seguridad.

Calificación	0	1	2	3	4
Total de X	2	2	1	0	56
Multiplicado por	*0	*1	*2	*3	*4
Total por calificación	0	2	1	0	224
Suma total de puntos obtenidos (ST)	227				
Resultado (suma total entre mayor puntaje posible)	(227/ 244) %				
	<b>93.03%</b>				

## Conclusión

El porcentaje planteado como meta para este apartado fue del 85%, obteniendo un cumplimiento del 93.03% por lo que la diferencia a favor es de 8.03%, el porcentaje restante al 100% se lograra implementado el Sistema de Calidad acorde a las directrices planteadas.

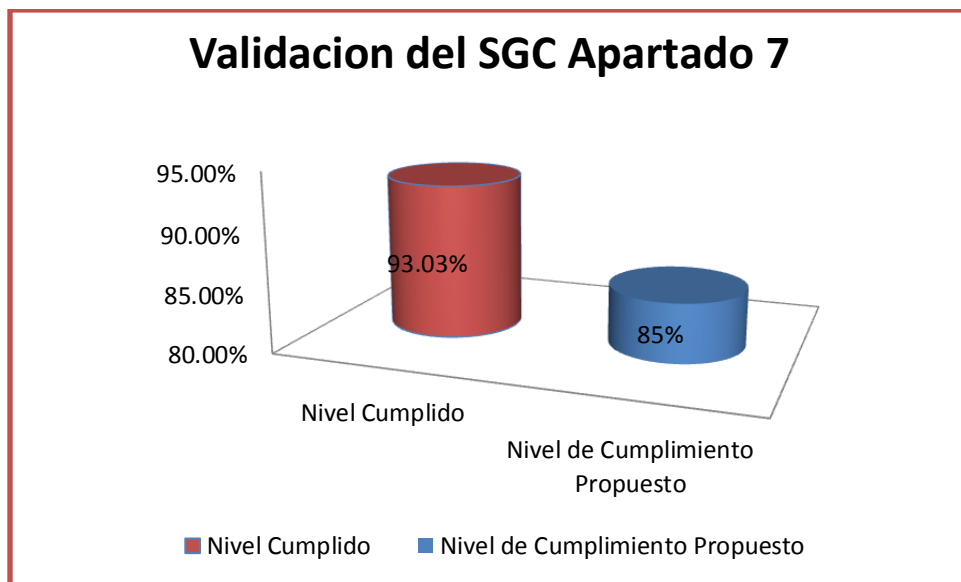


Gráfico 27: Validación del SGC Apartado 7

## 5 Validación del Apartado 8 “Medición Análisis y Mejora”

Calificación:

Calificación	Descripción
0	Prácticamente no se cumple
1	Se cumple parcialmente(en ocasiones puntuales)
2	Se cumple generalmente(en la mayoría de los casos)
3	Se cumple sistemáticamente y en casi todas las áreas.
4	Se cumple siempre y de forma total, y es un ejemplo para el sector.

N	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
	<b>8.1 Generalidades</b>						
1	¿Planifica la organización los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora para demostrar la conformidad con los requisitos del servicio?	0	1	2	3	X	La UOC planifica lo que hará en el año en el documento: <b>Planificación Anual Operativa de la Unidad Organizativa de la Calidad</b> , dentro de ello está la parte de seguimiento, medición, análisis y mejora de los procesos del Hospital. La parte de seguimiento y medición es realizada por cada Jefe del servicio, y los demás procesos por medio de reuniones mensuales con la alta dirección, los comités de apoyo y la UOC. Además se posee la planificación las acciones de medición, análisis y mejora para cada uno de los procesos que permita demostrar la conformidad de los requisitos del servicio. Plan anual operativo del HNEM (PL.4.2.1.00)
2	¿Implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora para demostrar la conformidad con los requisitos del servicio?	0	1	2	X	4	Los procesos de seguimiento y medición son realizados por cada Jefe del servicio y mensualmente se alimenta la base de datos de los estándares, formando los círculos de calidad y ejecutando los proyectos definidos para los estándares donde se han encontrado áreas de mejora, los demás procesos (análisis y mejora) por medio de reuniones mensuales con los comités de apoyo y la UOC, de estas reuniones se realizan informes para la alta dirección y se definen planes de acción.
3	¿Verifica los procesos de seguimiento, medición,	0	1	2	3	X	Se definieron y diseñaron los mecanismos para verificar que los procesos de

N	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
	análisis y mejora para demostrar la conformidad con los requisitos del servicio?						seguimiento, medición, análisis y mejora demuestren la conformidad con los requisitos del servicio.
4	¿Toma acciones para mejorar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora para demostrar la conformidad con los requisitos del servicio?	0	1	2	X	4	Se encuentran las acciones correspondientes para mejorar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora que demuestra la conformidad de los requisitos, estas se podrán constatar hasta que se implemente el SGC.
<b>8.2 Seguimiento y Medición</b>							
<b>8.2.1 Satisfacción del Cliente</b>							
5	¿Elabora algún instrumento para medir la satisfacción del paciente?	0	1	2	3	X	Se planifica evaluar la satisfacción del paciente. Se realiza para los pacientes de Emergencia, Consulta Externa y Servicios de Hospitalización (Puerperio, Cirugía Obstétrica, Perinatología, Oncología y Neonatología) en las unidades de Partos e Intervención Obstétrica no se planea ningún tipo de instrumento porque es considerado como un servicio de transición; este se realiza por medio de un plan de muestreo en función de la demanda. Se encontró el procedimiento para medir la satisfacción de la paciente en el que se incluye el registro de la encuesta de la evaluación de la paciente. Ver: Procedimiento para la medición de la satisfacción del cliente (CP.8.2.1.01) y Formato de encuesta al cliente FO.8.2.1.02.
6	¿Utiliza algún instrumento para medir la satisfacción del paciente?	0	1	X	3	4	Si, la Encuesta de Satisfacción al Paciente. Ver formato: Formato de encuesta al cliente FO.8.2.1.02.
7	¿Existen registros del análisis de los resultados de la satisfacción del paciente en base al instrumento utilizado?	0	1	2	X	4	Si, por medio de una base de datos llamada EPI-INFO, dicha base de datos permite registrarlos y dar resultados de las distintas variables que se evalúan para su posterior análisis. Formato de registro de la medición de la satisfacción del cliente FO.8.2.1.01
8	¿Existen acciones posteriores a la medición de la satisfacción del paciente?	0	1	2	X	4	Si, se presenta un formulario con los resultados obtenidos a la dirección, en los puntos críticos se buscan los responsables para que se mejore por medio de un proyecto que permita solventar dicho punto crítico por



N	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
							<p>ejemplo: una de los puntos críticos encontrados en una de las encuestas fue la limpieza de los baños, por medio del proyecto se establecieron lineamientos para la empresa subcontratada y para capacitar a la supervisora de limpieza.</p> <p>Se diseñaron los registros de seguimiento a las acciones tomadas posteriores a la medición. Ver: Procedimiento para la medición de la satisfacción del cliente (CP.8.2.1.01)</p>
<b>8.2.2 Auditoría Interna</b>							
9	¿Planifica la realización de auditorías internas?	0	1	2	3	X	<p>Se diseñaron los mecanismos para la planificación de las auditorías al sistema de gestión de calidad, así como las responsabilidades y los requisitos para la planificación y la realización respectivamente.</p> <p>Formato de Programa de auditoría interna: FO.8.2.2.01.Formato del Plan de auditoría del sistema de gestión de calidad FO.8.2.2.02 Formato del Plan de auditoría de procesos FO.8.2.2.03 Formato del Plan de auditoría de servicios FO.8.2.2.04</p>
10	¿Realiza auditorías internas a intervalos planificados para determinar si el SGC es eficaz?	X	1	2	3	4	<p>No, a nivel de auditoría de gestión de calidad, sino las auditorias que dicta la ley: se realizan en base al plan de auditorías, en ocasiones es necesario realizar otras actividades y tiende a modificarse el plan pero en general este se sigue acorde a lo planeado.</p> <p>Estas se desarrollaran hasta que se implemente el SGC en base al diseño de los mecanismos para la planificación de las auditorías al sistema de gestión de calidad, así como las responsabilidades y los requisitos para la planificación y la realización respectivamente.</p>
11	¿Existe una metodología definida para las auditorias?	0	1	2	3	X	<p>Se posee la metodología para las auditorias que se realicen al sistema de gestión de calidad y para el seguimiento de las acciones correctivas que se realicen para eliminar las no conformidades.</p> <p>Procedimiento para la preparación de la auditoría interna CP.8.2.2.02 Procedimiento para realizar la auditoría interna CP.8.2.2.03</p>
12	¿Están definidos las responsabilidades y los	0	1	2	3	X	<p>Se definieron los responsables en Procedimiento para realizar la auditoría interna CP.8.2.2.03</p>

N	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
	requisitos para planificar y realizar las auditorías?						anteriormente así como los requisitos para planificar y realizar las auditorías.
13	¿Existen registros de auditorías y de sus resultados?	0	1	2	3	X	Para cada una de las metodologías se diseñaron los registros necesarios para planificar e implementar las auditorías. Formato de Programa de auditoría interna: FO.8.2.2.01.Formato del Plan de auditoría del sistema de gestión de calidad FO.8.2.2.02 Formato del Plan de auditoría de procesos FO.8.2.2.03 Formato del Plan de auditoría de servicios FO.8.2.2.04
14	¿Se realizan correcciones y se toman acciones correctivas para eliminar las no conformidades detectadas?	0	1	2	3	X	Se estableció que al final de cada una de las auditorías se dieran a conocer las recomendaciones y acciones a seguir para eliminar las no conformidades encontradas.
<b>8.2.3 Seguimiento y Medición de los Procesos y del Servicio</b>							
15	¿Planifica el seguimiento y las características a medir del servicio para verificar si se cumplen con los requisitos del mismo?	0	1	2	3	X	Por medio de los indicadores de gestión 2013 para cada una de las unidades. Existen estándares que permiten darle seguimiento a las características propias de cada servicio.
16	¿Existen indicadores que permitan medir su servicio?	0	1	2	3	X	Por medio de los indicadores de gestión, existen indicadores que deben analizarse mensualmente y otros anualmente. Algunos de los indicadores que se manejan son: índices de ocupación, rotación, mortalidad, promedio de estancia.
17	¿Posee alguna metodología que demuestre la capacidad para alcanzar los resultados planificados?	0	1	2	3	X	Por medio del Plan Anual Operativo en el que se analiza la capacidad instalada, se compara población versus los recursos para identificar oportunidades de mejora que quedan plasmados en el mismo. Plan anual operativo del HNEM: PL.4.2.1.00.
18	¿Existen acciones posteriores para mejorar los resultados obtenidos?	0	1	2	3	X	Se plantean estrategias de ajuste en base a los resultados obtenidos y se considera la causa como base para un objetivo del siguiente periodo en el Procedimiento para realizar la auditoría interna CP.8.2.2.03
<b>8.3 Control del Servicio No conforme</b>							
19	¿Planifica una metodología para	0	1	2	3	X	Se diseñó el Procedimiento de seguimiento de acciones posteriores a las no

N	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
	determinar la no conformidad en los servicios brindados?						conformidades CP.8.3.0.01 para la planificación que permita determinar la no conformidad en los servicios brindados, solventar las no conformidades encontradas por medio de la ejecución de la misma.
20	¿Implementa la metodología para conocer la no conformidad en el servicio?	X	1	2	3	4	Se implementara hasta que se ejecute el SGC.
21	¿Las no conformidades encontradas son solventadas?	0	1	X	3	4	Se encuentran los registros de seguimiento a las no conformidades las acciones a seguir, aunque estas se ejecutaran hasta que se implemente el SGC. SOLICITUD DE NO CONFORMIDAD-DIAGNOSTICO F0.8.5.2.04.
22	¿Existen acciones posteriores para mejorar las no conformidades del servicio?	0	1	2	3	X	Se poseen los registros pertinentes para darle seguimiento a las no conformidades del servicio. Formato de registro de control de no conformidades con acciones preventivas FO.8.5.2.02
<b>8.4 Análisis de Datos</b>							
23	¿Se determinan, recopilan y analizan los datos para demostrar la eficacia?	0	1	2	3	X	Si se realiza por medio de los 28 estándares que se manejan, algunos estándares se manejan a diario por ejemplo sala de operaciones. Otros se manejan mensualmente. Y cada uno se califica por medio de un sensor: critico, aceptable o sobresaliente.
<b>8.5 Mejora</b>							
<b>8.5.1 Mejora Continua</b>							
24	¿Planifica mejorar continuamente la eficacia?	0	1	2	3	X	Si por medio de reuniones de la Unidad Organizativa de la Calidad con los distintos comités del hospital que permiten la revisión de los estándares. Se diseñó el plan de mejoramiento continuo del Hospital Nacional de Maternidad. Por el Procedimiento de Gestión del Mejoramiento Continuo CP.8.5.1.01
25	¿Mejora continuamente la eficacia mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de	0	1	2	3	X	Se realizan actividades que permiten la mejora en la revisión de estándares, revisión de problemáticas, buscar áreas de acciones de corrección de acuerdo a las necesidades que

N	REQUISITO DE LA NORMA	VALORACIÓN					RESULTADOS
	la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas preventivas y la revisión por la dirección?						surgen. Se diseñó el plan de mejora continua mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas preventivas y la revisión por la dirección. Ver Plan de fortalecimiento de Mejora Continua PL.8.5.1.01.
<b>8.5.2 Acción Correctiva</b>							
26	¿Planea un procedimiento para revisar las no conformidades?	0	1	2	3	X	Se encuentra el procedimiento identificación, revisión y seguimiento a las no conformidades. CP.8.5.2.02
27	¿Existen procedimientos documentados para revisar las no conformidades?	0	1	2	3	X	Se encuentra el procedimiento identificación, revisión y seguimiento a las no conformidades. CP.8.5.2.02 y Formato de registro de control de no conformidades con acciones preventivas FO.8.5.2.02. Formato de registro de informe de no conformidades FO.8.5.2.03
28	¿Existen procedimientos documentados para determinar las causas de las no conformidades?	0	1	2	3	X	Dentro del mismo procedimiento anterior se detalla la metodología a seguir para identificar las causas de las no conformidades. Procedimiento para determinar e implementar acciones correctivas CP.8.5.2.01.
29	¿Existen procedimientos documentados para determinar e implementar acciones necesarias?	0	1	2	3	x	Dentro del mismo procedimiento se detallan las acciones necesarias para darle solución a la no conformidad. Ver: Formato de registro de control de las no conformidades FO.8.5.2.01.

Calificación	0	1	2	3	4
Total de X	1	0	2	4	21
Multiplicado por	*0	*1	*2	*3	*4
Calificación	0	0	4	12	84
Suma total de puntos obtenidos (ST)	100				
Resultado (suma total entre mayor puntaje posible)	(100/ 116 ) %				
	<b>86.21%</b>				

## Conclusión

El porcentaje planteado como meta para este apartado fue del 85%, obteniendo un cumplimiento del 86.21% por lo que la diferencia a favor es de 1.21%, el porcentaje restante al 100% se lograra implementado el Sistema de Calidad acorde a las directrices planteadas.

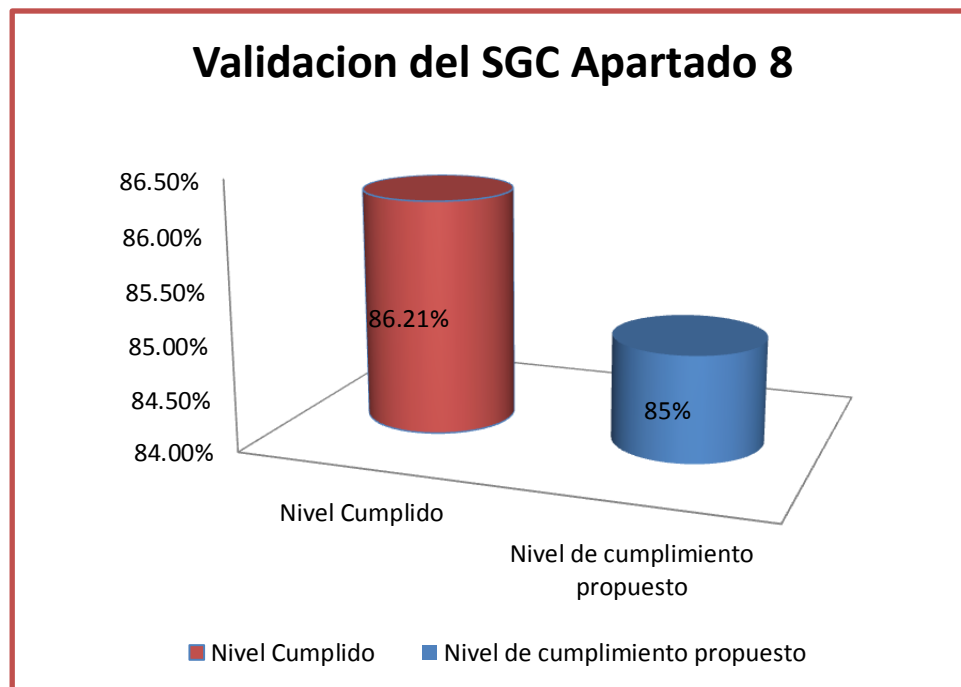


Gráfico 28: Validación del SGC Apartado 8

**Tabla 66:** Resumen general

<b>Apartado</b>	<b>% Planteado</b>	<b>% Obtenido</b>	<b>Resumen</b>
<b>4</b>	85%	72.24%	Identificación y documentación de procesos de interés. Control de procesos subcontratados. Política de Calidad. Manual de Calidad. Control de Documentos y Registros.
<b>5</b>	85%	86.05%	Mecanismos de comunicación al Hospital de los requisitos del SGC. Procedimiento de revisión de la política y objetivos de calidad. Aseguramiento de determinación de requisitos de los pacientes. Aseguramiento de análisis de información relativa al paciente.
<b>6</b>	85%	88.46%	Mecanismo de levantamiento de los requisitos de infraestructura y los servicios de apoyo para los procesos de interés. Documentación de las condiciones ambientales de trabajo, ambientales y físicas.
<b>7</b>	85%	93.03%	Mecanismo para determinar los requisitos de los pacientes, requisitos del servicio y requisitos legales. Planificación, diseño, desarrollo, verificación y control de los resultados para el diseño de nuevos servicios. Procedimiento para validación de la prestación del servicio. Procedimiento para comunicar los daños ocurridos en los pacientes.
<b>8</b>	85%	86.21%	Instrumento de medición de satisfacción del Paciente. Planificación de auditorías internas. Control y seguimiento del servicio no conforme. Procedimiento para revisar las no conformidades.
<b>Promedio</b>	85%	85.20%	

**CONCLUSIÓN:** El porcentaje planteado de cumplimiento de la Norma ISO 9001:2008 en la etapa anterior de diagnóstico fue de 85% teniendo en cuenta que dentro de ese 15% restante está la fase de implementación del sistema; en esta etapa del diseño del Sistema de Gestión de Calidad del “Hospital Nacional de Maternidad Dr. Raúl Arguello Escolán” se logró lo siguiente: en el apartado 4 no se cumplió el 85% planteado debido a que el 12.76% se necesita implementar lo diseñado para dar cumplimiento a lo establecido, en el apartado 5 se logró lo planificado obteniendo un 1.05 % a favor, en el apartado 6 también se cumplió lo planteado, en el apartado 7 y 8 se cumplió lo establecido. El promedio general logrado fue de 85.20% con respecto al 85% razón por la cual se garantiza la validación del SGC obteniendo una brecha del 14.80%.



Gráfico 29: Resultados globales del nivel de cumplimiento propuesto y real



# **CAPITULO 4: PLAN DE IMPLEMENTACIÓN**



## **1. PLANIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

El objetivo de realizar una metodología de la planificación del Sistema de Gestión de Calidad es que todos los empleados del hospital accedan fácilmente y esté disponible para cualquier consulta.

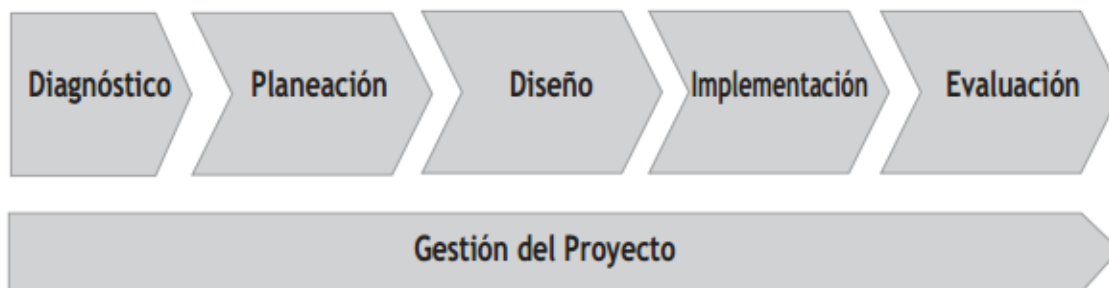
Siendo una necesidad imperiosa la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, con el fin de dirigir y evaluar su desempeño en términos de satisfacción la prestación de los servicios del recién nacido, partos y post partos, resulta de vital importancia establecer el plan de acción que contenga, básicamente unas entradas, unas actividades y unas salidas, de tal manera que se permita visualizar en forma didáctica y objetiva lo que se pretende implementar para así poder determinar necesidades de recursos humanos, tecnológicos, logísticos y financieros.

La guía se crea con el fin de que los empleados del hospital tengan un referente que les permita, en su interior, desarrollar planes de acción para la implementación exitosa del sistema de gestión de la calidad.

Para que el personal del hospital, sea este reciente o antiguo pueda acceder de una forma sencilla y entendible se iniciara con las generalidades para que puedan introducir las ideas básicas del sistema.

### **1.1. GENERALIDADES**

En el proyecto de puesta en marcha del Sistema de Gestión de la Calidad se identifican varias etapas básicas que se deben desarrollar de manera secuencial y sistemática para lograr el propósito, tal como se representa en el siguiente esquema.



A continuación se describe la manera como se desarrolla la fase de planeación que corresponde a la segunda fase de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

## **1.2. CONSIDERACIONES PREVIAS A LA FASE DE PLANEACIÓN**

Antes de realizar la fase de Planeación es conveniente socializar el diagnóstico a todo el personal de la entidad y el programa que se va a desarrollar para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, explicar las fases, plazos y responsables.

Así mismo se debe designar el grupo de personas responsables de adelantar la Planeación, el cual debe tener conocimiento de la entidad y de la norma ISO 9001:2008.

En el caso que la entidad acuda a una firma de consultoría, esta fase la debe realizar el consultor y validarla con el responsable del proyecto por parte de la entidad.

Un insumo clave para esta fase es el informe de diagnóstico aprobado, resultante de la fase de diagnóstico.

El proyecto de puesta en marcha del Sistema de Gestión de la Calidad debe estar articulado con el sistema de planeación de la entidad, con el fin de asegurar los recursos necesarios y la sostenibilidad del mismo.

## **1.3. ¿QUÉ ES LA FASE DE PLANEACIÓN?**

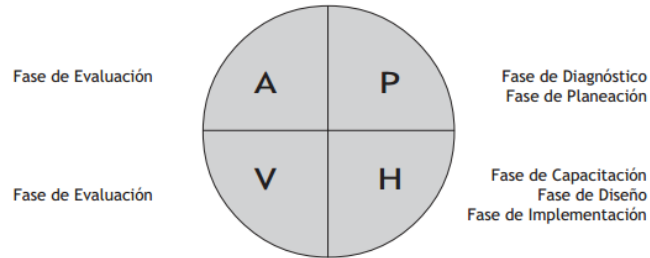
Es la fase en la que se define la estructura organizativa del proyecto, el cronograma general y el plan de comunicaciones, así mismo se determinan las actividades a efectuar para cerrar la brecha existente entre el Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad y los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2008. El producto resultante de la misma es un plan detallado de actividades que describe responsables, tiempos de ejecución y plazos.

## **1.4. ¿POR QUÉ ES CONVENIENTE REALIZAR LA FASE DE PLANEACIÓN?**

Es conveniente realizar esta fase, porque permite determinar las actividades a desarrollar, los recursos, los plazos de ejecución y los responsables. La planeación establece el horizonte para dar cumplimiento a los objetivos de un proyecto, evitando pérdida de tiempo y de recursos.

Así como el Sistema de Gestión de la Calidad debe estar estructurado bajo el ciclo PHVA (Planear – Hacer – Verificar – Actuar), el proyecto mismo también lo debe estar. Por tanto las fases de diagnóstico y planeación conforman la etapa de “planear” del ciclo PHVA del proyecto.

La gráfica 1 ilustra la manera como se articulan las fases del proyecto al ciclo PHVA.



Gráfica 1: Fases del proyecto bajo el ciclo PHVA

### 1.5. ¿CÓMO SE REALIZA LA FASE DE PLANEACIÓN?

La gráfica 2 mostrada a continuación presenta la fase de planeación con un enfoque de procesos (entradas, actividades y salidas) de tal manera que facilite su aplicación.

FASE DE PLANEACIÓN		
Entradas	Actividades	Salidas
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Compromiso formal de la Alta Dirección.</li> <li>-Informe de Diagnostico aprobado.</li> <li>-Servidores Públicos con conocimientos de la ISO 9001:2008.</li> <li>-Estructura Organizativa del Proyecto.</li> <li>-Otros recursos necesarios para la fase de planeación tales como: Infraestructura física, equipos y software, entre otros.</li> </ul>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Planificar la realización de la Fase de Planeación</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Ejecutar de la Fase de Planeación</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Aprobar los resultados de la Fase de Planeación</div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Estructura organizativa del proyecto: Listado de Personal que conformara los grupos de trabajo.</li> <li>-Cronograma General.</li> <li>- Plan detallado del Proyecto.</li> <li>- Recursos necesarios para el Proyecto.</li> </ul>

## **1.6. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA FASE DE PLANEACIÓN:**

### **1.6.1. Planificar la realización de la Fase de Planeación**

En el documento Administración del Proyecto se detallara el plan que se producirán documentos tales como cronograma general, la estructura organizativa del proyecto, roles y responsabilidad y el plan de comunicaciones.

Es importante asegurar la disponibilidad de tiempo de dedicación al proyecto del Equipo de Calidad responsable de planear la Fase de Planeación. Como se mencionó en la guía de diagnóstico este equipo de calidad debe ser conformado mediante acto administrativo con personal de distintas áreas de la organización y de diversas disciplinas médicas.

### **1.6.2. Ejecutar la Planeación**

En esta etapa se determina el plan de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad (Ver apartado 2. Plan de implementación).

El Equipo de Calidad tendrá bajo su responsabilidad adelantar los procesos de diseño, apoyo y coordinación con las diferentes dependencias organizacionales de la entidad, para lograr una óptima implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Posteriormente a la implementación, los integrantes de dicho equipo deberán asumir el rol de facilitadores al interior de sus respectivas dependencias, apoyando el adecuado funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

Las responsabilidades y autoridades en los roles que conforman la estructura organizativa del proyecto deben estar claramente definidas. El anexo 1 presenta un ejemplo de los roles y responsabilidades de la estructura organizativa propuesta.

#### **Elaboración del cronograma general**

Corresponde a un documento que presenta de manera resumida las fases del proyecto y los tiempos de ejecución. Se basa en el plan detallado del proyecto y sirve como instrumento de socialización y a su vez como mecanismo de control. El responsable de elaborar este cronograma es el representante de la Dirección junto con el equipo de calidad (Ver apartado 2. Plan de implementación)

#### **Elaboración del plan de comunicaciones para el proyecto.**

La implantación del Sistema de Gestión de la Calidad es, fundamentalmente un proceso de comunicación, pues a través de él se pretende homologar las mejores prácticas de la Entidad, ponerlas en común entre quienes las deben aplicar y recibir de ellos las propuestas de mejoramiento que permitan que el proyecto de implementación no solo sea exitoso sino participativo.

En ese orden de ideas, el establecimiento de un plan de comunicaciones es una herramienta necesaria para que el sistema se construya con la participación activa de todos los funcionarios y para que la dirección pueda hacer manifiesto su compromiso con la calidad. Este plan debe además servir de plataforma para que, una vez implementado el sistema, se garantice una comunicación interna que contribuya al mantenimiento y mejoramiento del sistema.

Generalmente el plan de comunicaciones se estructura bajo el modelo Mensaje-Emisor-Medio-Frecuencia-Perceptor-Respuesta, que describe la secuencia básica de cualquier proceso de comunicación. Se identifican así sus elementos constitutivos:

- ✓ Mensaje: Aquello que se quiere comunicar.
- ✓ Emisor: Responsable de la comunicación, (quien comunica el mensaje)
- ✓ Medio: Mecanismo a través del cual el emisor comunica el mensaje.
- ✓ Frecuencia: Periodicidad con la que el mensaje debe ser comunicado.
- ✓ Perceptor: Aquel a quien se le va a comunicar el mensaje.
- ✓ Respuesta: Mecanismo a través del cual el perceptor retroalimenta al emisor acerca de su entendimiento y análisis del mensaje recibido.

El Anexo No. 2 presenta un ejemplo de un plan de comunicaciones.

#### d) Elaboración del plan detallado del proyecto

El plan detallado debe contener las fases que componen el proyecto y a partir de ellas se describen las actividades y sub-actividades que se deben desarrollar para lograr el propósito de cumplir con los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2008.

Cada entidad tendrá un plan detallado específico a partir de su situación real que se ve reflejada en el informe de diagnóstico.

### **1.6.3. Aprobar los resultados de la Planeación**

Corresponde a la socialización del plan detallado del proyecto, la estructura organizativa, los roles y responsabilidades, el cronograma general y el plan de comunicaciones ante el grupo de responsables de las actividades descritas en dichos documentos, con el fin de precisar detalles o aclarar inquietudes.

Se realizan los cambios y ajustes pertinentes de los documentos y se hace oficial a todas las personas de la Entidad.

## **1.7. RECOMENDACIONES GENERALES**

### **PARA EL DESARROLLO DE ESTA FASE**

- Es importante asegurar la disponibilidad de tiempo de dedicación al proyecto de los integrantes del Equipo de calidad. Se recomienda oficializar mediante acto administrativo, la delegación dada a estas personas y su tiempo de dedicación al proyecto.

- El plan detallado se podrá ajustar durante la ejecución del mismo, pero se recomienda mantener la fecha de finalización como una referencia, para evaluar la eficiencia y eficacia del proyecto.
- Es importante difundir toda la documentación de esta etapa a los miembros que conforman la estructura del proyecto. Ello con el fin de facilitar el control de las agendas y evitar que las actividades críticas de proyecto caigan en retraso o se incumpla con lo planeado.

**NOTA: Para ver mayor detalle ver apartado 5.5. 1 del Manual de Calidad**

## **2. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN**

### **2.1 GENERALIDADES**

El plan de implementación, es el resultado de la planificación para dirigir el desarrollo del proyecto, desde su inicio hasta su terminación en un plazo determinado y a un costo dado para alcanzar de manera efectiva el objetivo propuesto.

La implementación es el periodo del proyecto en el que se realiza la ejecución del proyecto y consiste en determinar y ordenar las diferentes actividades que son necesarias para alcanzar los objetivos que son establecidos previamente. De tal manera que los recursos humanos, materiales y financieros se coordinarán eficazmente, con el propósito de determinar el curso de acción que se seguirá, para que el proyecto sea finalizado satisfactoriamente.

Para el plan de implementación del Diseño del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el Hospital de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán” se han considerado los siguientes aspectos:

- ***Desglose analítico para la implementación del Sistema de Gestión de ..... Calidad.***
- ***Perfil de formadores en la sensibilización y capacitación para la implementación del SGC.***
- ***Duración del proyecto.***
- ***Estructura organizativa propuesta para la implementación del SGC.***

De las partes que componen el Plan de implementación para el Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el Hospital de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán”, se presenta a continuación una breve descripción de cada una de ellas:

#### **1.1 Desglose analítico**

Esta parte consiste en definir el objetivo de ejecución del proyecto, así como el establecimiento de subsistemas que reflejan los objetivos específicos para la implantación, dentro de las cuales se identifican paquetes de trabajo que son un conjunto de actividades a desarrollar para lograr tales objetivos, luego se diseñan estrategias de ejecución o cursos de acción que guiarán al logro de la implantación.

Este desglose consiste en:

- Definir el objetivo de ejecución del proyecto.

- Descripción de subsistemas que reflejan los objetivos específicos.
- Identificación de los paquetes de trabajo.
- Diseño de estrategias de ejecución o cursos de acción que guiaran al logro de la implantación.

## **1.2 Perfil de formadores en la sensibilización y capacitación para la implementación del sistema de gestión de calidad**

En este apartado se establece el perfil profesional y competencias necesarias que se requiere que cumpla la persona que se encargará de desarrollar las capacitaciones necesarias para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el Hospital de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán”.

## **1.3 Duración del Proyecto**

Para obtener la duración de la implementación del Diseño del SGC se realiza el listado de actividades necesarias para la ejecución del proyecto, su tiempo de duración y se establecen también las relaciones entre cada una de ellas, ya que dicha información se utilizara en la aplicación del método PERT<sup>34</sup> para determinar la duración total del proyecto e identificar actividades críticas en la implementación, considerando que una actividad crítica es aquella cuyo desarrollo no puede retrasarse. También se elabora el cronograma de actividades en el cual se identifica la fecha de inicio y finalización del proyecto según la ejecución de los paquetes de trabajo.

## **1.4 Estructura organizativa propuesta para la implementación del SGC**

Para desarrollar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 en el Hospital de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán” es necesario establecer los responsables de la ejecución del proyecto, los cuales tendrán funciones específicas a cumplir durante el plan, cabe mencionar que dicha estructura es de carácter temporal y estará vigente mientras se ejecute la implementación.

A continuación se detallan los pasos a seguir para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el Hospital de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán”.

---

<sup>34</sup>PERT: Técnica de Revisión y Evaluación de Programas



## 2.2 Metodología para desarrollar el SGC

El paso siguiente a realizar es establecer la metodología para desarrollar el SGC, o la estructura necesaria para realizar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, por lo que se utilizará la técnica del desglose analítico basado en los siguientes pasos:

- 1- Definición del objetivo del proyecto.
- 2- Establecimiento de los subsistemas en los que se reflejan los objetivos específicos a desarrollar.
- 3- Establecimiento de los paquetes de trabajo que conformaran a cada subsistema.
- 4- Definición de las actividades para cada uno de los paquetes de trabajo.

Todo lo anterior se visualiza en el siguiente esquema dividido en niveles:

**Esquema 1: Estructura Analítica del Plan de Implementación**



### **3 DESGLOSE ANALÍTICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.**

Para el desarrollo del plan de implementación es necesario que se realice un desglose jerárquico de sus principales estructuras, las cuales están divididas en cuatro niveles cuyo contenido se presenta a continuación:

**Nivel 1: Objetivo del proyecto con sus respectivas políticas y estrategias.**

**Nivel 2: Subsistema.**

**Nivel 3: Paquetes de trabajo.**

**Nivel 4: Actividades.**

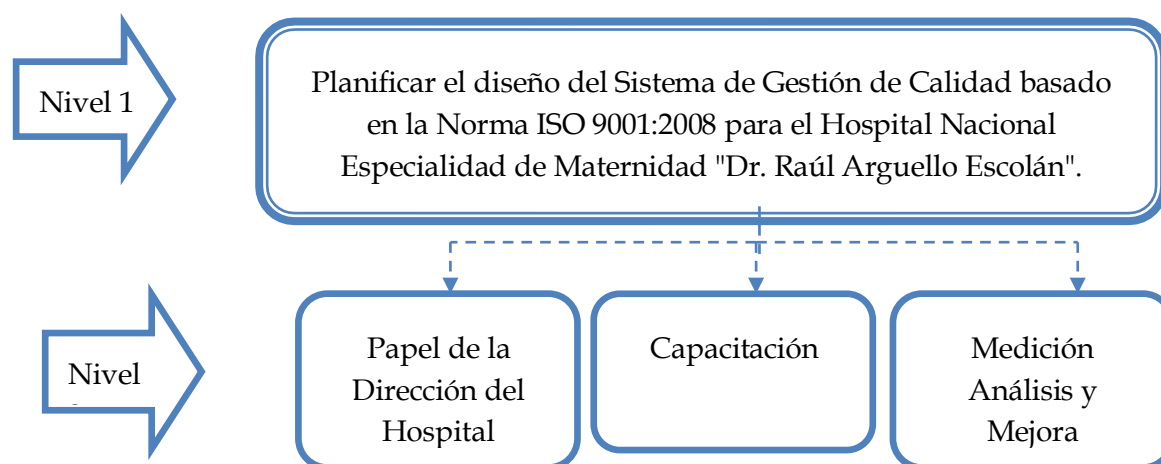
#### **Políticas**

- ✓ El pago al administrador del proyecto considerara el tiempo completo de la implementación.
- ✓ La contratación del personal se realizará exclusivamente por la institución.
- ✓ Todos los servicios adquiridos, bienes de consumo intermedios y de capital estarán respaldados por su respectivo documento legal de adquisición, es decir por sus comprobantes fiscales.
- ✓ Al llegar a la etapa de cierre se deberá realizar una evaluación que especifique los logros alcanzados durante el desarrollo del proyecto, además de tomar en cuenta los inconvenientes y problemáticas generadas para la continuación de proyectos futuros.

#### **Estrategias**

- ✓ Se definirá el perfil del personal idóneo según las funciones a realizar estipuladas en el manual de puestos y funciones del diseño del proyecto.
- ✓ Una vez finalizado el proyecto, el administrador del proyecto debe celebrar una reunión en donde se especifique el cierre de las actividades y sus resultados a las autoridades correspondientes.

Esquema 2: Desglose Analítico del Sistema de Gestión de Calidad



### 3.1 Descripción de los Paquetes de Trabajo

#### 3.1.1 Subsistema: Papel de la Dirección del Hospital.

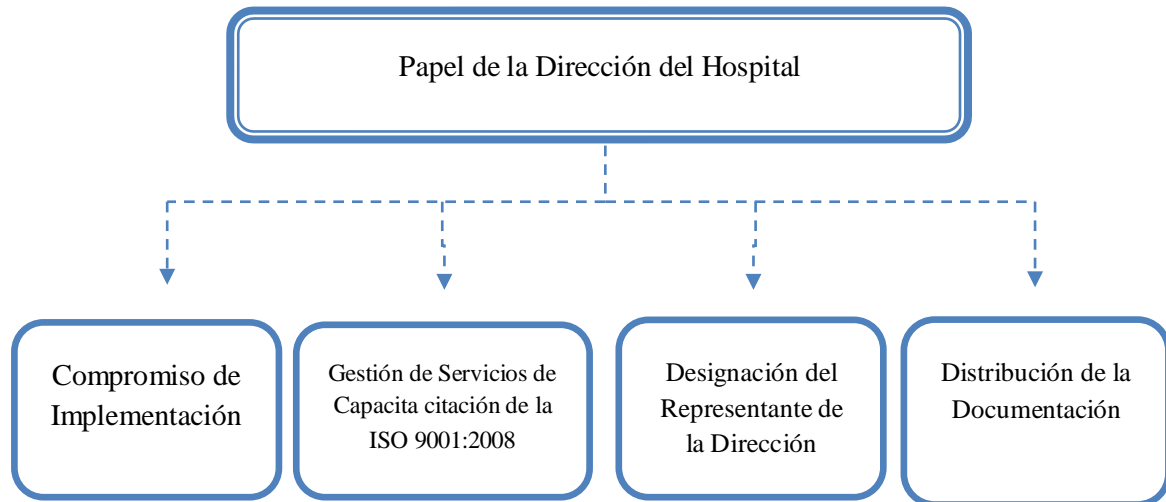
La Dirección General debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, así como con la mejora continua de su eficacia, debe entre otras cosas establecer, un plan de comunicación y asegurar su revisión y seguimiento que garantice la claridad del compromiso y los valores de la alta dirección, que creen un ambiente apropiado para:

- a) Comunicar al personal de la institución la importancia de satisfacer los requisitos de las pacientes y los recién nacidos, tanto legales como reglamentarios establecidos en las especificaciones de los servicios, fichas de los procesos y procedimientos, en reuniones trimestrales de las jefaturas con el personal operativo de cada unidad.
- b) Establecer la política de calidad (ver apartado 5.3);

- c) Establecer objetivos de calidad para convertir los propósitos y temas expresados en la política de calidad, en acciones operativas (ver apartado 5.4.1)
- e) La promoción y divulgación de la misión, visión, política de calidad y objetivos de calidad, para aumentar la toma de conciencia, motivación y participación del personal ya que estos son el capital más valioso que tiene la institución.
- f) Llevar a cabo la planificación anual de las revisiones por la Dirección General, según lo establecido en el “Procedimiento *para programar las revisiones Periódicas del Sistema de Gestión de Calidad*” (CP.5.1.0.05).
- g) Asegurar la disponibilidad de recursos para el sistema de gestión de calidad para implementar las mejoras identificadas producto de las revisiones realizadas, en la integración del Presupuesto Anual (Programa Anual) mediante los procedimientos “*Procedimiento de Planificación de los recursos*” (CP.5.1.0.02) y “*Provisión de Recursos*” (CP.5.1.0.03).
- h) Asegurar que el o los programas y los procesos cumplan con los requisitos legales y reglamentarios.

### Nivel 3: Paquetes de trabajo.

#### Esquema 3: Subsistema Papel de la Dirección del Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán”.



##### **3.1.1.2 Compromiso de implementación**

La Alta Dirección del Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán” debe comunicar al personal sobre la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, de igual manera debe de concientizar a los jefes de cada uno de los servicios de interés sobre el compromiso que se ha adquirido con respecto a la calidad y el funcionamiento del sistema ya que la comunicación es el eje fundamental para la implementación efectiva del proyecto. A continuación se dan a conocer el detalle de los Jefes de los Servicios y Unidades involucradas:

- 1- Director del hospital
- 2- Subdirector del hospital
- 3- Jefe de división administrativa
- 4- Jefe de División Médica.
- 5- Jefe de la división de servicios de diagnóstico y apoyo
- 6- Jefe de Neonatología.
- 7- Jefe de Partos.
- 8- Jefe de Cirugía (Cesárea).
- 9- Jefe de Cirugía Obstétrica.
- 10- Jefe de Puerperio.
- 11- Jefe de Unidad Organizativa de la Calidad.
- 12- Jefe de Planificación.
- 13- Jefe de Formación Profesional.
- 14- Jefe de Finanzas.
- 15- Jefe de Estadísticas y censos

Nota: en caso de necesitar copias adicionales se deberá poseer un porcentaje de imprevistos.

**Tabla 67: Actividades del paquete Compromiso de implementación**

Actividades	Duración (Días)
<b>Comunicación del Compromiso de Implementación</b>	<b>1</b>
Total (Días)	1

Junto con la entrega de la documentación a todo el personal del hospital se realizará una reunión con los directivos previamente listado para ratificar el compromiso que se ha adquirido con la calidad y las actividades que se realizaran en la etapa de implementación. Esta reunión será coordinada por la Unidad de Formación profesional y la Unidad Organizativa de la Calidad

Se distribuirán folletos de 5 páginas (En base a contenido propuesto por los administradores de la implementación) al todo el personal para iniciar la divulgación, así como también posters ubicados en cada unidad del hospital (Tablón de Anuncios); se divulgará material para retroalimentación al todo el personal (Todos aquellos aspectos que el capacitador considere fundamentales en forma de recordatorio a los involucrados).

### ***3.1.1.2 Gestión de los Servicios de Capacitación ISO 9001:2008***

Se deben de publicar y gestionar los servicios de capacitación que cuenten con un equipo de trabajo actualizado, de gran experiencia práctica y sólida cultura de servicio.

Debe de ser una Unidad de Capacitación Empresarial (UCE), acreditada por el INSAFORP, con amplia experiencia nacional y centroamericana en los servicios de seminarios, diplomados, consultorías, asesorías y conferencias orientados a optimizar el capital humano mediante la formación del desarrollo profesional y habilidades de gestión en las áreas de dirección estratégica, desarrollo organizacional, sistemas de calidad y habilidades gerenciales.

Todos los facilitadores asociados deben amplia experiencia en los temas de referencia con la ISO 9001:2008, con niveles académicos y trayectoria profesional a la altura de sus cátedras.

Las actividades a realizar para la contratación del servicio de capacitación son las siguientes:

**Tabla 68: Actividades del paquete Gestión de los Servicios de Capacitación ISO 9001:2008**

Actividades	Duración (Días)
Publicar la necesidad del servicio de consultoría	2
Recibir diferentes ofertantes	5
Evaluar y Seleccionar ofertas de acuerdo a perfil del consultor establecido	3
Establecer vigencia y condiciones de contrato con el consultor	2
<b>Total (Días)</b>	<b>12</b>

### **3.1.1.3 Designación del representante de la Dirección.**

La elección del Representante de la Dirección es una decisión gerencial, que según la norma ISO 9001:2008, le da ciertas atribuciones, ahora ya no delegables en cualquier persona.

El representante de la dirección es un miembro de la dirección de la institución a quien le dan responsabilidades y autoridad para:

- Asegurarse que se establecen implementan y mantienen los procesos necesarios para el SGC.
- Informar a la alta dirección sobre el desempeño del SGC y de cualquier necesidad de mejora.
- Asegurarse que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en toda la organización.

Como entonces el Representante de la Dirección asegura que se establecen, implementan y mantienen los procesos para el Sistema de Gestión de Calidad. Estando comprometido al 100% con el SGC, porque lo conoce todo; conoce los macroprocesos del hospital, generar informes a la dirección sobre el desempeño del SGC y de las necesidades de mejora.

Para elegir el Representante de la Dirección debe tenerse en cuenta que esa persona debe:

- Ser líder reconocido en la institución.
- Conocer la institución y como operan los procesos.
- Conocer sobre la ISO 9001:2008.
- Estar involucrado con la implantación del SGC en la empresa.
- Ser comunicativo a todo nivel, teniendo credibilidad en la empresa.

¿Quién no debe ser el Representante de la Dirección?

- Personas que no son profesionales y que les asignan esta tarea para no despedirlos.

- Personas que no conozcan la ISO 9001:2008.
- Personas que no estén comprometidas con la institución.
- Profesionales nuevos en la organización.

Quien será el principal responsable del funcionamiento y mantenimiento del SGC, de igual manera se formará el Comité de Calidad y será el presidente del mismo.

**Tabla 69: Actividades del paquete Designación de representante de la Alta dirección y Comité de Calidad**

Actividades	Duración (Días)
Elección del representante de la Dirección (Presidente del Comité de Calidad)	1
Elección de los miembros del Comité de Calidad <sup>35</sup>	1
<b>Total (Días)</b>	<b>2</b>

Para la cantidad de miembros del comité se ha considerado de referencia la cantidad propuesta por el Ministerio de Trabajo para el comité de seguridad y salud ocupacional (S&SO) del Sistema de Gestión de S&SO, los rangos están descritos en el Decreto 86 Reglamento de gestión de la prevención de riesgos en los lugares de trabajo, en el art 15, es este especifica que la cantidad de miembros para empresas que tienen entre 500 y 999 empleados es de 10 personas, la características de estas personas es que no están a tiempo completo dedicadas para las actividades del sistema, particularidad que también se presentará en el hospital, donde se deberá utilizar los recursos actuales para desarrollar actividades de planeación y coordinación del SGC.

Considerando lo antes mencionado y que actualmente el hospital siguiendo lineamientos del MINSAL en el que se ha especificado la conformación de 11 comités para evaluación de las actividades operativas (ver organigrama del Hospital), se propone que para la conformación del comité de calidad se nombre a un representante de cada comité más el representante de la dirección resultando un total de 12 personas, haciendo énfasis que el comité será apoyado por el personal de la Unidad Organizativa de la Calidad en la ejecución y control del SGC.

#### **3.1.1.4 Distribución de la documentación.**

Esta actividad se inicia con la reproducción de los ejemplares de la documentación que comprende el SGC y su correspondiente distribución, dando paso al inicio de la ejecución del sistema con plenitud para que cada uno de los involucrados ejecute las actividades a realizar de acuerdo a lo establecido en cada uno de los manuales.

<sup>35</sup> Ver propuesta de Formación de Comité de Calidad en Capítulo de Diseño.



Hace referencia a lo establecido para asegurar que los documentos pertinentes se hayan disponibles en los puestos de uso. El método ideal es aquel que no comporta trabajo extra y que garantiza que todas las personas pueden consultar fácilmente la información que contienen eliminando el riesgo de coger una versión obsoleta de un documento. La distribución de la documentación deberá complementarse con un sistema de aviso a las personas afectadas cuando se realiza una modificación en la documentación que les afecta tal como lo establece el procedimiento correspondiente en el Apartado 4 Sistema de Gestión de Calidad.

En el numeral 3.1.1.2 Paquete de trabajo: Compromiso de implementación se detalla el listado de los jefes involucrados a los que se les asignara la documentación necesaria del SGC.

**Tabla 70: Actividades del paquete Distribución de la documentación**

<b>Actividades</b>	<b>Duración (Días)</b>
Reproducción de la Documentación del SGC	9
Distribución de la Documentación a todo el personal de interés	1
<b>Total (Días)</b>	<b>10</b>

### **3.1.2 Subsistema: Capacitación**

El desarrollo de este subsistema inicia con la información a todo el personal de interés sobre la implementación del SGC tal como su alcance, objetivos de calidad, política, etc., con lo cual todos deben familiarizarse para lograr una efectiva implementación.

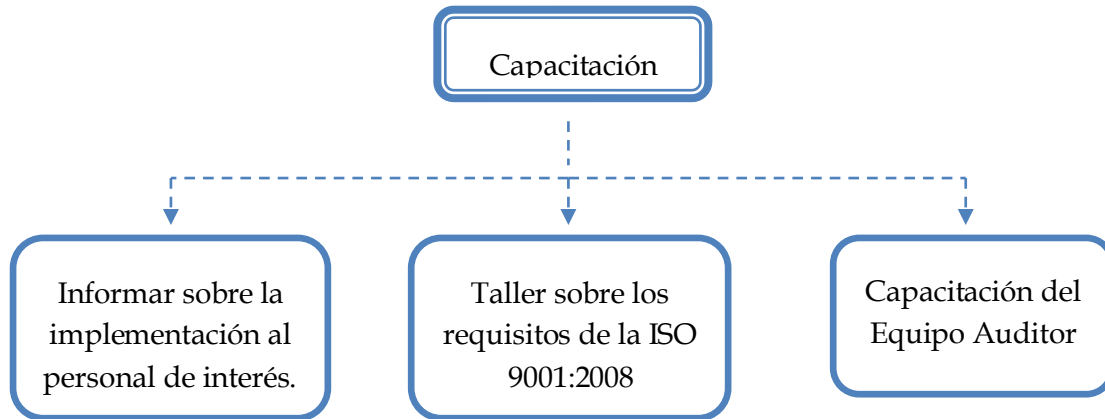
Otros paquetes de suma importancia son los involucrados con las capacitaciones necesarias para el personal de interés de la institución, permitiendo que estos manejen los conocimientos sobre el sistema y apoyen los esfuerzos de la dirección en la ejecución proyecto.

Los cursos de capacitación de calidad deben de ofrecer técnicas de aprendizaje acelerado donde podrán obtener conocimientos sobre los principios de gestión, los procesos, el propósito y la aplicabilidad de ISO 9001.

Los participantes para Líderes de Proceso también aprenderán:

- Las responsabilidades principales de un auditor líder del sistema de gestión de la calidad.
- Cómo se aplica la mejora continua dentro de un sistema de gestión.
- Cómo reportar efectivamente los hallazgos de una auditoría.

#### Esquema 4 Subsistema Capacitación



##### 3.1.2.1 Informar sobre la implementación a todo el personal

Se informará a nivel administrativo y operativo en todos los procesos de interés, con el fin de dar a conocer lo que se realizará con el SGC, desarrollándolo en una primera fase con la convocatoria de una reunión general para las jefaturas de dichos procesos, en la que se dará a conocer:

- ¿Qué un SGC?
- Alcance del SGC.
- Enfoque de Procesos.
- La Política de Calidad.
- Objetivos de Calidad.
- Misión y Visión de la Institución.
- Valores.
- Alcance del SGC en el cual se involucran los procesos y procedimientos por cada una de los servicios y las áreas.
- Conformación del comité de Calidad con sus respectivas funciones y responsabilidades.
- Beneficios de la implementación del SGC.

Después de informar por medio de la reunión a las jefaturas de los procesos de interés, ellos mismos se encargarán de transmitir la información al personal operativo que tienen a su cargo, con el objetivo de que todo el personal involucrado posea el conocimiento de la adopción del SGC en la institución y contribuya de manera proactiva en el desarrollo de la implementación.

**Tabla 71: Actividades del paquete Informar sobre la implementación a todo el personal**

<b>Actividades</b>	<b>Duración (Días)</b>
Informar sobre la implementación a nivel de Jefaturas y personal Administrativo	2
Informar sobre la implementación a nivel operativo	2
<b>Total (Días)</b>	<b>4</b>

### **3.1.2.2 Taller sobre los requisitos de la ISO 9001:2008**

El objetivo del desarrollo de este taller es que el personal Administrativo y Operativo de la Institución posean los conocimientos necesarios sobre el SGC (requisitos que establece la Norma ISO 9001:2008) con el propósito de que el proceso de implementación sea efectivo y no exista una resistencia al cambio por los nuevos lineamientos de trabajo propuestos, ya que para el éxito del proyecto es necesario el apoyo y colaboración de todos los niveles jerárquicos. Así como también proporcionar las herramientas necesarias para llevar a cabo con éxito el SGC acorde a la Norma ISO 9001:2008.

#### **DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

- Tipos de documentos: Procedimientos, instrucciones, cartillas, formatos, planes, programas.
- Importancia de un sistema de Gestión de la Calidad
- Estructura documentaria de un sistema de Gestión de la Calidad.

Actividades a realizar:

**Tabla 72: Actividades del paquete Taller de los requisitos de la ISO 9001:2008**

<b>Actividades</b>	<b>Duración (Días)</b>
Elaboración y envío de memorándum a participantes	1
Preparación y equipamiento del local	2
Realizar taller sobre requisitos de la ISO 9001:2008 para Jefaturas de los servicios y áreas de los procesos involucrados.	5
Realizar taller sobre requisitos de la ISO 9001:2008 para el personal operativo.	5
<b>Total (Días)</b>	<b>13</b>

**Nota:** ver detalle del personal de los servicios involucrados en la priorización de los procesos en la etapa de Diagnostico.

➤ **Aspectos generales del Taller**

- El lugar en el que se realice el taller deberá ser propicio para la interacción entre los participantes de manera que exista ausencia de interrupciones por motivos ajenos al desarrollo del Taller.
- Las instalaciones para el desarrollo del Taller deberán ser cómodas con un adecuado sistema de ventilación para evitar la pérdida de atención de los participantes por aspectos ambientales.
- Proveer al Capacitador los medios audiovisuales adecuados para que este desarrolle el Taller sobre los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 a fin de que los miembros comprendan el tema en cuestión.
- Durante el Desarrollo del Taller se deberá hacer énfasis a los participantes que el uso de celulares será restringido para evitar distracciones o interrupciones hacia el facilitador e incluso a los mismos participantes.
- Se debe considerar que el tiempo para el desarrollo del Taller no sea demasiado extenso para que los participantes no pierdan el interés en el tema, además deben existir pausas en las jornadas para que los participantes descansen, asimilen el contenido desarrollado y reciban el refrigerio asignado.

➤ **Temario propuesto para el desarrollo del Taller**

Los temas a desarrollar son los siguientes:

1. Conceptos Básicos de la Norma.
2. Generalidades acerca de la ISO.
3. Definiciones Básicas.
  - a. Concepto de Calidad
  - b. Sistema de Gestión de Calidad
  - c. Cliente/Paciente, recién nacido y personal del hospital.
  - d. Satisfacción del paciente, recién nacido y personal del hospital.
  - e. Requisito
  - f. Mejora Continua
  - g. Proceso
  - h. Procedimiento
4. Familia de las ISO 9000, Sistemas de Gestión de Calidad.
5. Cláusulas de la Norma ISO 9001:2008.
6. Requisitos Generales del SGC.
7. Estructura documental, definiciones.
  - a. Política de Calidad

- b. Objetivos de Calidad
  - c. Manual de Calidad, Procedimientos
  - d. Otros documentos (instructivos etc.)
  - e. Registros
8. Revisión de Requisitos de la Norma ISO 9001:2008.
  9. Plan de Implementación del SGC.
  10. Preguntas y respuestas.

### 3.1.2.3 Capacitación del Equipo auditor

Se realiza mediante una serie de capacitaciones para la formación de auditores Internos del SGC, este Equipo Auditor está formado por el Comité de Calidad del Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Arguello Escolán” el cual debe conocer el marco general de las cláusulas de la norma ISO 9001:2008, la estructura y la documentación requerida por el SGC.

A continuación se detallan las actividades:

**Tabla 73: Actividades del paquete Capacitación del Equipo Auditor**

Actividades	Duración (Días)
<b>Formación del Equipo Auditor</b>	
Elaboración y distribución de memorándums a miembros del Comité de Calidad	1
Nombramiento oficial del equipo auditor	1
<b>Capacitación sobre características del auditor y generalidades de la auditoría de calidad</b>	
Elaboración y envío de memorándums a personal a capacitar	0.5
Preparación y equipamiento de local	1
Realización de la capacitación	1
<b>Capacitación sobre auditoría de calidad</b>	
Elaboración y envío de memorándums a personal a capacitar	0.5
Preparación y equipamiento de local	1
Realización de la capacitación	3
<b>Total (Días)</b>	<b>9</b>

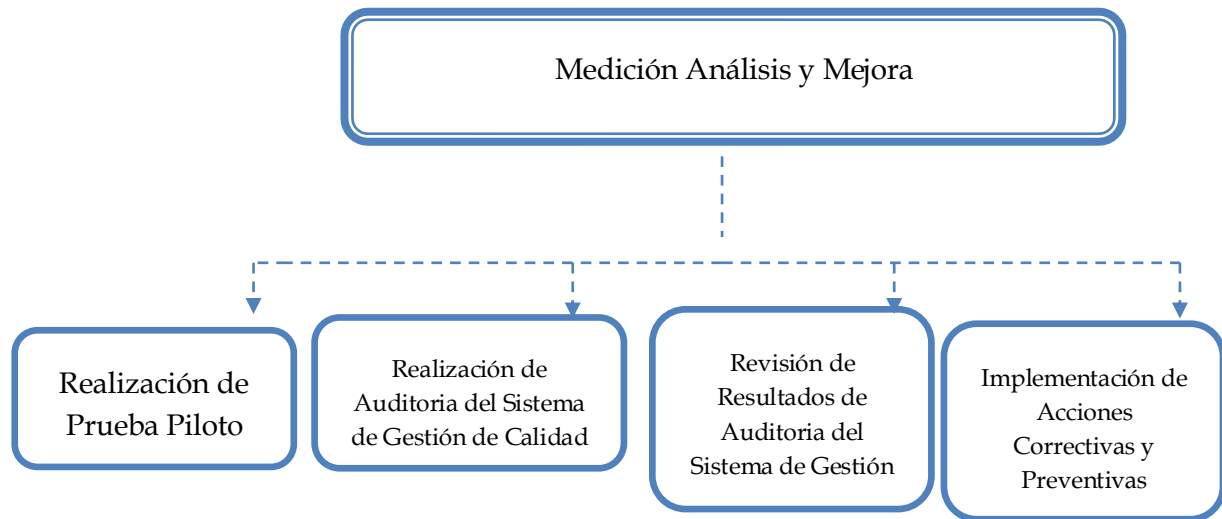
### 3.1.3 Subsistema: Medición, Análisis y Mejora

Este subsistema está conformado de tal manera que primero se desarrolla una prueba piloto del sistema, con el objetivo de identificar como se ejecuta el funcionamiento del mismo, posteriormente será necesaria la realización de una auditoria del sistema para identificar posibles oportunidades de mejora aplicando acciones correctivas y preventivas logrando así dejar a pleno el SGC.

La mejora de los procesos y procedimientos involucrados de la institución, espera lograr la reducción del número de no conformidades detectadas en los servicios, dichas inconformidades se refieren a cualquier deficiencia en las características del servicio o en la prestación de este lo que ocasiona el incumplimiento de las necesidades o requisitos de los usuarios.

Para la ejecución de estos procesos, se presenta el siguiente desglose de paquetes de trabajo:

#### Esquema 5: Subsistema Medición, Análisis y Mejora



#### 3.1.3.1 Realización de Prueba Piloto

Este paquete de trabajo consiste en realizar una prueba del SGC, en esta prueba el personal trabajara de acuerdo a los lineamientos establecidos en la documentación (manuales, guías, etc.), poniendo en práctica los procesos y procedimientos que abarca el SGC.

En esta fase se realizarán trabajos de campo sobre un universo finito de actividades económicas con el objetivo de determinar y poder estimar el diseño del formulario

respecto a la totalidad de las actividades de campo. Como resultado de esta fase se dispondrán de los siguientes documentos:

- Informe final de resultados prueba piloto: Informe que mostrará los índices de respuesta de las actividades en función de los criterios seleccionados en la fase de diseño. Por otro lado, permitirá estimar los trabajos a realizar en la siguiente fase, identificando de forma estadística, los inconvenientes que se puedan ocasionar.

La prueba piloto se utiliza para experimentar el SGC, de esta manera se tiene plena seguridad si el servicio es lo que realmente necesita la infraestructura de la institución.

El tiempo de duración de la prueba piloto se acuerda conjuntamente con las actividades a realizar.

Una vez expirado el tiempo de la prueba, se procede con la implementación del SGC o en su defecto, con la desinstalación del mismo.

Durante el proyecto piloto se comprueba el servicio en un entorno real controlado, en el que los usuarios realizan sus tareas normales utilizando las nuevas características.

Antes de realizar el proyecto piloto, el administrador de proyecto y los diseñadores de sistemas deben planear en qué lugar y de qué manera se llevará a cabo. El objetivo principal de la prueba piloto es demostrar que su diseño funciona de la manera deseada en el entorno de producción y que cumple con los requisitos empresariales de su organización.

El personal involucrado:

Personal de los procesos de interés.

Unidad Organizativa de la Calidad

Comité de Calidad

Dirección

Unidad de Soporte y apoyo a los servicios.

Dentro de los días que se realizara la prueba piloto todo el personal involucrado tendrá que cumplir todos los requisitos del SGC que estén a su responsabilidad.

A continuación se dan a conocer los indicadores a evaluar:

N°	Objetivo del Indicador (Resultado Esperado)	Nombre del Indicador	Formula del Indicador	Meta	Malo	Regular	Bueno
1	Determinar el nivel de cumplimiento y avance de la implementación del proyecto.	Nivel de Cumplimiento de la Implementación del Proyecto	$(\text{Sumatoria Cumplimiento Metas} / \text{Total Metas Propuestas}) \times 100\%$	100 %	0-65%	66-80%	81-100%
2	Determinar el nivel de avance y mantenimiento del SGC, de acuerdo con las actividades programadas.	Nivel de avance en la implementación y mantenimiento del SGC	$(\text{Número de actividades ejecutadas para implementación y mantenimiento del SGC} / \text{Número de actividades programadas}) \times 100$	100 %	0-65%	66-80%	81-100%
3	Conocer el grado de avance del presupuesto asignado	% Ejecución Presupuestal	$(\text{Presupuesto Asignado} / \text{Presupuesto ejecutado}) \times 100$	100 %	0-65%	66-80%	81-100%
4	Conocer el Grado de cumplimiento de Auditorías	% de Cumplimiento de Auditorías	$(\text{Auditorías Aprobadas} / \text{Auditorías realizadas}) \times 100$	100 %	0-65%	66-80%	81-100%
5	Conocer el porcentaje ejecución de acciones correctivas	% de Cumplimiento de Acciones correctivas	$(\text{Acciones correctivas realizadas} / \text{Acciones correctivas a implementar}) \times 100$	100 %	0-65%	66-80%	81-100%



**Tabla 74: Actividades del paquete Realización de Auditoría del Sistema de Calidad**

Actividades	DURACIÓN(Días)
Desarrollo de prueba piloto de los lineamientos de trabajo del SGC Apartado 4: Sistema de Gestión de Calidad 5 días Apartado 5: Responsabilidad de la Dirección 5 días Apartado 6: Gestión de los recursos 5 días Apartado 7: Realización del Servicio 15 días Apartado 8: Medición Análisis y Mejora 10 días	40
<b>Total (Días)</b>	<b>40</b>

### **3.1.3.2 Realización de auditoría del Sistema de calidad**

Esta actividad se lleva a cabo una vez que el sistema de calidad ha sido totalmente documentado y los procedimientos han sido puestos en marcha. Constituye la primera aplicación del procedimiento de auditoría del sistema de calidad.

La Auditoría Interna es aquella que se practica como instrumento de la propia administración encargada de la valoración independiente de sus actividades.

Su producto se ve revelado a través de los informes y recomendaciones.

Las auditorias se realizaran en:

Neonatología

Partos

Puerperio

Cirugía Obstétrica

Cesárea

Unidad Organizativa de la Calidad

UACI

Unidad de Finanzas

Dirección

Comité de Calidad

Actividades a realizar:

**Tabla 75: Actividades del paquete Realización de Auditoría del Sistema de Calidad**

<b>Actividades</b>	<b>DURACIÓN( Días)</b>
Planificación de la auditoría del Sistema de Calidad	1
Determinación del alcance y objetivos de la auditoría	1
Preparación de lista de verificaciones	2
Realización la auditoría	15
Preparación y elaboración de informe de auditoría y propuestas de acciones correctivas y preventivas	4
Presentación de informe de auditoría de calidad a la Dirección	1
<b>Total (Días)</b>	<b>24</b>

### ***3.1.3.3 Revisión de Resultados de Auditoría del Sistema de Calidad***

Este proceso consiste en la presentación y revisión de los resultados obtenidos en la Auditoría del Sistema de Calidad con los Jefes y el Comité de Calidad con el objeto de analizar el grado de implementación del SGC y la conformidad con los requisitos de la Norma ISO 9001:2008.

El Informe constituye la etapa final del proceso de Auditoría, en el se recogen todos los hallazgos detectados y el soporte documental para sustentar el dictamen emitido

Dentro de las propuestas de la Auditoría y para obtener resultados exitosos en la implantación del SGC, la auditoría interna recomienda establecer un procedimiento sencillo, directo y claro para la realización de las mismas partiendo de la realización periódica de encuestas de satisfacción puntuales por servicio y contar con una frecuencia adecuada durante el año para la revisión de todos sus procesos, garantizando así la calidad de la labor que desempeña en su campo económico.

IDENTIFICAR PROBLEMAS O DIFICULTADES EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE UN SGC EN RELACIÓN CON EL DISEÑO Y DESARROLLO DEL PLAN DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD.

## PLANTEAR ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN A LAS DIFICULTADES IDENTIFICADAS.

La no conformidad estará bien redactada si:

- Es legible
- Es lo suficientemente clara como para permitir tomar una acción correctiva.
- Refleja la gravedad del incumplimiento
- Hace referencia al punto de la norma incumplido
- Hace referencia a ejemplos específicos que puedan ser investigados en caso de conflicto.
- No contiene opiniones

Requisito: Lo establecido en la norma ISO 9001:2000.

Normatividad vigente que soporta la operación

Manuales.

Procedimientos.

Instructivos.

No Conformidad: Incumplimiento.

- Evidencia:

1. Lo que se observó

**Tabla 76: Actividades del paquete Revisión de Resultados de Auditoría del Sistema de Calidad**

<b>Actividades</b>	<b>DURACIÓN(Días)</b>
Revisión de resultados de auditoría del Sistema de Calidad con Jefaturas y Comité de Calidad	5
<b>Total (Días)</b>	<b>5</b>

### **3.1.3.4 Implementación de Acciones Correctivas y Preventivas**

Esta actividad consiste en evaluar las no conformidades encontradas y problemas en la implementación del SGC, y orientar la ejecución de las acciones correctivas o preventivas propuestas por el comité de calidad, además de un seguimiento de todas las acciones planteadas para asegurar el logro del buen funcionamiento del sistema.

Detección de una No conformidad, considerando las posibles fuentes que pueden producir una no conformidad.

Aminorar el efecto, mediante acciones inmediatas para resolver los desperfectos que la no conformidad ha causado.

Análisis de los Síntomas, teniendo en cuenta que un síntoma "es la evidencia externa y medible de un problema"

Análisis de Causalidad para llegar a la identificación de la raíz de las causas ya conocidas, producto del análisis de síntomas.

Definir la Acción Correctiva, que evite la repetición del problema.

Implantación de la Acción Correctiva.

Tipo de Recursos Involucrados:

- Personal involucrado
- Equipo Biomédico
- Papelería.
- Entre otros

Las acciones correctivas a implementar dependerán de las no conformidades encontradas durante la prueba piloto y la realización de la auditoria.

Actividades a realizar

**Tabla 77: Actividades del paquete Implementación de Acciones Correctivas y Preventivas**

<b>Actividades</b>	<b>DURACIÓN(Días)</b>
Reunión de comité de calidad para analizar acciones correctivas y preventivas a implementar	1
Ejecutar acciones correctivas y preventivas	20
Evaluar la efectividad de las acciones correctivas y preventivas	2
<b>Total (Días)</b>	<b>23</b>

#### **4 PERFIL DEL CONSULTOR EN LA SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

Para la implementación del sistema es necesario realizar previamente una sensibilización del recurso humano en todos los niveles de la organización, para alcanzar los objetivos establecidos una vez el sistema de gestión de calidad este implementado.

Se ha establecido el perfil del consultor, que oriente una formación en adquirir una cultura de calidad en el Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Arguello Escolán”, el cual debe reunir las siguientes características:

##### **Aptitudes personales**

Se recomienda que un consultor sea:

- Observador: del ambiente que le rodea (tanto al entorno físico como a las actividades).
- Perceptivo: consciente y capaz de entender la necesidad de cambio y mejora;
- Versátil: capaz de adaptarse a diferentes situaciones y ofrecer soluciones alternativas.
- Dinámico, Creativo
- Autosuficiente, capaz de actuar y funcionar de manera independiente, y a la vez lograr la atención del público además de facilitar la interacción efectiva con los demás.
- Comunicativo, práctico, responsable.

##### **Perfil Profesional**

Se recomienda que el consultor posea los conocimientos adecuados y necesarios para prestar exitosamente sus servicios.

- Ser capaces de entender y aplicar las normas pertinentes que puedan afectar a la institución, por ejemplo:
  - ISO 9000, sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y vocabulario
  - ISO 9001, sistemas de gestión de la calidad - Requisitos,
  - ISO 9004, sistemas de gestión de la calidad - Directrices para la mejora de la rendimiento,
  - ISO 19011, Directrices para la auditoría de sistema de gestión de calidad y / o Medio Ambiente

Además, el consultor debe tener en cuenta otras normas que se requieren en los servicios de consultoría para la Institución: Ejemplo Plan Anual Operativo del Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Arguello Escolán”, Normas específicas de la institución, entre otras, etc.

### **Experiencia Laboral.**

La experiencia del consultor puede incluir una combinación de uno o más de los siguientes aspectos:

1. Experiencia en gestión de calidad
2. Experiencia en realización de auditorías de calidad
3. Experiencia en la aplicación de un sistema de gestión de calidad
4. Llevar a cabo funciones relacionadas con la gestión de calidad.

## **PERFIL DE LOS DISEÑADORES DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**

Es importante considerar que las actividades del diseño han sido realizadas por estudiantes de la carrera de Ingeniería Industrial de la Universidad de El Salvador, como proyecto de Trabajo de Grado en el Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán”, por lo cual son considerados como 3 consultores.

Entre las actividades que incluye los diseños son: la determinación del universo de procesos, determinación de procesos claves, establecimiento de política y objetivos de calidad, mapeo de procesos, diseño de la documentación, etc.

### **Aptitudes personales**

Se recomienda que un consultor sea:

- Observador: del ambiente que le rodea (tanto al entorno físico como a las actividades).
- Perceptivo: consciente y capaz de entender la necesidad de cambio y mejora;
- Versátil: capaz de adaptarse a diferentes situaciones y ofrecer soluciones alternativas.
- Dinámico, Creativo
- Autosuficiente, capaz de actuar y funcionar de manera independiente, y a la vez lograr la atención del público además de facilitar la interacción efectiva con los demás.
- Comunicativo, práctico, responsable.

### **Perfil Profesional**

Se recomienda que el consultor posea los conocimientos adecuados y necesarios para prestar exitosamente sus servicios.

- Ser capaces de entender y aplicar las normas pertinentes que puedan afectar a la institución, por ejemplo:
  - ISO 9000, sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y vocabulario
  - ISO 9001, sistemas de gestión de la calidad - Requisitos,
  - ISO 9004, sistemas de gestión de la calidad - Directrices para la mejora de la rendimiento,
  - ISO 19011, Directrices para la auditoría de sistema de gestión de calidad y / o Medio Ambiente

### **5 DURACIÓN DEL PROYECTO**

La duración del proyecto en la etapa de implementación es el tiempo en que se llevara a cabo la adopción del SGC en el Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Arguello Escolán”, luego de haber descrito cada uno de los paquetes de trabajo que conforman el desglose analítico se establecen las actividades más importantes y el tiempo que se pretende se realice cada actividad, así mismo también es necesario determinar la secuencia y relación entre cada una de ellas para la efectiva implementación del sistema. A continuación se presenta las actividades que componen el proyecto por cada subsistema y su respectiva duración:

**Tabla 78: Actividades de la Implementación del SGC para el Nacional de Maternidad “Dr. Arguello Escolán”**

<b>Actividades</b>	<b>Duración (Días)</b>
<b>Papel de la Dirección del Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Arguello Escolán”</b>	
Comunicación del Compromiso de Implementación	1
Publicar la necesidad del servicio de consultoría	2
Recibir diferentes ofertantes	5
Evaluar y Seleccionar ofertas de acuerdo a perfil del consultor establecido	3
Establecer vigencia y condiciones de contrato con el consultor	2
Designación del Representante de la Dirección y del comité de calidad	2
Distribución de la Documentación a todo el personal de interés	10
<b>Capacitación</b>	
Informar sobre la implementación a nivel de Jefaturas y personal Administrativo	2
Informar sobre la implementación a nivel operativo	2
Desarrollo de Capacitaciones de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008	13
Desarrollo de Capacitaciones del Equipo Auditor	9
<b>Medición Análisis y Mejora</b>	
Desarrollo de prueba piloto de los lineamientos de trabajo del SGC	40
Planificación de la auditoría del Sistema de Calidad	1
Determinación del alcance y objetivos de la auditoría	1
Preparación de lista de verificaciones	2
Realización la auditoría	15
Preparación y elaboración de informe de auditoría y propuestas de acciones correctivas y preventivas	4
Presentación de informe de auditoría de calidad a la Dirección	1
Revisión de resultados de auditoría del Sistema de Calidad con Jefaturas y Comité de Calidad	5
Reunión de comité de calidad para analizar acciones correctivas y preventivas a implementar	1
Ejecutar acciones correctivas y preventivas	20
Evaluar la efectividad de las acciones correctivas y preventivas	2

Para tener una mejor visualización de las actividades que se realizarán durante la implementación es necesario identificar la relación que existe entre ellas, para lo cual se presenta el siguiente cuadro donde se muestran las actividades, la duración en días y su dependencia.



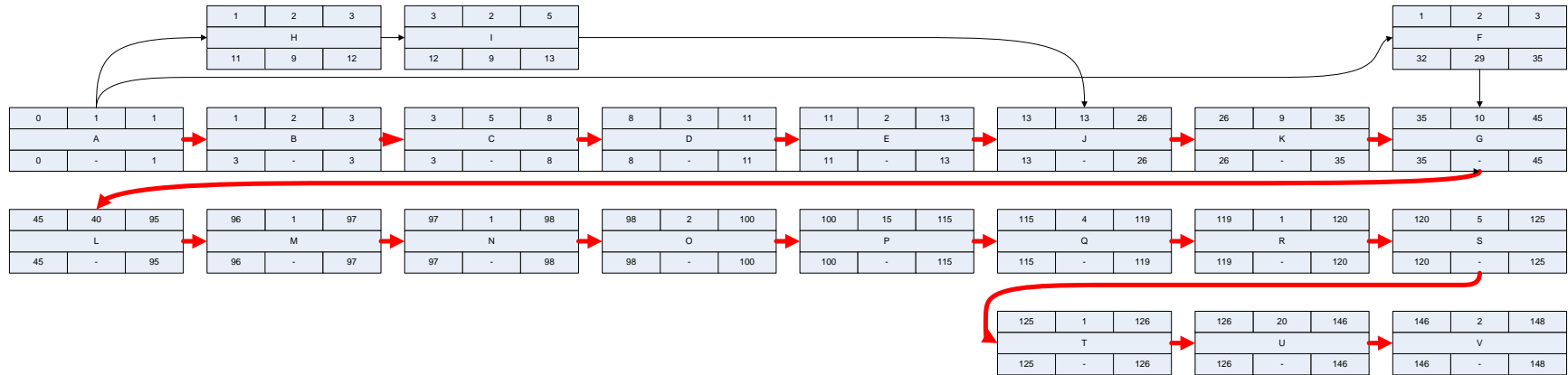
**Tabla 79: Actividades y sus relaciones en la Implementación del SGC para el Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Arguello Escolán”**

<b>COD.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DURACIÓN (Días)</b>	<b>DEPENDENCIA</b>
<b>Papel de la Alta Dirección del Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Arguello Escolán”</b>			
<b>A</b>	Comunicación del Compromiso de la Implementación	1	-
<b>B</b>	Publicar la necesidad del servicio de consultoría	2	A
<b>C</b>	Recibir diferentes ofertantes	5	B
<b>D</b>	Evaluar y seleccionar ofertas de acuerdo a perfil del consultor establecido	3	C
<b>E</b>	Establecer, vigencia y condiciones de contrato con el consultor	2	D
<b>F</b>	Designación del representante de la Dirección y miembros del Comité	2	A
<b>G</b>	Distribución de la documentación del SGC	10	F,K
<b>Capacitación</b>			
<b>H</b>	Informar sobre la implementación a nivel de Jefaturas y personal Administrativo	2	A
<b>I</b>	Informar sobre la implementación a nivel operativo	2	H
<b>J</b>	Desarrollo de Capacitaciones de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008	13	I,E
<b>K</b>	Desarrollo de Capacitaciones del Equipo Auditor	9	J
<b>Medición, Análisis y Mejora</b>			
<b>L</b>	Desarrollo de prueba piloto de los lineamientos de trabajo del SGC	40	G
<b>M</b>	Planificación de la auditoría del Sistema de Calidad	1	L
<b>N</b>	Determinación del alcance y objetivos de la auditoría	1	M
<b>O</b>	Preparación de lista de verificaciones	2	N
<b>P</b>	Realización la auditoría	15	O
<b>Q</b>	Preparación y elaboración de informe de auditoría y propuestas de acciones correctivas y preventivas	4	P
<b>R</b>	Presentación de informe de auditoría de calidad a la Dirección	1	Q
<b>S</b>	Revisión de resultados de auditoría del Sistema de Calidad con Jefaturas y Comité de Calidad	5	R
<b>T</b>	Reunión de comité de calidad para analizar acciones correctivas y preventivas a implementar	1	S
<b>U</b>	Ejecutar acciones correctivas y preventivas	20	T
<b>V</b>	Evaluar la efectividad de las acciones correctivas y preventivas	2	U

### ***5.1 Diagrama PERT***

Se utilizara el diagrama PERT para representar la duración del proyecto e identificar las actividades que deben de considerarse como de mayor importancia en la implementación pues su ejecución no debe retrasarse, este modelo nos permite principalmente planificar y controlar el desarrollo de cada una de las actividades necesarias para la implementación. A continuación se presente el diagrama de red de la implementación del SGC para el Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Arguello Escolán”:

Esquema 6: Diagrama PERT del Proyecto SGC para el Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Arguello Escolán”



DURACIÓN DEL PROYECTO: 148 días

RUTA CRÍTICA: A-B-C-D-E-J-K-G-L-N-M-O-P-Q-R-S-T-U-V

Según el diagrama anterior la duración total del proyecto es de 148 días hábiles, la ruta crítica está representada por las flechas de color rojo las cuales nos indican las actividades de mayor importancia cuya ejecución no debe retrasarse, identificando que de 22 actividades que componen el proyecto 19 actividades son críticas representando el 86% de todo el proyecto.

## 5.2 Cronograma de Actividades

A continuación se presenta el cronograma de actividades en donde se observan las actividades a realizar en la implementación con su duración y su respectiva fecha de inicio y finalización. El proyecto se ha considerado inicie el 6 de Enero del 2014 y finalice el 17 de Julio del 2014.

Esquema 7: Cronograma de Actividades del Proyecto SGC

Codigo	ACTIVIDAD	Duracion	Comienzo	Fin	ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO		
A	Comunicación del Compromiso de la Implementación	1	06/01/2014	06/01/2014	■																				
B	Publicar la necesidad del servicio de consultoría	2	07/01/2014	08/01/2014	■	■																			
C	Recibir diferentes ofertantes	5	09/01/2014	15/01/2014		■	■	■	■	■															
D	Evaluar y seleccionar ofertas de acuerdo a perfil del consultor establecido	3	16/01/2014	20/01/2014		■	■	■																	
E	Establecer, vigencia y condiciones de contrato con el consultor	2	21/01/2014	22/01/2014			■	■																	
F	Designación del representante de la Dirección y miembros del Comité	2	06/01/2014	07/01/2014	■																				
G	Distribución de la documentación del SGC	10	26/02/2014	11/03/2014						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
H	Informar sobre la implementación a nivel de Jefaturas y personal Administrativo	2	06/01/2014	07/01/2014	■																				
I	Informar sobre la implementación a nivel operativo	2	08/01/2014	09/01/2014	■																				
J	Desarrollo de Capacitaciones de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008	13	23/01/2014	12/02/2014				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
K	Desarrollo de Capacitaciones del Equipo Auditor	9	13/02/2014	25/02/2014				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
L	Desarrollo de prueba piloto de los lineamientos de trabajo del SGC	40	12/03/2014	06/05/2014						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
M	Planificación de la auditoría del Sistema de Calidad	1	07/05/2014	07/05/2014																					
N	Determinación del alcance y objetivos de la auditoría	1	08/05/2014	08/05/2014																					
O	Preparación de lista de verificaciones	2	09/05/2014	12/05/2014																					
P	Realización la auditoría	15	13/05/2014	02/06/2014																					
Q	Preparación y elaboración de informe de auditoría y propuestas de acciones correctivas y preventivas	4	03/06/2014	06/06/2014																					
R	Presentación de informe de auditoría de calidad a la Dirección	1	09/06/2014	09/06/2014																					
S	Revisión de resultados de auditoría del Sistema de Calidad con Jefaturas y Comité de Calidad	5	10/06/2014	16/06/2014																					
T	Reunión de comité de calidad para analizar acciones correctivas y preventivas a implementar	1	17/06/2014	17/06/2014																					
U	Ejecutar acciones correctivas y preventivas	20	18/06/2014	15/07/2014																					
V	Evaluar la efectividad de las acciones correctivas y preventivas	2	16/07/2014	17/07/2014																					

## 6 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PROPUESTA PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Para que se pueda desarrollar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001: 2008 para el Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Arguello Escolán” se deben definir los puestos y funciones de las personas encargadas de la implementación, esto se visualiza en el siguiente organigrama.

Esquema 8: Estructura organizativa para la implementación



Tomando en cuenta el esquema anterior, enfocándose en el primer puesto en mención, el puesto de Administrador del Proyecto es el principal responsable de hacer cumplir lo detallado en el plan de implementación, procurar los recursos y ejecutar las actividades en su tiempo establecido. El Gestor de la Calidad será el encargado de proporcionar las capacitaciones relacionadas al SGC y los requisitos que establece la Norma. El Representante de la Dirección el cual junto con el Administrador de proyectos se encargaran de coordinar las actividades para la implementación del SGC, las funciones y su perfil están definidos en el literal del Representante de la Dirección en la Etapa de Diseño.

Las funciones que competen a esta estructura organizativa se describen con más detalle en el Manual de Organización para la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 el cual es presentado a continuación.



**HOSPITAL NACIONAL  
ESPECIALIZO DR.  
“ARGUELLO ESCOLÁN”.  
MANUAL DE ORGANIZACIÓN  
PARA LA IMPLEMENTACIÓN  
DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE  
CALIDAD BASADO EN LA  
NORMA ISO 9001: 2008**

<b>CÓDIGO MANUAL:</b>	<b>DE</b>	M-02-005	<b>VERSIÓN DE MANUAL:</b>	01
<b>N° DE COPIA:</b>		01		
<b>PREPARADO POR:</b>		Morena Aviles Benjamin Moran Salvador Palacios		
<b>APROBADO POR:</b>		Dr. Roberto Edmundo Sanchez		
<b>FECHA APROBACIÓN:</b>	<b>DE</b>	MAYO 2013		

	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC PARA EL HNEM</b>	<b>CÓDIGO:M-02-004</b>
		<b>VERSIÓN: 01</b>

## Introducción

El presente Manual de Organización es presentado con el fin de que sirva de guía para desarrollar las actividades que se realicen en cada una de las unidades que componen la administración para la ejecución del proyecto “Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Arguello Escolán”.

Se definen las líneas de autoridad, relaciones de dependencia y otros aspectos importantes que interesan conocer dentro de la organización de la implementación del proyecto. Este manual de organización es un instrumento administrativo que describe cuales son las funciones básicas de cada unidad que comprende la organización para la implementación. Con este Manual se pretende facilitar la toma de decisiones que puedan servir para solucionar racionalmente y en forma óptima los problemas existentes y los que puedan surgir durante el desarrollo de las actividades además ayuda al mejoramiento de la coordinación, comunicación, y supervisión de las distintas áreas.

Este documento contribuirá a que todo el personal conozca los lineamientos que el Administrador del proyecto, El Gestor de Calidad y el Representante de la Dirección tienen definidos para llevar a cabo las diferentes actividades.

	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC PARA EL HNEM</b>	<b>CÓDIGO:M-02-004</b>
		<b>VERSIÓN: 01</b>

## Objetivo General

Proporcionar un documento técnico que permita explicar en forma clara y sistemática la estructura organizativa, las líneas de autoridad-responsabilidad y la estructura formal. Así como también describir las funciones de los encargados de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 para el Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Arguello Escolán”.

## Objetivos Específicos

- ✚ Dar a conocer los niveles de autoridad y responsabilidad a los involucrados.
- ✚ Delimitar el radio de acción de las diferentes unidades.
- ✚ Proporcionar una herramienta básica para efectuar al trabajo, basado en la planificación y previsión, evitando así funciones improvisadas.
- ✚ Evitar dualidad de funciones.
- ✚ Dar a conocer los objetivos y niveles de autoridad de cada una de las unidades del proyecto de implementación.
- ✚ Especificar las responsabilidades y funciones de cada una de las unidades del proyecto.
- ✚ Servir como guía e instrumento de consulta permanente para el personal.



	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC PARA EL HNEM</b>	<b>CÓDIGO:M-02-004</b>
		<b>VERSIÓN: 01</b>

### Estructura Organizativa del Proyecto



	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC PARA EL HNEM</b>	<b>CÓDIGO:M-02-004</b>
		<b>VERSIÓN: 01</b>

## **Administrador del Proyecto**

### **Objetivo**

Planificar, organizar y controlar todas las actividades necesarias para la realización del proyecto de implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Arguello Escolán”.

### **Funciones**

- a) Planificar, organizar, dirigir y controlar el desarrollo de cada actividad de la ejecución del proyecto.
- b) Formular políticas y estrategias para la administración del proyecto.
- c) Dar seguimiento y evaluar cada objetivo propuesto para la implementación del proyecto.
- d) Establecer planes de asignación de recursos para cada unidad y controlar el cumplimiento de los mismos.
- e) Coordinar las funciones de las otras unidades que conforman el proyecto.
- f) Controlar los avances del plan de implementación de acuerdo a lo presupuestado.
- g) Tomar decisiones en situaciones críticas que se presenten durante la implementación del proyecto.

	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC PARA EL HNEM</b>	<b>CÓDIGO:M-02-004</b>
		<b>VERSIÓN: 01</b>

## **Gestor de Calidad**

### **Objetivo**

Realizar las capacitaciones necesarias para transmitir los conocimientos sobre lo que son los SGC y los requisitos que establece la Norma ISO 9001:2008 al personal del Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Arguello Escolán”.

### **Funciones**

- a) Planificar, organizar, dirigir y controlar el desarrollo de las capacitaciones respectivas que deben de impartir.
- b) Desarrollar las capacitaciones en días y horas programadas previamente.
- c) Dar seguimiento y evaluar el grado de aprendizaje de los participantes a las capacitaciones.
- d) Colaborar en la sensibilización del Sistema de Gestión de Calidad.
- e) Asesorar en todo lo relacionado a mejorar las concientización del personal en general.

	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC PARA EL HNEM</b>	<b>CÓDIGO:M-02-004</b>
		<b>VERSIÓN: 01</b>

### **Representante de la Dirección**

### **Objetivo**

Establecer, implementar y mantener los procesos y procedimientos necesarios para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008.

### **Funciones**

- a) Planificación de actividades relacionadas con la Concientización y Capacitación del personal involucrado con los procesos que formarán parte del Sistema.
- b) Revisión de la documentación necesaria para el Sistema de Gestión de Calidad.
- c) Dirigir la implementación, evaluación y desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad.
- d) Asegurar que se desarrolla, implementa y aplica eficazmente la estructura documentaria que sustenta el Sistema de Gestión de la Calidad.

## **7 LINEAMIENTOS PARA AJUSTAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD A LAS NUEVAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD**

Considerando que el HNEM se trasladará en el mediano plazo a las nuevas instalaciones, cabe aclarar que según el avance de la implementación que tenga el SGC deberán hacerse algunos ajustes a ciertos apartados del sistema. Sin embargo cabe aclarar que el sistema sigue siendo vigente y que el cambio de instalaciones implica más que todo actualizar referencias relacionadas con las instalaciones físicas, identificación de equipos biomédicos, etc.

En ese sentido la documentación que puede verse afectada es la relacionada con los siguientes apartados (los apartados siguientes están ordenados por su jerarquía):

- **Aparatado 7.1 - Planificación de la prestación del servicio:**  
En este apartado se deben revisar la caracterización de procesos y sobre todo los procedimientos considerando que dado el cambio en la disposición de las instalaciones es posible que determinadas actividades se hayan suprimido o sus responsables hayan cambiado. Así como también la utilización de recursos o equipos nuevos se hayan incorporado en la ejecución de los procedimientos. Por lo que los documentos que se ven afectados que se incluyen en el presente diseño son:

<b>Aparatado</b>	<b>TIPO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRE</b>
7.1.0	Caracterización	CP.3.3.00	Caracterización del proceso atención del parto y post parto
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.01	Ficha de caracterización de procedimiento admisión y evaluación clínica de la paciente
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.02	Ficha de caracterización de procedimiento monitoreo del trabajo de parto
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.03	Ficha de caracterización de procedimiento atención del parto normal
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.04	Ficha de caracterización de procedimiento vigilancia de puerperio inmediato
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.05	Ficha de caracterización de procedimiento transferencia de paciente a puerperio
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.06	Ficha de caracterización de procedimiento atención del parto por cesárea
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.07	Ficha de caracterización de procedimiento vigilancia del estado de salud post cesárea

<b>Apar tado</b>	<b>TIPO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRE</b>
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.08	Ficha de caracterización de procedimiento transferencia a cirugía obstétrica
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.09	Ficha de caracterización de procedimiento admisión en puerperio
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.10	Ficha de caracterización de procedimiento evaluación médica inmediata
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.11	Ficha de caracterización de procedimiento atención medica sistemática
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.12	Ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones medicas
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.13	Ficha de caracterización de procedimiento elaboración y cumplimiento de requisitos de alta
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.14	Ficha de caracterización de procedimiento admisión en cirugía obstétrica
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.15	Ficha de caracterización de procedimiento evaluación médica inmediata
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.16	Ficha de caracterización de procedimiento evaluación médica sistemática
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.17	Ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones medicas
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.18	Ficha de caracterización de procedimiento elaboración y cumplimiento de requisitos de alta
7.1.0	Caracterización	CP.3.5.00	Caracterización del proceso atención del recién nacido
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.01	Ficha de caracterización de procedimiento atención directa al recién nacido
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.02	Ficha de caracterización de procedimiento cuidado sistemático del recién nacido en alojamiento conjunto
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.03	Ficha de caracterización de procedimiento elaboración y cumplimiento de requisitos de alta del neonato
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.04	Ficha de caracterización de procedimiento transferencia del recién nacido a los servicios de neonatología
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.05	Ficha de caracterización de procedimiento ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.06	Ficha de caracterización de procedimiento atención médica inmediata en la unidad de cuidados intensivos
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.07	Ficha de caracterización de procedimiento atención medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.08	Ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones medicas en la unidad de cuidados intensivos
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.09	Ficha de caracterización de procedimiento ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intermedios
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.10	Ficha de caracterización de procedimiento atención

Apar tado	TIPO	CODIGO	NOMBRE
			medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados intermedios
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.11	Ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones medicas en la unidad de cuidados intermedios
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.12	Ficha de caracterización de procedimiento ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados mínimos
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.13	Ficha de caracterización de procedimiento atención medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados mínimos
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.14	Ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones medicas en la unidad de cuidados mínimos

- Aparatado 7.2 - Procesos Relacionados con el Cliente:

En este apartado se deben revisar las especificaciones de los servicios que ya se encuentren elaboradas, considerando las características de las nuevas instalaciones y las referencias que se hagan a las mismas dentro de las especificaciones, para esto se puede hacer uso del procedimiento:

- CP.7.2.2.01 Procedimiento revisión de los requisitos del servicio

En dicho procedimiento se establecen los pasos para revisar las especificaciones de los servicios que se hayan elaborado. Dicho sea de paso el hecho de que los servicios se desarrollen en nuevas instalaciones con mejores condiciones, puede que se incremente el alcance de los servicios, lo cual de ser el caso deberá reflejarse en la actualización a las especificaciones de los servicios.

- Aparatado 6.3 - Infraestructura:

Naturalmente el apartado de infraestructura sería el más afectado, por lo que deberán revisarse los documentos siguientes:

- Especificaciones de la infraestructura de los diferentes procesos
- Planes de mantenimiento a la infraestructura de los diferentes procesos
- Planes de contingencia para la infraestructura de los diferentes procesos

Naturalmente para revisar y actualizar dichas especificaciones y planes de mantenimiento se pueden seguir los procedimientos:

- CP.6.3.0.01 Procedimiento para determinar la infraestructura requerida para los procesos.
  - CP.6.3.0.02 Procedimiento para establecer el mantenimiento requerido de la infraestructura de los procesos.
- Aparatado 6.4 – Ambiente de Trabajo:  
Según las adecuaciones que se hagan a los procesos, procedimientos, especificaciones del servicio, especificaciones de la infraestructura de los procesos y las características de las nuevas instalaciones se deben adecuar los siguientes documentos:
    - Planes de mantenimiento del ambiente de trabajo de los procesos.

Para revisar estos planes se puede utilizar el procedimiento: CP.6.4.0.01 - Procedimiento para establecer y mantener el ambiente de trabajo de los procesos. Dado que es posible que las condiciones que influyan en los factores físicos haya cambiado por lo que la administración de dichas condiciones tenga que ser ajustada, para mantener los estándares.



## 8 LINEAMIENTOS PARA LA CERTIFICACIÓN DEL SGC

En la etapa de Implementación del SGC en el Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Arguello Escolán” no se ha considerado la preparación para la Certificación del mismo ya que la institución considera realizar este proceso cuando el sistema se encuentre implementado y posea cierto tiempo de funcionar efectivamente, en un futuro la institución espera darle continuidad al proyecto e implementar el SGC en todos los procesos así como su correspondiente certificación.

Pero es necesario explicar que es una Certificación para después ser específicos en el tiempo que consume la realización de ella y el costo asociado a esta.

La certificación es la acción llevada a cabo por una entidad independiente de las partes interesadas mediante la que se manifiesta que una organización, producto, proceso o servicio, cumple los requisitos definidos en unas normas o especificaciones técnicas. En el caso particular es la entidad que emite a través de un certificado que cierta organización cumple con los requisitos que exige la Norma ISO 9001: 2008 y que tiene validez en un periodo determinado de tiempo.

Antes de mencionar los pasos que conlleva la realización de la certificación, se explicaran algunas generalidades de la Institución Certificadora, que ha sido tomada de ejemplo, de la cual se han tomado los pasos a listar, esta es AENOR (Asociación Española de Normalización y Certificación). AENOR está acreditada por ENAC (Entidad Nacional de Acreditación Española) para poder realizar la certificación de sistemas de gestión de la calidad ISO 9001: 2008 en todos los sectores de actividad. A finales del 2010, AENOR había emitido 26.720 certificados de Sistema de Gestión de la Calidad, de los cuales 22.993 en España.

Los pasos a realizar necesarios para lograr obtener la Certificación del SGC, tomados de la página web de AENOR ([www.aenor.es](http://www.aenor.es)) son los siguientes:

- Realizar la solicitud a Institución Certificadora
- Realización de la Auditoria Inicial(Institución Certificadora)
- Se emiten los resultados de la auditoria(Institución Certificadora)
- Elaboración de Plan de acciones correctivas e implementación ( Institución que será certificada)
- Realización de Auditorías de evaluación(Institución Certificadora)

- Evaluación y decisión de entregar la certificación si la Institución cumple con los requisitos de la Norma.

Respecto al tiempo que duraran las auditorias depende del alcance del Sistema de Gestión de Calidad de la Institución solicitante, eso determinara el lapso de tiempo para la realización de las auditorias por parte de la empresa Certificadora, a la vez todo lo que dure el proceso de certificación dependerá principalmente del alcance del Sistema y del tiempo en que se superen las no conformidades encontradas en la auditoria inicial y en las posteriores auditorias de evaluación, por esas razones no se puede ser especifico en el tiempo en el que se obtendrá la certificación que emitirá la Institución Certificadora, que inicia desde que la Institución interesada ha implementado el Sistema de Gestión de Calidad y solicita a la Institución Certificadora la realización del proceso para poder obtener la certificación del Sistema de Gestión de Calidad implementado.

De la misma forma no se puede ser especifico con la cantidad de dinero a invertir para realizar el proceso de certificación, ya que depende de los siguientes elementos: la Empresa certificadora con la cual se contratara el proceso, la cantidad de auditorías a realizar, ya que estas auditorías son costeadas por la empresa interesada en la certificación y están relacionadas directamente con el alcance del Sistema de Gestión de Calidad , en el cual se determinara el tiempo necesario para realizar las auditorias, el personal necesario etc.

De esa forma los variables tiempo y dinero, necesario para obtener la Certificación de un Sistema de Gestión de Calidad, dependen del alcance del Sistema y de la Empresa certificadora a contratar, además del tiempo que la empresa solicitante logre cumplir con los requisitos de la Norma bajo la cual certificara el Sistema de Gestión de Calidad implementado.

El tiempo de duración de la Certificación en promedio es de tres años, después de haber transcurrido este tiempo se realizan otras auditorias para mantener la certificación o renovarla según sea el caso, en el Salvador la Empresa Certificadora: American Trust Register ATR certifico a la Corte Suprema de Justicia bajo la Norma ISO 9001:2000 abarcando los servicios administrativos para las diferentes áreas funcionales del Órgano Judicial orientados a la administración de recursos humanos, adquisición de bienes y servicios, gestión financiera y logística. Con un periodo de validez de la Certificación de tres años (16-04-2008 hasta el 15-04-2011).

Como elemento relevante a la temática de la Certificación, es necesario mencionar las ventajas que trae la Certificación del Sistema de Gestión de Calidad implementado, algunas de ellas son las siguientes:

- Inspira confianza, tanto a la organización interna como a los usuarios
- Reduce el número y duración de las auditorías externas
- Da acceso a los usuarios potenciales en mejores condiciones
- Mejora de la reputación y del renombre internacional debido a la publicación de la certificación
- Da lugar a verificaciones regulares por un organismo oficial como herramienta de gestión, obteniendo una visión clara del funcionamiento del sistema de calidad
- Garantiza el mantenimiento del sistema de calidad implantado en la institución, mediante auditorías de seguimiento
- Mejora de forma general la organización de la institución

Debido a la importancia que tiene la Certificación del Sistema, también se presentan los nombres de algunas Instituciones Certificadoras como primer paso para la selección de ellas, estas son las siguientes:

- **AENOR:** Asociación Española de Normalización y Certificación, es una institución dedicada al desarrollo de la normalización y la certificación en todos los sectores industriales y de servicios. Experiencia: Certifico las siguientes instituciones: CEL, Ministerio de Hacienda.
- **ATR:** American Trust Register R.C.: organismo mexicano que se establece como una Sociedad Civil y se encarga de Certificar Sistemas de Gestión de la Calidad y Sistemas de Gestión Ambiental. Experiencia: Certifico al Órgano Judicial del País.
- **ICONTEC:** Es el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, Organismo Nacional de Normalización de Colombia.



# **TITULO 3: EVALUACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL**

## METODOLOGÍA PARA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

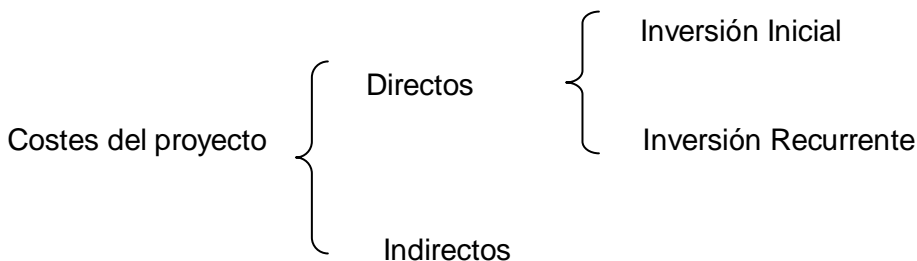
La evaluación tiene por objetivo establecer la conveniencia técnico-económica de ejecutar el proyecto. Para la evaluación de un proyecto se puede adoptar un enfoque costo-beneficio o un enfoque costo eficiencia, dependiendo si es posible cuantificar y/o valorar los beneficios del proyecto.

Así mismo se realizara la evaluación social del Sistema de Gestión de Calidad que persigue medir la verdadera contribución de los proyectos al crecimiento económico de la sociedad salvadoreña.

### Enfoque Costo-Beneficio

En un enfoque costo beneficio, el objetivo de la evaluación es determinar si los beneficios que se obtienen son mayores que los costos involucrados. Para ello, es necesario identificar, medir y valorar los costos y beneficios del proyecto.

A efectos de la cuantificación y valoración, los costes del proyecto pueden clasificarse de la siguiente forma:



**Los costes directos** son los constituidos por el empleo de aquellos bienes y servicios necesarios para alcanzar los objetivos del proyecto.

**Los costes indirectos** son aquellos derivados de actividades económicas anteriores a la primaria o inducida por el proyecto y que son consecuencia de la realización del mismo. Dada las dificultades inherentes a su cuantificación no se tomarán en cuenta.

**La inversión inicial** del proyecto está conformada por los Costos del Diseño del Sistema y los de la Implementación del Proyecto establecidos en el plan de implementación posterior al diseño de este.

Para la definición del costo de la implementación se estiman los costos de los recursos necesarios (humanos y materiales) directos para completar las actividades. En la aproximación de costos, se consideran las posibles variaciones provisionando un porcentaje para imprevistos. Este costeo de proyectos refleja solo los costos directos del

proyecto y no considera los gastos generales ni los costos del recurso humano existente en el Hospital.

**Los costes inversión recurrente** son aquellos que se producen a lo largo de la vida del proyecto y son necesarios para el buen funcionamiento del SGC.

Posteriormente se determinará la cuantificación del beneficio económico percibido por la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad ya que no procede directamente de una rentabilidad directa, puesto que el tipo de institución al ser de carácter público no tiene como su fin una rentabilidad económica más bien tiene como propósito beneficiar a la sociedad a través de sus servicios especializados a la población femenina y a los recién nacidos, razón por la cual se determinara en una serie de puntos centrales que se detallarán en este documento.

Luego se determinará el Valor Actual Neto (VAN), que es el valor presente de los flujos de efectivo futuros esperados menos la inversión inicial incurrida en la implementación del sistema.

También se calculará la tasa interna de retorno es la tasa de descuento que iguala el valor presente de los flujos de efectivo netos del proyecto, con el valor presente de la inversión inicial. Permitiendo apreciar el valor del rendimiento porcentual del proyecto en términos de ahorro en un mediano plazo debido a la mejora en la eficiencia de los procesos.

Finalmente se calculará el índice de rentabilidad, o razón costo beneficio, que es el coeficiente del valor presente de los flujos de efectivo netos esperados para el periodo de evaluación del proyecto en relación con la inversión neta.

Se darán a conocer las fuentes de financiamiento que permitan llevar a cabo el proyecto con las especificaciones establecidas en el diseño de esta.

Las fuentes de financiamiento pueden ser:

1. Fuentes de financiamiento internas: Es aquél que proviene de los recursos propios de la empresa, esto debido a ventas de activos fijos imprescindibles, bienes raíces susceptible de ser vendidas, venta de excedente de mercadería, ventas de material reciclado, eliminación de líneas de producción, reorientación de los fondos, reducción de la oferta de servicios o productos, etc.

2. Fuentes de financiamiento externa: recursos provenientes de instituciones o personas ajenas a la empresa, a través de préstamos o donaciones.

Al final de las evaluaciones se da a conocer la evaluación Social que es el proceso de identificación, medición, y valorización de los beneficios y costos de un proyecto, desde el punto de vista del Bienestar Social. Un proyecto de inversión será socialmente rentable en la medida que el bienestar económico alcanzado con el proyecto sea mayor al bienestar que el país como un todo habría alcanzado sin el proyecto.



# CAPITULO 1: EVALUACIÓN ECONÓMICA

La evaluación económica del proyecto de implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en las normas ISO 9001:2008 para el Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán”, se realiza para un **periodo de 3 años**, ya que es el tiempo esperado para la realización de la auditoria de certificación.

En este proyecto se considera como referencia analizar el comportamiento económico que tendrá la certificación, a pesar que no es parte de este proyecto, se toma en cuenta para efectos de evaluación. **El tiempo de referencia para la evaluación será para tres años** y se plantea realizarla periódicamente cada tres años para tener una mejor apreciación del comportamiento económico del proyecto.

La evaluación económica espera determinar si el Sistema de Gestión de Calidad genera suficientes beneficios netos positivos para la economía del hospital a fin de respaldar la promoción del proyecto.

Es importante resaltar que la evaluación económica del proyecto se realiza definiendo los costos directos incurridos para completar las actividades del proyecto, basándose en el registro de tan solo los ahorros y los costos atribuibles al proyecto, en los cuales no se hubiese incurrido si el proyecto no se hubiese ejecutado.

Es decir, que los ahorros que se registran en el flujo de fondos incremental son claramente atribuibles a la realización del proyecto que se está evaluando. Los ahorros incrementales son los que resultan de una comparación de los ahorros en el escenario con proyecto y sin proyecto. La diferencia sólo se puede atribuir a la ejecución del proyecto.

Para la evaluación económica es necesario realizar un análisis económico con el objetivo de determinar cuál es el monto de los recursos económicos necesarios para la realización del proyecto.

Es decir en este análisis se determinan todos los *Costos* en que se incurren en el proyecto de los cuales el hospital debe realizar un desembolso extra al presupuesto anual.

Es importante definir el término **costo** el cual es un desembolso en efectivo o en especie hecho en el pasado, en el presente, en el futuro o de forma virtual. Así tenemos que, a los costos o desembolsos hechos en el presente (tiempo cero) en una evaluación económica se les llama Inversión.

Para la evaluación económica del proyecto es necesario determinar:



1. **La Inversión del Proyecto:** Es decir, los egresos monetarios en los que ha de incurrir, estos corresponden principalmente a los costos del diseño, de la implementación y los costos de operación del sistema.
2. **La Tasa Mínima Aceptable de Rendimiento (TMAR):** Es la tasa mínima que se acepta para el descuento de los flujos de efectivo generados por el sistema, de la inversión inicial.
3. **Los beneficios Económico:** Para el Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán” es en base al resultado de los ahorros y beneficios que conlleva el proyecto.

**Escenario:** Relación Ahorro-Costo, corresponde a la evaluación de los costos de brindar las atenciones en relación a los ahorros obtenidos.

## ***1. INVERSIÓN INICIAL DEL PROYECTO***

Como ya se mencionó anteriormente la inversión del proyecto está conformada por los Costos del Diseño del Sistema y los de la Implementación del Proyecto establecidos en el plan de implementación posterior al diseño de este. Cada uno de estos costos es detallado a continuación:

### ***1.1 Costos del Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad***

Son todos aquellos recursos vistos desde el punto de vista monetario que serán necesarios utilizar para el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad:

El costo del diseño del sistema de Gestión de la Calidad lo constituye el pago a consultores por el diseño del sistema, esto incluye: la determinación del universo de procesos, determinación de procesos claves, establecimiento de política y objetivos de calidad, mapeo de procesos, diseño de la documentación, etc.

Es importante considerar que dichas actividades han sido realizadas por estudiantes de la carrera de Ingeniería Industrial de la Universidad de El Salvador, como proyecto de Trabajo de Grado, por lo que no constituye un costo real en el que ha de incurrir el Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán”, pero es importante determinarlo para propósitos de evaluación económica del proyecto. Por lo tanto se establece el pago de honorarios a 3 consultores para el diseño del sistema, costo que se presenta a continuación:

**Tabla 80 Tabla de Duración de actividades de la etapa de diagnóstico.**

	<b>Actividades ETAPA DE DIAGNÓSTICO</b>	<b>Duración (días)</b>
<b>1</b>	Recopilación de información necesaria para la investigación (planeamiento, organización, servicios, sistema de información, operaciones, financiamiento, entre otras)	<b>30</b>
<b>2</b>	Planificación de la investigación	<b>15</b>
<b>3</b>	Identificación de la secuencia de servicios por donde los usuarios circulan según las necesidades de atención medica iniciales	<b>15</b>
<b>4</b>	Identificación de los procesos claves	<b>15</b>
<b>5</b>	Priorización de procesos claves para abordar en proyecto	<b>15</b>
<b>6</b>	Realización del cuestionario para la determinación de la brecha entre la gestión actual de la calidad y los requisitos de la norma ISO 9001:2008	<b>15</b>
<b>7</b>	Realización de la investigación In Situ	<b>45</b>
<b>8</b>	Análisis de resultados (fortalezas y oportunidades)	<b>15</b>
<b>9</b>	Conceptualización del diseño	<b>15</b>
	<b>Total</b>	<b>180</b>

Fuente: Etapa de diagnóstico / Metodología para la investigación

**Tabla 81 Tabla de Duración de actividades de la etapa de diseño.**

	<b>Actividades ETAPA DE DISEÑO</b>	<b>Duración (días)</b>
<b>1</b>	Mapeo de procesos claves seleccionados	<b>25</b>
<b>2</b>	Definición de la metodología para la realización del diseño del SGC	<b>5</b>
<b>3</b>	Desarrollo de los apartados relacionados con la política y objetivos de la calidad de la organización.	<b>15</b>
<b>4</b>	Desarrollo de los apartados relacionados con las necesidades y expectativas de los clientes y de otras partes interesadas.	<b>15</b>
<b>5</b>	Desarrollo de los apartados relacionados con los procesos y las responsabilidades necesarias para el logro de los objetivos de la calidad.	<b>15</b>
<b>6</b>	Desarrollo de los apartados relacionados con los métodos para medir la eficacia y eficiencia de cada proceso.	<b>10</b>
<b>7</b>	Desarrollo de los apartados relacionados con la ejecución del SGC	<b>20</b>
<b>8</b>	Desarrollo de los apartados relacionados con el proceso para la mejora continua del sistema de gestión de la calidad.	<b>10</b>
<b>9</b>	Desarrollo de los apartados relacionados con la estructura operacional del hospital con buen nivel de cumplimiento de la norma.	<b>15</b>
<b>10</b>	Evaluación económica y social del proyecto	<b>20</b>
	<b>Total</b>	<b>150</b>

Fuente: Etapa de Diseño / Metodología para el Diseño del SGC

Tabla 82 Tabla costo del diseño del SGC

Actividad	Duración	Costo mensual	Cantidad de Consultores	Costo total
Etapa 1: Diagnostico de la Situación Actual del Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán”.	6 Meses	\$ 500.00	3	\$9,000
Etapa 2: Diseño del Sistema de Gestión de Calidad <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación de procesos y procedimientos.</li> <li>• Elaboración de documentación del sistema: manuales y otros documentos</li> </ul>	5 Meses	\$ 500.00	3	\$7,500
<b>Total:</b>				<b>\$ 16,500.00</b>

Fuente: Elaboración propia

## **1.2 Costos de Implementación del Proyecto**

Son todos aquellos recursos vistos desde el punto de vista monetario que serán necesarios para implementar el Sistema de Gestión de Calidad, estos costos se han establecido según los paquetes de trabajo, detallados en la planificación de la implementación del proyecto los cuales se especifican a continuación:

1. Sub sistema: Papel de la dirección
  - a. Compromiso de implementación
  - b. Gestión de servicios de capacitación
  - c. Designación del representante de la dirección
  - d. Distribución de la documentación
2. Sub sistema: Capacitación
  - a. Informar sobre la implementación al personal de interés
  - b. Taller sobre los requisitos de la ISO 9001:2008
  - c. Capacitación del equipo auditor
3. Sub sistema: Medición, análisis y mejora
  - a. Realización de prueba piloto
  - b. Realización de auditoría del SGC
  - c. Revisión de los resultados de la auditoría del SGC
  - d. Implementación de acciones correctivas y preventivas

### **1.2.1 Subsistema: Papel de la dirección**

#### **1.2.1.1 Compromiso de implementación**

La Alta Dirección del Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán” debe comunicar al personal sobre la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, de igual manera debe de concientizar a los jefes de cada uno de los servicios de interés sobre el compromiso que se ha adquirido con respecto a la calidad y el funcionamiento del sistema ya que la comunicación es el eje fundamental para la implementación efectiva del proyecto.

La divulgación es el conjunto de actividades que interpretan y hacen accesible el conocimiento del Sistema de Gestión de Calidad del Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán” al personal, es decir, a todas aquellas labores que llevan el conocimiento a las personas interesadas en entender o informarse de ese tipo de conocimiento.

Cabe destacar que el término “divulgación” incluye todos los medios por los cuales se ponen los datos a disposición del público, entre ellos:

La edición de documentos, como folletos, posters o rótulos que a continuación se detalla:

**Tabla 83: Costo de Divulgación**

RUBRO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD - DESCRIPCIÓN	MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO
<b>Recurso Humano</b>	Administrador del proyecto (3)	1	Día	1	-	-
	Representante de la dirección (jefe de UOC)	1	Día	1	\$0.00	\$0.00
	Director del HNEM	1	Día	1	\$0.00	\$0.00
	Subdirector del HNEM	1	Día	1	\$0.00	\$0.00
	Jefes de unidades involucradas en el SGC	11	Día	1	\$0.00	\$0.00
	Jefe de la Unidad de Formación profesional	1	Día	1	\$0.00	\$0.00
<b>Materiales (1)</b>	Folleto de 5 páginas (4)	1	Unidad	700	\$0.15	\$105.00
	Rótulos y posters (5)	1	Unidad	106	\$2.25	\$238.50
	Material adicional para retro-alimentación (4)	1	Unidad	700	\$0.09	\$63.00
<b>Insumos (2)</b>	Cinta scotch transparente 2"	1	Unidad	2	\$1.10	\$2.20
<b>Alimentación</b>	Refrigerio	3	Unidad	16	\$2.00	\$96.00
					<b>TOTAL</b>	<b>\$504.70</b>

\*Fuente: (1) Impresos Aldana 2013 y (2) Ferretería Vidri

(3) La contratación del administrador del proyecto se realiza en apartado 1.2.4

(4) Cantidad de material para ser entregado a cada empleado del hospital más un 1.7% adicional como margen de holgura (ver anexo Recurso Humano del hospital)

(5) El doble de la cantidad de unidades del Hospital según organigrama mayo 2012

La divulgación es parte de los procedimientos de comunicación establecidos en el manual del sistema (ver apartado 5.5.1 del Manual del Sistema de Gestión de Calidad)

Junto con la entrega de folletos y colocación de Posters se realizará una reunión con los jefes de las unidades involucradas con la implementación del sistema, la lista se detalla en el presente paquete de trabajo (compromiso de implementación) en el plan de implementación. Esta reunión será coordinada por la unidad de Formación profesional y la Unidad Organizativa de la Calidad.

#### **1.2.1.2 Gestión de contratación del consultor**

Para la contratación de los servicios de consultoría se llevará a cabo el proceso de contratación de servicios externos que sigue el hospital con la finalidad de recibir las ofertas de los consultores, seleccionando al consultor de acuerdo con el perfil definido en el plan de implementación del proyecto. Estos costos son igual a \$0 en la inversión inicial del proyecto ya que será realizada dicha actividad dentro del proceso interno, desarrollado por las unidades administrativas- financieras del hospital.

**Tabla 84: Gestión de contratación del consultor**

RUBRO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD - DESCRIPCIÓN	MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO
<b>Recurso Humano</b>	Personal de Unidad de Adquisiciones y contrataciones	1	Día	12	\$0.00	\$0.00
<b>Materiales</b>	Papelería	1	Unidad	20	\$0.00	\$0.00
					TOTAL	\$0.00

#### **1.2.1.3 Designación del representante de la dirección**

Como parte de las actividades del sub sistema está la designación del representante de la dirección y la elección de los que formarán parte del comité de calidad, retomando la estructura organizativa del hospital el representante y los miembros del comité de calidad estarán conformados por el jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad, (el representante de la dirección), y un representante de cada uno de los 11 comités actuales (ver organigrama del hospital). Siendo un total de 12 miembros, asistidos por el personal de la Unidad Organizativa de la Calidad.

**Tabla 85: Designación del representante de la dirección**

RUBRO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD - DESCRIPCIÓN	MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO
<b>Recurso Humano</b>	Administrador del proyecto	1	Día	2	\$0.00	\$0.00
	Director del HNEM	1	Día	1	\$0.00	
	Subdirector del HNEM	1	Día	1	\$0.00	\$0.00
	Jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad	1	Día	1	\$0.00	\$0.00
	Personal del Hospital	685	Día	1	\$0.00	\$0.00
					TOTAL	\$0.00

#### 1.2.1.4 Distribución de la documentación

Los costos de documentación corresponden a los costos incurridos en la reproducción física de todos los elementos del Sistema de Gestión de Calidad diseñados. Es importante mencionar que es responsabilidad de la institución la distribución necesaria de los documentos. Las copias correspondientes a cada documento se presentan en el listado maestro de documentos. En la tabla siguiente se presenta el cálculo de los costos de documentación:

**Tabla 86: Cantidad de hojas por reproducir**

Tipo de Documento	# de Pág.	# de Copias <sup>1</sup>	Total de Pág.
<b>Manual de Calidad</b>	56	29	1624
<b>Diseño Apartado 4</b>	115	29	3335
<b>Diseño Apartado 5</b>	133	29	3857
<b>Diseño Apartado 6</b>	82	29	2378
<b>Diseño Apartado 7</b>	449	29	13021
<b>Diseño Apartado 8</b>	172	29	4988
<b>Administración del Proyecto</b>	39	29	1131
<b>Total</b>			30,334

Fuente: Elaboración propia

<sup>1</sup> N° de copias para ser entregados a los directivos involucrados descritos en el primer paquete de trabajo (15 personas, incluyendo al jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad- UOC) más los miembros del comité (11 sin contar al jefe de la UOC) y el personal de la Unidad Organizativa de la Calidad (3 sin contar al jefe de la Unidad)



**Tabla 87: Costo de reproducción física de los Documentos del Sistema**

RUBRO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD - DESCRIPCIÓN	MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO
<b>Recurso Humano</b>	Personal de la UOC	1	Días	10	\$0.00	\$0.00
<b>Materiales</b>						\$0.00
<b>Insumos</b>	Multifuncional Epson L210 (1)	1	Unidad	1	\$229.80	\$229.80
	Botes de tinta negra para Multifuncional (rendimiento 4000 páginas c/u) (1)	1	Bote	16	\$9.38	\$150.08
	Botes de tinta cyan para Multifuncional (rendimiento 2100 páginas c/u) (1)	1	Bote	4	\$9.38	\$37.52
	Botes de tinta magenta para Multifuncional (rendimiento 2100 páginas c/u) (1)	1	Bote	4	\$9.38	\$37.52
	Botes de tinta amarillo para Multifuncional (rendimiento 2100 páginas c/u) (1)	1	Bote	4	\$9.38	\$37.52
	Resma de Papel (impresión a doble cara) (2)	1	Resma	31	\$3.90	\$120.90
	Carpetas Premium 4" (2)	1	Unidad	29	\$13.40	\$388.60
					<b>TOTAL</b>	<b>\$1,001.94</b>

Fuente: (1) Precios ofertados por Valdés y (2) Office Depot

El SGC requerirá de impresiones continuas de los elementos que lo componen y reporte para su control por lo que se recomienda la adquisición de una impresora de tinta continua para uso exclusivo de la unidad organizativa de la calidad, con la que podrá reducirse el costo de las impresiones considerablemente.

Estos documentos serán documentos no controlados y tienen el objetivo de informar a los jefes de las unidades involucradas sobre los documentos componentes del sistema. (Ver paquete de trabajo actual en plan de implementación)

Estos documentos serán entregados en la reunión que tendrá el representante de la dirección con los jefes de las unidades involucradas en la implementación del proyecto. Coordinada por la Unidad Organizativa de la Calidad

## 1.2.2 Sub sistema: Capacitación

### 1.2.2.1 Informar sobre la implementación al personal de interés

Este paquete tiene como finalidad informar al personal administrativo y operativo sobre los fundamentos del SGC, los objetivos y las actividades que se desarrollaran en la implementación y posterior a ella. El tiempo y la metodología serán coordinados por la Unidad de Formación Profesional del Hospital, según especificaciones del diseño, programándose reuniones con las jefaturas de las áreas involucradas con los procesos priorizados. No se incurrirán en costos extras a los ya presupuestados por el Hospital.

**Tabla 88: Costo de informar sobre la implementación al personal**

RUBRO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD - DESCRIPCIÓN	MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO
<b>Recurso Humano</b>	Administrador del proyecto	1	Día	4	\$0.00	\$0.00
	Director del HNEM	1	Día	2	\$0.00	\$0.00
	Subdirector del HNEM	1	Día	2	\$0.00	\$0.00
	Jefes de Unidades involucradas en el SGC	53	Día	2	\$0.00	\$0.00
	Personal Hospital	633	Día	2	\$0.00	\$0.00
					<b>TOTAL</b>	<b>\$0.00</b>

### 1.2.2.2 Taller sobre los requisitos de la ISO 9001:2008

El valor de los costos de capacitación del personal administrativo en la implementación de Sistemas Gestión de Calidad consiste en el pago al consultor que brindara las capacitaciones consideradas, este valor se calcula sobre la base del contenido y tiempo propuesto en el subsistema 3.1.2 Capacitación del Plan de Implementación, y la

cotización se realiza mediante información facilitada por empresas consultoras. El costo de las capacitaciones es igual al producto del total de horas de consultor dedicadas a las capacitaciones por el costo de honorarios por hora del consultor. Los costos se presentan a continuación:

**Tabla 89: Costo de Capacitación del personal del hospital\***

RUBRO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD - DESCRIPCIÓN	MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO
<b>Recurso Humano</b>	Administrador del proyecto	1	Día	13	\$0.00	\$0.00
	Director del HNEM	1	Día	5	\$0.00	
	Subdirector del HNEM	1	Día	5	\$0.00	\$0.00
	Jefes de Unidades involucradas en el SGC	51	Día	5	\$0.00	\$0.00
	Personal del Hospital	635	Día	5	\$0.00	\$0.00
<b>Materiales</b>	Folleto de 5 paginas	1	Folleto	700	\$0.15	\$105.00
<b>Alimentación</b>	Refrigerio	1	Unidad	10,320	\$1.00	\$10,320.00
<b>Proveedores externos</b>	Consultor	1	Día	10	\$300.00 (1)	\$3,000.00
					<b>TOTAL</b>	<b>\$13,425.00</b>

(1) Fuente: Pago a Consultores 2013, FEPADE

El costo de las otras actividades por desarrollar en este paquete, tal como el envío de memorándum y la preparación y equipamiento del lugar donde será la capacitación será absorbido por las unidades encargadas de desarrollar esas actividades dentro de la estructura organizativa del Hospital. Siendo coordinados por la Unidad Organizativa de la Calidad.

### 1.2.2.3 Capacitación del equipo auditor

El costo de la capacitación del equipo auditor al igual que la capacitación del personal administrativo y operativo, consiste en el producto del total de horas del consultor dedicadas a las capacitaciones por el costo de honorarios por hora del consultor. Los costos se presentan a continuación:

**Tabla 90: Costo de Capacitación del equipo auditor\***

RUBRO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD - DESCRIPCIÓN	MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO
<b>Recurso Humano</b>	Administrador del proyecto	1	Día (8 horas)	9	\$0.00	\$0.00
	Equipo Auditor	12	Día	5	\$0.00	\$0.00
	Personal de la UOC	1	Día	4	\$0.00	\$0.00
<b>Materiales</b>	Folleto	1	Folleto	12	\$1.25	\$15.00
<b>Alimentación</b>	Refrigerio	3	Unidad	65	\$1.00	\$195.00
<b>Proveedores externos</b>	Consultor	1	Día	4	\$300.00 (1)	\$1,200.00
					TOTAL	\$1,410.00

(1) Fuente: Pago a Consultores 2013, FEPADE

Igualmente el costo de las otras actividades por desarrollar en este paquete, tal como el envío de memorándum y la preparación y equipamiento del lugar donde será la capacitación será absorbido por las unidades encargadas de desarrollar esas actividades dentro de la estructura organizativa del Hospital. Siendo coordinados por la Unidad Organizativa de la Calidad.

### 1.2.3 Sub sistema: Medición, análisis y mejora

Para este subsistema se invertirá principalmente tiempo del personal relacionado con la ejecución de los procesos del SGC, los encargados de hacer la auditoria del sistema, los que realizaran la revisión de los resultados de la auditoria y los que implementarán las acciones correctivas y preventivas, buscando la mejora continua del sistema de gestión. Según la ejecución de las actividades de los paquetes de trabajo así será el consumo de papelería entre otras. Agregándose un porcentaje para imprevistos que pudiese suscitar en alguna de las fases de la implementación.

**Tabla 91: Costo de realización de la prueba piloto**

RUBRO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD DESCRIPCIÓN	- MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO
<b>Recurso Humano</b>	Administrador del proyecto	1	Día	40	\$0.00	\$0.00
	Representante de la dirección (jefe de UOC)	1	Día	40	\$0.00	\$0.00
	Jefe de unidades involucradas	15	Día	40	\$0.00	\$0.00
	Comité de Calidad	11	Día	40	\$0.00	\$0.00
	Personal de Unidades involucradas	120	Día	40	\$0.00	\$0.00
<b>Insumos</b>	Papelería	1	Resma	5	\$3.90	\$19.50
	Carpetas Premium 4"	1	Unidad	42	\$13.40	\$562.80
	Botes de tinta negra para Multifuncional (rendimiento 4000 páginas c/u)	1	Bote	1	\$9.38	\$9.38
	Resma de Papel (impresiones de documentos controlados)	1	Resma	31	\$3.90	\$120.90
					TOTAL	\$712.58

Fuente. Elaboración propia

**Tabla 92: Costo de Realización de auditoría del SGC**

RUBRO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD - DESCRIPCIÓN	MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO
<b>Recurso Humano</b>	Administrador del proyecto	1	Día	24	\$0.00	\$0.00
	Representante de la dirección (jefe de UOC)	1	Día	24	\$0.00	\$0.00
	Equipo Auditor	11	Día	24	\$0.00	\$0.00
<b>Insumos</b>	Papelería	1	Resma	2	\$3.90	\$7.80
					TOTAL	\$7.80

Fuente. Elaboración propia

**Tabla 93: Costo de revisión de los resultados de la auditoría del SGC**

RUBRO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD - DESCRIPCIÓN	MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO
<b>Recurso Humano</b>	Administrador del proyecto	1	Día	5	\$0.00	\$0.00
	Comité de Calidad	12	Día	5	\$0.00	\$0.00
	Directivos de Unidades involucradas en el SGC	14	Día	5	\$0.00	\$0.00
<b>Alimentación</b>	Refrigerio	3	Unidad	135	\$1.00	\$405.00
					TOTAL	\$405.00

Fuente. Elaboración propia

**Tabla 94: Costo de Implementación de acciones correctivas**

RUBRO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD - DESCRIPCIÓN	MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO
<b>Recurso Humano</b>	Administrador del proyecto	1	Día	23	\$0.00	\$0.00
	Comité de Calidad	12	Día	1	\$0.00	\$0.00
	Directivos de Unidades involucradas en el SGC	14	Día	1	\$0.00	\$0.00
	Personal de los procesos involucrados	120	Día	20	\$0.00	\$0.00
	Equipo Auditor	12	Día	1	\$0.00	\$0.00
<b>Insumos</b>	Papelería	1	Resma	1	\$3.90	\$3.90
<b>Alimentación</b>	Refrigerio	3	Unidad	24	\$1.00	\$72.00
					TOTAL	\$75.90

Fuente. Elaboración propia

#### 1.2.4 Costos de asesoría en la implementación del Proyecto

Los costos de la asesoría en la implementación del Proyecto consisten el pago del equipo diseñador del proyecto, para asesorar al representante de la dirección y al comité de calidad del Hospital en la fase de implementación del proyecto. Uno de los motivos es alcanzar de manera efectiva los objetivos propuestos en la fase de implementación, ayudar en las realización de mejoras al sistema de calidad luego de desarrollada la auditoria a la prueba piloto realizada como parte de la implementación del SGC.

El monto del costo de contratación del equipo diseñador se calcula sobre la base del tiempo definido para la Implementación del Sistema (7 meses). La implementación es el periodo del proyecto en el que se realiza la ejecución del proyecto y consiste en determinar y ordenar las diferentes actividades que son necesarias para alcanzar los objetivos que son establecidos previamente. De tal manera que los recursos humanos, materiales y financieros se coordinarán eficazmente, con el propósito de determinar el curso de acción que se seguirá, para que el proyecto sea finalizado satisfactoriamente.

El costo mensual de la asesoría del equipo consultor se establece en base al costo mensual estipulado para el diseño del Sistema. Los costos se presentan a continuación:

**Tabla 95: Costo de asesoría en la fase de implementación del proyecto\***

RUBRO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD - DESCRIPCIÓN	MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO
<b>Recurso Humano</b>	Administrador del proyecto	1	Meses	6.3	\$600.00	\$3,780.00

Fuente. Elaboración propia

Las actividades por desarrollar consistirán en cada una de las definidas en la planificación de la implementación. Incluyendo las actividades de ajuste del apartado 7 del capítulo 4 del diseño, ya que se ha definido el traslado en el año 2014. Fecha en que se planifica la realización de la implementación del SGC

### 1.2.7 Costo Total de Implementación

El costo total de Implementación del proyecto se obtiene de la suma de los costos determinados anteriormente, los cuales se presentan en la siguiente tabla resumen.

**Tabla 96: Costo Total de Implementación**

Rubro	Costo
Subsistema Papel de la dirección	
Compromiso de la dirección	\$504.70
Gestión de contratación del consultor	\$ 0.00
Designación del representante de la dirección	\$ 0.00
Distribución de la documentación	\$ 1,001.94
Subsistema. Capacitación	
Informar sobre la implementación al personal de interés	\$ 0.00
Taller sobre los requisitos de la ISO 9001:2008	\$ 13,425.00
Capacitación del equipo auditor	\$1,410.00
Sub sistema: Medición, análisis y mejora	
Realización de prueba piloto	\$ 712.58
Realización de auditoría del SGC	\$ 7.80
Revisión de los resultados de la auditoría del SGC	\$ 405.00
Implementación de acciones correctivas y preventivas	\$ 75.9
Asesoría en la implementación del Proyecto	\$ 3,780.00
	Sub total
	\$ 21,322.92
Imprevistos (10%)	\$ 2,132.29
	<b>Total</b>
	<b>\$ 23,455.21</b>



### 1.3 Costo anual de Operación del Proyecto

Los costos de operación del Sistema de Gestión de Calidad corresponden a los costos en los que ha de incurrir el Hospital Nacional Especializado de Maternidad para mantener y administrar el sistema.

Los costos de operación están constituidos por:

1. Costo del Mantenimiento del Sistema y utilización de documentación
2. Costo de Operación por la Gestión del Sistema

Los rubros que constituyen los costos de operación se presentan a continuación:

### 1.4 Costo anual de Operación por el Mantenimiento del Sistema y utilización de documentación

Este costo de operación corresponde a los costos de la utilización permanente de los registros generados por el sistema entre ellos que se incluyen: Formatos, Registros, Encuestas, Especificaciones, procedimientos, etc.

**Tabla 97: Costo de Utilización del Sistema**

Rubro	Cantidad	Costo	Costo Total
<b>Resma</b>	30	\$3.90	\$ 117.00
<b>Botes de Tinta</b>	10	\$9.38	\$ 93.8
Total			<b>\$ 210.80</b>

\*Fuente: Precios del Mercado 2013

### 1.5 Costo anual de Operación del Sistema de Gestión

Este costo de operación corresponde a los costos por la asignación de personal para ejercer las funciones de representante de la dirección y los miembros del Comité de Calidad. El detalle de la formación del Comité de calidad está expresado en el apartado 5.5.2 Representante de la dirección, del manual de calidad.

**Tabla 98: Costo anual de Operación de los miembros del Comité de Calidad**

Comité de Calidad	N°	Salario/Día	Participación en sesiones del Comité de Calidad al año	Costo Total
			Duración Días Hábiles (8 horas)	
<b>Comité de calidad.</b>	11	\$ 15.00	24	\$ 3,960.00

\*Fuente: Escalafón de Salarios para el HNEM

Por otro lado se consideran los costos relacionadas los responsables del monitoreo del Sistema de Gestión de Calidad y desarrollo del mismo:

**Tabla 99: Costo anual de Operación de los miembros de la Unidad Organizativa de la Calidad**

Comité de Calidad	N°	Salario/Mes	Meses al Año	Costo Total
<b>Representante de la Dirección (jefe de la UOC)</b>	1	\$ 800.00	12	\$ 9,600.00
<b>Técnicos de la Unidad Organizativa de la Calidad</b>	3	\$ 500.00	12	\$ 18,000.00
<b>TOTAL</b>				\$ 27,600.00

\*Fuente: Escalafón de Salarios para el HNEM

## 1. 6 Costo anual Operativo del Sistema en los procesos claves

En el sistema de Gestión de Calidad existen una serie de actividades a las cuales el personal de los diferentes niveles de las unidades relacionadas con los procesos de atención del Recién Nacido y Atención de Parto y Postparto, debe realizar, deben realizar de manera permanente. De las principales actividades que se pueden mencionar para los diferentes apartados del Sistema se establecen en la siguiente tabla con los días al año que cada miembro del personal relacionado con el proceso debe dedicar en promedio.

**Tabla 100: Principales Actividades del SGC por parte del personal de los procesos clave**

Principales Actividades del SGC	
Gestión de Recursos:	Días al Año
○ Incluir dentro del Plan Anual Operativo los insumos y recursos que se consideren necesarios para la gestión de la calidad.	0.5
○ Participar en la elaboración de los planes de mantenimiento y contingencia de la infraestructura requerida para la ejecución de los procesos.	0.5
○ Participar en la elaboración de los planes de mantenimiento de las condiciones óptimas de trabajo.	0.5
○ Realizar el seguimiento de las actividades de mantenimiento de la infraestructura y condiciones de trabajo.	0.5
<b>● Realización del Servicio:</b>	
○ Realizar las mediciones a los procesos según lo establecido en los procedimientos.	2
○ Colaborar con la elaboración de las especificaciones de los servicios.	1
○ Colaborar con las revisiones de las especificaciones de los servicios.	1
○ Participar en el diseño de nuevos servicios, ya sea del propio proceso o de otros procesos en los que se requiera la experiencia puntual de un determinado tipo de personal médico.	1
<b>● Medición, Análisis y Mejora:</b>	
○ Contribuir a la medición de la satisfacción del cliente.	2
○ Colaborar con las auditorías de procesos, sistema de gestión de calidad y de la prestación del servicio.	1

<b>Gestión de Recursos:</b>	<b>Días al Año</b>
○ Analizar los resultados de la medición de indicadores de proceso y de calidad.	2
○ Participar en las actividades de mejora continua.	2
○ Reportar y solventar las no conformidades que se detecten.	1
<b>Total de días al año</b>	<b>15</b>

Cabe aclarar que en este punto no se consideran, las actividades relacionadas con la Responsabilidad de la Dirección, dado que el costo de dichas actividades son consideradas dentro de los costos relacionados con la Unidad Organizativa de la Calidad.

Naturalmente el personal de la Unidad Organizativa de la Calidad tendrá responsabilidad especial para las actividades antes mencionadas entre otras, pero las que se han indicado son las que requieren participación del personal que brinda los servicios en las diferentes unidades.

Tomando en cuenta que los días laborales al año son 277<sup>36</sup> días (sin días de asueto ni fines de semana) y que se considera que el tiempo que se debe invertir en dichas actividades por parte de cada miembro del personal involucrado en las actividades en promedio son 15 días al año, que es el equivalente a un 5.5% del tiempo del personal el cual tiene un costo establecido por el presupuesto que el hospital tiene asignado para el rubro de salarios.

---

<sup>36</sup> Días Laborales = Días al año (365) – días de Asueto (10) – Días domingos (52) – Días sábados (26, considerando que se trabaja media jornada)

**Tabla 101: Costo anual de Operación del Sistema de Gestión de Calidad por miembros de los procesos claves**

Nombre del proceso	Nombre del Servicio	Salario Anual	Costo invertido en el SGC (5.5 %)	Costo total por proceso
<b>Proceso de Atención del Recién Nacido</b>	U.C.I. NEONATOS	\$ 399,680.04	\$ 21,982.40	\$ 70,942.18
	U.C. INTERMEDIOS (NEONATOS)	\$ 491,834.16	\$ 27,050.88	
	NEONATOLOGÍA	\$ 398,343.60	\$ 21,908.90	
<b>Proceso de Atención del Parto y Postparto</b>	SALA DE PARTOS	\$ 511,947.24	\$ 28,157.10	\$ 69,462.91
	QUIRÓFANO OBSTÉTRICO	\$ 283,790.40	\$ 15,608.47	
	PUERPERIO	\$ 226,241.28	\$ 12,443.27	
	CIRUGÍA OBSTÉTRICA	\$ 240,983.16	\$ 13,254.07	
Total Anual				\$ 140,405.09

### **1.7 Total de Costo anual de Operación del Sistema de Gestión de Calidad**

El total de costos de operación es la suma de los costos utilización del sistema más el costo de oportunidad de lo miembros del Comité de Calidad. El cálculo de los costos de operación se presenta a continuación:

**Tabla 102: Costo anual de Operación del Sistema de Gestión de Calidad**

Rubro	Costo
<b>Costo por el mantenimiento del SGC y utilización de documentación</b>	\$ 210.80
<b>Costos de operación por el Comité de Calidad del SGC</b>	\$ 3,960.00
<b>Costo de Operación por los miembros de la Unidad Organizativa de la Calidad</b>	\$ 27,600.00
<b>Costos Operativos del Sistema por los miembros de los procesos claves</b>	\$ 140,405.09
Total:	<b>\$ 172,175.89</b>

## 1.8 Costos del Proyecto

En esta sección se presenta el total de Costos del Proyecto, el cual está constituido por la suma de los costos del *Diseño del sistema* más el *costo de Implementación* más el *costo de Operación del Sistema de Gestión de Calidad*, así como el porcentaje de imprevisto, el cual es denominado *Costo por Imprevistos*, este costo se determina como un margen de seguridad para el proyecto, dado que en el desarrollo intervienen variables que su comportamiento no depende de los ejecutores de proyecto, las cuales de no ser consideradas pueden interferir en desarrollo del mismo, y afectar el desempeño del proyecto.

Para este proyecto se considera una 5% del total de los costos como Costo por Imprevistos.

El resumen de los costos del Proyecto se presenta a continuación:

**Tabla 103: Costo del Proyecto del Sistema de Gestión de Calidad**

<b>Rubro</b>	<b>Costo</b>
<b>Costo del Diseño del Sistema</b>	\$ 16,500.00
Cooperación Elaboración del Diseño UES-FIA	(\$ 16,500.00)
<b>Total costo de diseño del sistema</b>	<b>\$ 0.00</b>

Costos de Implementación del Sistema	<b>\$ 23,455.21</b>
--------------------------------------	---------------------

Costo anual de Operación del Sistema	<b>\$ 172,175.89</b>
--------------------------------------	----------------------

## 2 LA TASA MÍNIMA ACEPTABLE DE RENDIMIENTO (TMAR)

La Tasa Mínima Aceptable de Rendimiento (TMAR) es la tasa mínima de ganancia sobre la inversión propuesta. La referencia para que ésta tasa sea determinada es el índice inflacionario. Sin embargo, cuando un inversionista arriesga su dinero, para él no es atractivo mantener el poder adquisitivo de su inversión, sino más bien que ésta tenga un crecimiento real; es decir, le interesa un rendimiento que haga crecer su dinero más allá que compensar los efectos de la inflación. Considerando lo anterior la TMAR se define como:

$$\text{TMAR} = i + f + if$$

Donde:

f= premio al riesgo

i= inflación

### CALCULO DE LA TMAR

La TMAR utilizada para este proyecto está basada en el valor de la inflación del país correspondiente al año 2012, y el premio al riesgo es considerado en base a la tasa de interés de diciembre del 2012 para depósitos a 180 días como referencia al riesgo. Las consideraciones para el premio al riesgo son en base a recomendaciones del Departamento de Estabilidad Financiera, de la Gerencia del Sistema Financiero del BCR, dado que en el país no existe una tasa pre-establecida especial para evaluar proyectos públicos y sociales. El plazo de 180 días es considerado dado que es la tasa de referencia mundial para evaluar proyectos según la Ley de Adquisiciones y Contrataciones se basa en un plazo de 180 días.

f= premio al riesgo= 2.5%<sup>37</sup>

i= inflación 2012= 0.8%<sup>38</sup>

TMAR= 2.5% + 0.8% + (2.5% x 0.8%)

**TMAR= 5.30%**

---

<sup>37</sup> 2.5% Considerando un margen extra al 1.91 % de Tasa de Interés para depósitos a 180 días correspondientes al mes de Diciembre del 2012. Fuente Gerencia del Sistema Financiero, Departamento de Estabilidad Financiera del BCR.

<sup>38</sup> Fuente Banco Central de Reserva de El Salvador: Índice de Inflación

### **3 BENEFICIO ECONÓMICO**

La cuantificación del beneficio económico percibido por la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad no procede directamente de una rentabilidad directa, puesto que el tipo de institución al ser de carácter público no tiene como su fin una rentabilidad económica más bien el tiene como propósito beneficiar a la sociedad a través de sus servicios especializados a la población femenina y a los recién nacidos. Por otro lado existe una política de gratuidad a nivel general en los hospitales nacionales que no permite cuantificar beneficios directos en base a un incremento de ingresos, ya que sus ingresos dependen del presupuesto asignado por el gobierno. Sin embargo para propósitos de la evaluación del presente proyecto y presentar los beneficios del proyecto en una unidad de medida común que permita realizar las comparaciones respectivas, se estima el equivalente de los beneficios términos monetarios, sin perder de vista que el proyecto es de carácter social.

El análisis de los beneficios del SGC radica en dos puntos centrales, primero una mayor productividad debido al ahorro de recursos para la prestación del servicio debido una mejora en la eficiencia y efectividad de las prestaciones sanitarias generadas por la gestión por procesos y por el incremento de la calidad a través de la adecuación de las características de los servicios centrada en el paciente; segundo una mayor cobertura de los servicios debido al incremento de la capacidad de atención y a un mayor prestigio en la imagen de la institución como un ente especializado en la salud de la población femenina y recién nacidos.

Para la estimación de los beneficios se plantean escenarios de carácter optimista y conservador en relación al mejoramiento del desempeño y al incremento de la cobertura. Es importante mencionar que las proyecciones del beneficio realizadas son en base a al costo de los servicios como medida para obtener el equivalente monetario de dichos beneficios.

#### **Costo de los servicios año base**

Para dimensionar en términos monetarios el beneficio de la implementación del sistema de gestión de calidad, se parte de la cuantificación de los costos que implica para el hospital proporcionar los servicios a las ciudadanas, para esto se ha utilizado como fuente el presupuesto anual del año 2011 proporcionado por la Unidad Financiera de la institución, debido a que el presente estudio ha utilizado en sus diferentes etapas dichos costos como referencia.



Por otra parte, los costos que se incluyen para este dimensionamiento de los beneficios son aquellos en los que se considera que el sistema de gestión de calidad tiene algún impacto, que básicamente son todos los costos tales como insumos médicos, equipamiento, materiales médico quirúrgico, etc. Exceptuando el costo salarial debido a que el sistema como tal no tiene ninguna influencia en la distribución presupuestaria relacionada al mismo, en ese sentido los costos del año base que se presentan a continuación no incluyen el rubro salarial.

También se considera en los costos del año base los servicios que son proporcionados por los procesos que se han priorizado en la etapa de diseño y que también forman parte del alcance del diseño elaborado, es decir los procesos de Atención del Recién Nacido y de Atención del Parto y Postparto.

**Tabla 104: Costo de los servicios año base**

Nombre del proceso	Nombre del Servicio	Costo por servicio año base	Costo total anual por proceso
<b>Proceso de Atención del Recién Nacido</b>	U.C.I. NEONATOS	\$ 502,836.64	\$ 1086,729.95
	U.C. INTERMEDIOS (NEONATOS)	\$ 359,132.57	
	NEONATOLOGÍA	\$ 224,760.74	
<b>Proceso de Atención del Parto y Postparto</b>	SALA DE PARTOS	\$ 232,593.48	\$ 620,082.62
	QUIRÓFANO OBSTÉTRICO	\$ 194,422.67	
	PUERPERIO	\$ 99,553.40	
	CIRUGÍA OBSTÉTRICA	\$ 93,513.07	
Total Anual año base			\$ 1,706,812.57

El período a considerar para la evaluación económica es de tres años, por lo que el costo total del año base debe ser ajustado según el comportamiento del presupuesto anual del hospital:

**Tabla 105: Presupuesto Anual del Hospital Nacional Especializado de Maternidad**

Año	Presupuesto	Tasa de incremento respecto al año anterior
<b>2011</b>	\$ 12518,080.00	-
<b>2012</b>	\$ 13650,710.00	9.05%
<b>2013</b>	\$ 14517,705.00	6.35%
<b>Tasa de incremento mínima</b>		<b>6.35%</b>

Para estimar el incremento el costo anual en la prestación de los servicios de un año a otro se toma de referencia el incremento mínimo que ha tenido el presupuesto anual del hospital, el cual es de 6.35% y corresponde al incremento que hubo entre los años 2012 y 2013, esta estimación parte de un enfoque conservador para representar la variación de los costos acorde realidad presupuestaria del Hospital Nacional Especializado de Maternidad.

### **Planteamiento de Escenarios**

Los escenarios planteados parten del dimensionamiento de los beneficios desde dos fuentes, por un lado los beneficios internos generados por la mejor utilización de los recursos, por otro lado los beneficios externos que percibe la sociedad por una mayor cobertura de la institución. Por lo que los beneficios se pueden entender en la siguiente expresión:

$$\textit{Beneficios totales} = \textit{Beneficios por ahorros internos} + \textit{Beneficios por mayor cobertura}$$

La mejora que el sistema de gestión de calidad genera con su implementación, no solo impacta en una mejor focalización de los recursos debido al enfoque al cliente y a un mayor control de la calidad, también genera una mayor confianza por parte de las pacientes hacia el hospital y de manera gradual un mayor prestigio de la institución por parte de la sociedad.

Para obtener el porcentaje de los beneficios relacionados con la mejora del desempeño y el incremento de la cobertura se establecen los siguientes elementos que contiene el Sistema de Gestión diseñado y la variable en la cual influye:

**Tabla 106: Elementos en los que influyen la implementación del SGC**

Componentes Principales del Sistema de Gestión de Calidad	Aspectos Institucionales	Variables de Mejora
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medición de la Satisfacción del Cliente</b></li> <li>• <b>Control de quejas y Reclamos</b></li> <li>• <b>Control de la comunicación con el paciente.</b></li> </ul>	<p><b>Cliente</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor satisfacción del cliente</li> <li>• Mayor reconocimiento de la institución</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Control del servicio no conformidades.</b></li> <li>• <b>Mejora continua del Sistema de gestión de Calidad.</b></li> </ul>	<p><b>Financiero</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ahorros por disminución de inconsistencias del servicio.</li> <li>• Menores costos por acciones correctivas y preventivas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Caracterización de los procesos y procedimientos.</b></li> <li>• <b>Caracterización y revisión de la especificación de los servicios.</b></li> <li>• <b>Medición y análisis de los procesos y servicios.</b></li> <li>• <b>Mejora continua de los procesos y servicios.</b></li> <li>• <b>Control del ambiente y la infraestructura requerida para los procesos.</b></li> </ul>	<p><b>Productivo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor productividad.</li> <li>• Mejora en la eficiencia en la prestación del servicio.</li> <li>• Cumplimiento en el servicio esperado.</li> <li>• Estandarización de los procesos.</li> <li>• Modernización de los procesos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Revisión colegiada de los aspectos clave del sistema.</b></li> <li>• <b>Revisión del sistema por parte de la dirección.</b></li> <li>• <b>Gestión del Recurso humano.</b></li> </ul>	<p><b>Organizativo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de decisiones y trabajo en equipo</li> <li>• Mantenimiento del personal calificado.</li> <li>• Desempeño individual mejorado.</li> </ul>

En base variables de mejora mencionadas anteriormente y a consultorías realizadas a profesionales relacionados con consultoría de sistemas de gestión de calidad, se establece el porcentaje de mejora esperado por ahorros generados por la mejora del desempeño de la institución y la utilización de los recursos:

**Tabla 107: Ahorros mínimos y máximos esperados**

Año	Ahorros mínimos por la mejora Esperada	Ahorros máximos por la mejora Esperada
<b>1</b>	5%	6%
<b>2</b>	6%	7%
<b>3</b>	7%	8%

Con la tasa de ahorros mínimos y máximos esperados, se establece el incremento de cobertura equivalente debido a la mejora en la productividad del servicio brindado. Tomando como referencia el promedio de egresos del 2009 al 2012 para establecer el porcentaje en el incremento de cobertura tanto para los valores mínimos como para los valores máximos en la mejora esperada.

En base a al promedio de los valores mínimos de ahorro esperados, se obtiene que en promedio para los tres años el costo de los servicios sería de \$1707,694.42 lo que representa \$109,794.85 de ahorro en promedio<sup>39</sup>, en base a esta cifra se establece el equivalente al promedio de egresos proyectado para tres años de partos entendidos y de recién nacidos atendidos en neonatología, este incremento se debe a que se mejora la productividad lo que afecta directamente a un mayor potencial de cobertura, como se puede ver en la tabla siguiente en promedio para los tres años se tiene un incremento de cobertura del 6%.

<sup>39</sup> Promedios de los costos y Ahorros por mejoras en el desempeño con los valores mínimos se calculan en base a la tabla 19.

**Tabla 108: Incremento de cobertura promedio**

Unidad	Promedio Egresos 2009-2012	Promedio de egresos proyectado	Incremento de cobertura promedio
<b>Puerperio</b>	8371	8909	6%
<b>Cirugía obstétrica</b>	4181	4450	6%
<b>Neonatología</b>	5210	5545	6%
<b>Incremento de cobertura promedio en tres años</b>			<b>6%</b>

En la tabla siguiente se hace un cálculo similar pero con el promedio de tres años de los valores de ahorro máximos esperados lo que representa un costo equivalente a \$1689,519.53 ahorrando en promedio \$127,969.74<sup>40</sup>, obteniendo una proyección del incremento de cobertura promedio de un 8%.

**Tabla 109: Presupuesto Anual del Hospital Nacional Especializado de Maternidad**

Unidad	Promedio Egresos 2009-2012	Promedio de egresos mejoras	Incremento de cobertura
<b>Puerperio</b>	8371	9005	8%
<b>Cirugía obstétrica</b>	4181	4498	8%
<b>Neonatología</b>	5210	5605	8%
<b>Incremento de cobertura promedio en tres años</b>			<b>8%</b>

En base a la estimación anterior del rango de beneficios causados directamente por la implementación del sistema de gestión de calidad se establecen dos escenarios uno

<sup>40</sup> Promedios de los costos y Ahorros por mejoras en el desempeño con los valores máximos se calculan en base a la tabla 22.

conservador con los límites inferiores y uno optimista por los límites superiores. Cabe recalcar que el hospital puede impulsar otro tipo de proyectos durante la implementación del SGC que contribuyan a mejorar dichos porcentajes pero en esta evaluación solo se consideran las variables en las que influye directamente el sistema de gestión de calidad diseñado.

### **Escenario Conservador de los Beneficios del Proyecto**

En la tabla siguiente se presentan los beneficios del escenario conservador originada por la mejora esperada en el desempeño interno del hospital, lo cual se reflejaría en un ahorro de recursos. Para dimensionar los beneficios se toma de base el costo total anual de la prestación de los servicios, según el presupuesto del hospital, a partir del segundo año el costo se incrementa a una tasa de 6.35%, que corresponde a la variación mínima esperada en el presupuesto del hospital para proporcionar los servicios.

**Tabla 110: Beneficio esperado por mejoras al desempeño – Escenario Conservador**

Año	Costo Anual de los Servicios	Mejora Esperada	Beneficio anual por Ahorro
1	\$1706,812.57	5%	\$85,340.63
2	\$1815,195.17	6%	\$108,911.71
3	\$1930,460.06	7%	\$135,132.20
Total			<b>\$329,384.54</b>

En la tabla siguiente se establece el beneficio anual esperado en un escenario conservador por el incremento en la cobertura del hospital, tomando como referencia el promedio de un 6% de incremento de cobertura como valor máximo (según se estableció en el apartado anterior), para los servicios de los procesos claves incluidos en el alcance del Sistema de Gestión de Calidad. Para cada año se parte del costo anual en que incurre el hospital para entender a las madres y los recién nacidos, considerando que al incrementar la cobertura su equivalente en costo corresponde a un beneficio para la sociedad.

**Tabla 111: Beneficio esperado por incremento en la cobertura – Escenario Conservador**

Año	Costo Anual de los Servicios	Incremento en la cobertura	Beneficio anual equivalente por incremento en la cobertura
1	\$1706,812.57	3%	\$51,204.38
2	\$1815,195.17	5%	\$90,759.76
3	\$1930,460.06	6%	\$115,827.60
Total			<b>\$257,791.74</b>

En la tabla siguiente se muestra el consolidado de los beneficios totales, que se esperan en un escenario conservador, obtenidos de los ahorros generados por el sistema y del beneficio equivalente al incremento de cobertura.

**Tabla 112: Beneficios Anuales Esperados – Escenario Conservador**

Año	Beneficios Anuales del SGC
1	\$136,545.01
2	\$199,671.47
3	\$250,959.81
Total	\$587,176.28

### Escenario Optimista de los Beneficios del Proyecto

En la tabla siguiente se presentan los beneficios por ahorro que se esperan en un escenario optimista, la base para dimensionar los beneficios es también el costo anual de proporcionar los servicios para el Hospital Nacional Especializado de Maternidad.

**Tabla 113: Beneficio esperado por mejoras al desempeño – Escenario Optimista**

Año	Costo Anual de los Servicios	Mejora Esperada	Beneficio anual por Ahorro
1	\$1706,812.57	6%	\$102,408.75
2	\$1815,195.17	7%	\$127,063.66
3	\$1930,460.06	8%	\$154,436.80
Total			\$383,909.22

En la tabla siguiente se establecen los beneficios esperados por el incremento de la cobertura en un escenario optimista, tomando como referencia el incremento de cobertura promedio de 8% como máximo posible, calculado a partir de los porcentajes de ahorro máximos esperados.



**Tabla 114: Beneficio esperado por incremento en la cobertura – Escenario Optimista**

Año	Costo Anual de los Servicios	Incremento en la cobertura	Beneficio anual equivalente por incremento en la cobertura
<b>1</b>	\$1706,812.57	3%	\$51,204.38
<b>2</b>	\$1815,195.17	6%	\$108,911.71
<b>3</b>	\$1930,460.06	8%	\$154,436.80
<b>Total</b>			<b>\$314,552.89</b>

En la tabla siguiente se muestra el consolidado de los beneficios totales, que se esperan en un escenario optimista, obtenidos de los ahorros generados por el sistema y del beneficio equivalente al incremento de cobertura.

**Tabla 115: Beneficios Anuales Esperados – Escenario Optimista**

Año	Beneficios Anuales del SGC
<b>1</b>	\$153,613.13
<b>2</b>	\$235,975.37
<b>3</b>	\$308,873.61
<b>Total</b>	<b>\$698,462.11</b>

#### 4 VALOR ACTUAL NETO (VAN)

El Valor Actual Neto (VAN), es el valor presente de los flujos de efectivo futuros esperados menos la inversión inicial incurrida en la implementación del sistema. Los flujos de efectivo son descontados con base en la Tasa Mínima Aceptable de Rendimiento (TMAR).

La utilización de este indicador está basado en la regla de decisión que determina la aceptación el proyecto si su VAN es mayor o igual a cero.

El análisis del valor actual neto o valor presente da como parámetro de decisión una comparación entre todos los ingresos y gastos que se han efectuado a través del período de análisis, los traslada hacia el año de inicio del proyecto (año cero) y los compara con la inversión inicial del proyecto.

Se pueden presentar tres situaciones:

- A. Si el VAN es positivo, la utilidad de la inversión está sobre la tasa de inversión actualizada o de rechazo ( $VAN \geq 0$ ) el proyecto se acepta.
- B. Si el VAN es cero, la rentabilidad será igual a la tasa de rechazo. Por lo tanto un proyecto con un VAN positivo o igual a cero, puede considerarse aceptable,  $VAN = 0$ .
- C. Si el VAN es negativo, la rentabilidad está por debajo de la tasa de rechazo y el proyecto debe de rechazarse.  $VAN \leq 0$ .

El Valor Actual Neto del proyecto se calcula con la siguiente fórmula:

$$VAN = \sum_{n=1}^{n=N} \frac{FNE_n}{(1+i)^n} - P$$

Donde:

n: es el periodo de evaluación del proyecto

i: es el valor de la TMAR

P: es el monto de la inversión inicial

#### 4.1 Valor Actual Neto – Escenario Conservador

En la tabla siguiente se muestran los flujos Netos del sistema de gestión de calidad para el escenario conservador, obtenidos a partir del costo de operación anual del sistema y los beneficios esperados para cada año.

El costo de operación del año uno corresponde al costo de del año base presentado en la Tabla 15: Costo anual de Operación del Sistema de Gestión de Calidad, el cual se va incrementando a una tasa del 4.5% que corresponde a los ajustes salariales anuales del personal, considerando que los costos de operación del SGC se fundamentan principalmente el equivalente al tiempo invertido por parte del personal relacionado con los procesos clave que se incluyen en el alcance del diseño del SGC.

**Tabla 116: Flujos de efectivo del proyecto – Escenario Conservador**

Año	Costo de Operación del SGC	Beneficios Anuales del SGC	Flujo Neto
1	\$172,175.89	\$136,545.01	(\$35,630.89)
2	\$179,923.81	\$199,671.47	\$19,747.66
3	\$188,020.38	\$250,959.81	\$62,939.43

Inversión del proyecto: \$23,455.21

$$VAN = \sum_{n=1}^{n=N} \frac{FNE_n}{(1+i)^n} - P$$

$$VAN = \$ 14,423.15$$

#### 4.2 Valor Actual Neto – Escenario Optimista

En la tabla siguiente se muestra el flujo Neto del escenario optimista es obtenido a partir de la diferencia entre el costo de operación y los beneficios anuales del sistema de gestión según el año.

De la misma manera que en el escenario anterior el costo de operación del año uno corresponde al costo de del año base presentado en la Tabla 15: Costo anual de Operación del Sistema de Gestión de Calidad, el cual se va incrementando a una tasa del 4.5% que corresponde a los ajustes salariales anuales del personal, considerando que los costos de operación del SGC se fundamentan principalmente el equivalente al tiempo invertido por parte del personal relacionado con los procesos clave que se incluyen en el alcance del diseño del SGC.

**Tabla 117: Flujos de efectivo del proyecto – Escenario Optimista**

Año	Costo de Operación del SGC	Beneficios Anuales del SGC	Total=Beneficio-Costo
1	\$172,175.89	\$153,613.13	(\$18,562.76)
2	\$179,923.81	\$235,975.37	\$56,051.56
3	\$188,020.38	\$308,873.61	\$120,853.23

Inversión del proyecto: \$23,455.21

$$VAN = \sum_{n=1}^{n=N} \frac{FNE_n}{(1+i)^n} - P$$

$$VAN = \$ 112,975.30$$

## 5 TASA INTERNA DE RETORNO

La tasa interna de retorno es la tasa de descuento que iguala el valor presente de los flujos de efectivo netos del proyecto, con el valor presente de la inversión inicial. Permitiendo apreciar el valor del rendimiento porcentual del proyecto en términos de ahorro en un mediano plazo debido a la mejora en la eficiencia de los procesos.

Se pueden presentar tres situaciones:

- A.  $TIR > TMAR$ : Se recomienda realizar el proyecto
- B.  $TIR < TMAR$ : Se recomienda no realizar el proyecto
- C.  $TIR = TMAR$ : Se recomienda el inversionista es indiferente entre realizar el proyecto o no.

La tasa interna de retorno se determina por medio de la siguiente ecuación:

$$P = \sum_{n=1}^{n=N} \frac{FNE_n}{(1+i)^n}$$

Donde:

n: es el periodo de evaluación del proyecto

i: esta tasa se calcula para igualar los flujos de efectivo con el valor de la inversión inicial "p"

P: es el monto de la inversión inicial

Los valores de esta ecuación son los mismos que para el Cálculo del VAN, con la única diferencia que la tasa de descuento ("i") se calcula para igualar los flujos de efectivo con el valor de la inversión inicial "P".

### 5.1 Tasa Interna de Retorno – Escenario Conservador

Para la evaluación de la TIR en el escenario conservador, se utilizan los flujos netos establecidos en la tabla 25 mostrada anteriormente, utilizando la fórmula se obtiene la siguiente ecuación:

$$\$23,455.21 = \frac{(\$35,630.89)}{(1+i)^1} + \frac{\$19,747.66}{(1+i)^2} + \frac{\$62,939.43}{(1+i)^3}$$

Donde los flujos de efectivo coinciden con los beneficios totales estimados para el escenario conservador, al resolver la ecuación se obtiene:

$$i = TIR = 17\%$$

El valor obtenido de la Tasa Interna de retorno es 17%, es decir es mayor a la TMAR (5.30%), lo que indica que se considera aceptable la inversión en el proyecto considerando un escenario conservador. Cabe recalcar que el que aun con pequeños ahorros en el desempeño dado el tamaño de la institución la mejora en la utilización de los recursos son considerables, por otro lado este valor debe considerarse como una dimensión de los beneficios para la sociedad la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en términos de unidades monetarias en la institución.

### **5.2 Tasa Interna de Retorno – Escenario Optimista**

Para la evaluación de la TIR en el escenario optimista, se utilizan los flujos netos establecidos en la tabla 26, para que a partir de la formula obtener la siguiente ecuación:

$$\$23,455.21 = \frac{(\$18,562.76)}{(1+i)^1} + \frac{\$56,051.56}{(1+i)^2} + \frac{\$120,853.23}{(1+i)^3}$$

Donde los flujos de efectivo coinciden con los beneficios totales estimados para el escenario optimista, al resolver la ecuación se obtiene:

$$i = \text{TIR} = 90\%$$

El valor obtenido de la Tasa Interna de retorno es 90%, es decir es mayor a la TMAR (5.30%), lo que indica que se considera aceptable la inversión en el proyecto considerando un escenario optimista. Cabe recalcar que el retorno a la inversión es altamente positivo debido a que a pesar de que se considera optimista es posible obtener este tipo de ahorros en el desempeño dentro de la institución, por lo que los esfuerzos en implementar el Sistema de gestión de calidad se ven compensados en mejor utilización de los recursos de la institución aunque no como un beneficio por ingresos adicionales.

## 6 ÍNDICE DE RENTABILIDAD

El índice de rentabilidad, o razón costo beneficio, es el coeficiente del valor presente de los flujos de efectivo netos esperados para el periodo de evaluación del proyecto en relación con la inversión neta. Se expresa así:

$$IR = \text{Beneficio/ Costo}$$

Donde:

Beneficio: Total flujo de efectivo

Costo: Costo total de la inversión.

Por lo que la razón B/C puede expresarse de la siguiente manera:

$$IR = \frac{\sum_{n=1}^{n=N} FNE_n / (1+i)^n}{P}$$

El índice de rentabilidad representa el rendimiento de cada unidad monetaria de la inversión inicial en términos de reducción de costos.

Si el proyecto tiene un índice de rentabilidad mayor o igual a uno se puede considerar aceptable. El cálculo del IR se realiza con los valores obtenidos de la evaluación del VAN

### 6.1 Índice de Rentabilidad – Escenario Conservador

Considerando los beneficios totales del escenario conservador y la inversión inicial del sistema de gestión de calidad, se tiene lo siguiente:

$$IR = \$ 37,878.36 / \$ 18,479.11$$

$$IR = 1.61$$

Con el resultado obtenido se considera aceptable la inversión en el Sistema de Gestión de Calidad, ya que se estarían obteniendo por cada dólar invertido en el SGC bajo el escenario conservador 1.61, tomando en cuenta que no es el obtener una rentabilidad comercial el fin del sistema de gestión de calidad, aun bajo el escenario conservador se la inversión en el sistema de gestión de calidad se recupera.

## 6.2 Índice de Rentabilidad – Escenario Optimista

Considerando los beneficios totales del escenario optimista y la inversión inicial del sistema de gestión de calidad, se tiene lo siguiente:

$$IR = \$ 136,430.51/\$18,479.11$$

$$IR = 5.82$$

Con el resultado obtenido se considera aceptable la inversión en el Sistema de Gestión de Calidad, ya que se estarían obteniendo por cada dólar invertido en el SGC bajo el escenario optimista 5.82, tomando en cuenta que dicha rentabilidad no se debe considerar como ingresos adicionales para el hospital, más bien como la dimensión de los beneficios que obtiene tanto la institución como las pacientes que acuden a la institución por la implementación del sistema de gestión de calidad.

## 7 CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA

A continuación se presenta el resumen de los resultados obtenido de los indicadores considerados en la Evaluación Económica del proyecto: Sistema de Gestión de Calidad del HNEM.

**Tabla 118: Resumen de Indicadores de la Evaluación Económica**

Evaluación Económica	Escenario Conservador	Escenario Optimista
<b>Valor Actual Neto</b>	\$ 14,423.15	\$ 112,975.30
<b>Tasa Interna de Retorno</b>	17%	90%
<b>Índice de Rentabilidad</b>	1.61	5.82

Con dichos resultados se concluye que la implementación del Sistema de Gestión de Calidad resulta factible para Hospital Nacional Especializado de Maternidad, ya que los diferentes indicadores considerados arrojan resultados favorables para el proyecto. Por cual se considera ACEPTABLE la implementación del mismo. Cabe aclarar que aunque los indicadores son favorables, estos no se deben considerar en ningún momento como ingresos adicionales que el hospital más bien como el dimensionamiento del impacto que en términos económicos generaría la implementación del SGC en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad. Por otro lado estos resultados muestran que el hospital estaría en la capacidad de focalizar sus recursos de una manera más provechosa para las pacientes y los recién nacidos.



## **8 FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

Financiamiento es la obtención de recursos de fuentes internas o externas, a corto, mediano o largo plazo, que requiere para su operación normal y eficiente una empresa pública, privada, social o mixta

Para la implementación del SGC en el Hospital, es necesario recurrir a fuentes de financiamiento que permitan llevar a cabo el proyecto con las especificaciones establecidas en el diseño de esta.

Las fuentes de financiamiento pueden ser:

1. Fuentes de financiamiento internas: Es aquél que proviene de los recursos propios de la empresa, esto debido a ventas de activos fijos imprescindibles, bienes raíces susceptible de ser vendidas, venta de excedente de mercadería, ventas de material reciclado, eliminación de líneas de producción, reorientación de los fondos, reducción de la oferta de servicios o productos, etc.

2. Fuentes de financiamiento externa: recursos provenientes de instituciones o personas ajenas a la empresa, a través de préstamos o donaciones.

La Alta Dirección del HNEM será quienes considerando las características de cada una de las alternativas de financiamiento, evaluarán y seleccionarán la más viable para la ejecución del proyecto. A continuación se presentan cada una de las posibles alternativas con sus requerimientos y características:

### **8.1 Fondos de financiamiento interno**

El financiamiento necesarios para la implementación del proyecto, pueden ser cubiertos con los recursos del Hospital Nacional de Maternidad, solicitando un aumento en el presupuesto anual destinados para el funcionamiento del mismo. Los ingresos del Hospital, por ser parte de la Red Nacional de Salud, provienen directamente del Presupuesto Nacional a través del Ministerio de Salud. Para optar a esta fuente de financiamiento primero es necesario colocar el proyecto en el Plan Anual de trabajo del HNEM, siguiendo el procedimiento del ciclo presupuestario definidos por el Ministerio de Hacienda, con la finalidad de que los fondos necesarios para el proyecto se reserven. Este Plan Anual de Trabajo de la institución es presentado al Ministerio de Salud el cual lo analizará y evaluará para su respectiva aprobación.

Considerando la fuente de financiamiento como fondos propios es necesario identificar el monto de la inversión requerida para el proyecto la cual se determinó en la evaluación económica y asciende a **\$19,465.72**.

El reglamento de Hospitales en su artículo 1 literal c, define que los hospitales deberán realizar las investigaciones que contribuyan a mejorar la calidad de la atención en salud. La implementación del SGC está dirigida en esa dirección, buscando mejorar el servicio brindado y lograr así la satisfacción de los pacientes. Lo anterior se vuelve un punto a favor en la aprobación del presupuesto del hospital de parte del Ministerio de Salud.

## **8.2 Fondos de financiamiento externo**

### **a. Ministerio de Hacienda**

Como una de las formas de financiamiento externas son las donaciones las cuales pueden darse a través de entidades, nacionales o extranjeras. En el caso de las entidades nacionales se pueden gestionar fondos a través del Ministerio de Hacienda, también se puede buscar financiamiento con entidades extranjeras para la ejecución del proyecto tales como BID, las cuales se interesen en la cooperación para el desarrollo de proyectos de carácter social.

Cada una de estas fuentes de financiamiento, necesitan de la presentación del proyecto para entrar en una fase de análisis para la aprobación del financiamiento, resaltando el consumo de tiempo a lo largo de las fases de aprobación. Y estas se presentan a continuación:

El HNEM puede optar por el financiamiento por medio del Ministerio de Hacienda (MH) como un proyecto de pre-inversión ingresando el perfil del proyecto en el sistema SIIP dentro de las siguientes cuentas:

#### **1. Modernización y Fortalecimiento Institucional**

##### **1.1. Modernización Institucional**

Para identificar los pasos específicos para ingresar el proyecto ante dicha institución, se citan a continuación:

**Tabla 119: Actividades para financiamiento de proyecto con el Ministerio de Hacienda**

<b>Actividades</b>	<b>Duración (Días)</b>
<b>Preparación y Envío de perfil de presentación para el MH</b>	<b>20</b>
<b>Evaluación del Ministerio de Hacienda</b>	<b>10</b>
<b>Verificación de Fondos para asignación al proyecto</b>	<b>15</b>
<b>Total de Días</b>	<b>45</b>

Fuente: Estimaciones proporcionadas por Jefe de Unidad de Planificación

Los tiempos para las actividades mencionadas anteriormente fueron establecidos en base a estimaciones proporcionadas por el Jefe de la Unidad de Planificación el cual es uno de los encargado de los proyectos de la Institución, para considerar esta fuente de financiamiento hay que recalcar que posterior a la aprobación del proyecto el Ministerio de Hacienda verifica la existencia de los fondos para el financiamiento, si no hay fondos disponibles el proyecto se considera en espera para la asignación del recurso económico.

#### **b. Cooperaciones entre el ministerio de Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo**

Otra forma de financiamiento es haciendo un contrato de cooperaciones entre el ministerio de Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, para ejecutar un Programa para la reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud en el país. Este proyecto deberá ser formulado y direccionado por el Ministerio de Salud, tenido como objetivo apoyar la transformación de no solo el HNEM sino todos los hospitales públicos, mejorando de su eficiencia y calidad a través de la implementación de Sistemas de Gestión de Calidad en cada uno de ellos.

Para el financiamiento por esta vía será necesario previamente la estandarización del diseño e implementación del Sistema de Gestión de Calidad, teniendo como modelo el presente proyecto de diseño del Sistema de Gestión de Calidad basado en la ISO 9001:2008 desarrollado en el Hospital Nacional de Maternidad por la Universidad de El Salvador.

Colombia es un ejemplo de esta cooperación con el BID, al desarrollar su “Programa de reorganización, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios de salud”<sup>41</sup> fortaleciendo institucional

### c. ONG

Otra de las fuentes de financiamiento son las ONG'S que se involucren en el desarrollo de proyectos de carácter social, Los hospitales no cuentan con enlaces o convenios con este tipo de Organizaciones para el desarrollo de proyectos. Por lo que para optar para esta fuente sería necesario realizar las siguientes actividades:

**Tabla 120 Actividades para financiamiento de proyecto por ONG's**

<b>Actividades</b>	<b>Duración (Días)</b>
<b>Búsqueda de posibles organizaciones para obtener financiamiento</b>	<b>30</b>
<b>Evaluación y Selección de posibles organizaciones financiadoras</b>	<b>10</b>
<b>Preparación y presentación del proyecto</b>	<b>15</b>
<b>Evaluación del proyecto</b>	<b>5</b>
<b>Aprobación y Asignación de Fondos</b>	<b>30</b>
<b>Total de Días</b>	<b>90</b>

Fuente: Estimaciones proporcionadas por Jefe de Unidad de Planificación












<sup>41</sup><http://www.iadb.org/es/proyectos/project-information-page,1303.html?id=CO0139>

### 8.3 Conclusión de las Fuentes de financiamiento

Definidas las alternativas se listan y evalúan a continuación:

1. Financiamiento propio
2. F Externo Ministerio de Hacienda
3. F Externo Cooperación BID con MINSAL
4. F Externo Donaciones de ONG´s

**Tabla 121: Evaluación de fuentes de financiamiento**

Criterio	1	2	3	4
Probabilidad de más del 50% de que se lleve a cabo el financiamiento				
Desembolso en corto plazo				
Exclusión del financiamiento para la implementación del proyecto del presupuesto anual de trabajo del hospital. <sup>42</sup>				
Mínimo consumo de recursos (tiempo, RRHH) para adquirir el financiamiento <sup>43</sup>				

Evaluadas las alternativas de financiamiento se logra identificar que la alternativa más viable para la ejecución del proyecto del SGC es la fuente de financiamiento a través de proyectos de Pre-Inversión con el Ministerio de Hacienda.

<sup>42</sup> Actualmente el presupuesto otorgado por el gobierno para las instituciones públicas es menor a los gastos recurriendo al Ministerio de Salud por un refuerzo presupuestario, por lo que incluirlo en el plan anual de trabajo no se considera factible.

<sup>43</sup> El optar por financiamiento a través de ONG´s, se incurriría en un mayor consumo tiempo para llevar a cabo las gestiones necesarias desde encontrar instituciones que se interesen en el proyecto hasta obtener los fondos necesarios, aspectos que retrasarían la ejecución del mismo



# **CAPITULO 2: EVALUACIÓN SOCIAL**

Evaluación Social es el proceso de identificación, medición, y valorización de los beneficios y costos de un proyecto, desde el punto de vista del Bienestar Social. Un proyecto de inversión será socialmente rentable en la medida que el bienestar económico alcanzado con el proyecto sea mayor al bienestar que el país como un todo habría alcanzado sin el proyecto.

El Hospital a través de la implementación del SGC basado en la ISO 9001:2008, proporcionará beneficios netos sociales ya que los usuarios del servicio son principalmente a la mujer salvadoreña, con necesidad de atención médica especializada en las áreas ginecológicas y perinatales y/o al recién nacido.

En el apartado anterior se ha calculado el costo al que asciéndela la implementación del SGC en el HNEM. En la presente sección se definirán los beneficios obtenidos desde el punto de vista social, sabiendo que los proyectos generan impactos sobre el medio en el que se desarrollan las actividades de la empresa, y es por ello que dentro de la evaluación social se abordan tres impactos:

- a. El impacto organizacional,
- b. El impacto en la sociedad salvadoreña

Basándose en la definición básica acerca del concepto de impacto: “impacto es la consecuencia de los efectos de un proyecto, los impactos y efectos se refieren a las consecuencias planeadas o no previstas de un determinado proyecto”, tomando en cuenta esta definición se desglosa el impacto de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, en el efecto interno Institucional, para luego hablar acerca del impacto en los usuarios de los servicios médicos especializados, el binomio madre- neonato.

### **1. IMPACTO ORGANIZACIONAL<sup>44</sup>**

Como impacto interno Institucional, consecuencia de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 se puede recalcar lo siguiente:

---

<sup>44</sup> Los textos consultados para referencia es la página web de Servicios de Asesoría y Capacitación Empresaria <http://www.sayce.com.mx>

### ***1.1 IMPACTO EN LA GESTIÓN ESTRATÉGICA.***

1. Establecimiento, alineación y cumplimiento de objetivos de calidad y organizacionales del Hospital.
2. Establecimiento de una plataforma que permita la implementación exitosa de estrategias siempre en busca de la mejora continua del servicio ofertado a la mujer salvadoreña y/o su recién nacido.
3. Desarrollo de una ventaja competitiva en calidad que contribuya con mejorar la imagen del hospital delante de la población salvadoreña, y servir de modelo para instituciones de salud tanto a nivel nacional como centroamericano
6. Mejor planeación de la operación anuales en cada una de las áreas del hospital, tanto estratégicas, operativas, de apoyo al diagnóstico y de apoyo general.

### ***1.2 IMPACTO EN EL SERVICIO***

1. Disminución de pacientes insatisfechos por el servicio recibido.
2. Mejorar la imagen y diferenciar los servicios ofreciendo una garantía adicional de que estos cumplirán con las especificaciones, necesidades y expectativas de los pacientes con una necesidad de atención especializada en las áreas ginecológicas y obstétricas.

### ***1.3 IMPACTO EN LA GESTIÓN FINANCIERA.***

Los beneficios financieros pueden resumirse en el ahorro de costos relacionados con:

1. Desperdicios de recursos innecesarios.
2. Programación de consultas innecesarias.
3. Realización de cirugías innecesarias.
4. Estancias hospitalarias, de mujeres y recién nacidos, mayores a las requerida.
5. Costos por inactividad de equipos biomédicos descompuestos.



#### **1.4 IMPACTO EN EL ÁREA OPERATIVA.**

1. Una gran oportunidad para el análisis, simplificación, mejoramiento y documentación de procesos claves, estratégicos y de apoyo que afectan directamente a la calidad de los servicios médicos brindados por el Hospital de maternidad.
2. Mejor control de los procesos que afectan a la calidad de los servicios.
3. Mejor capitalización de las curvas de aprendizaje en la organización, al tener documentada la tecnología del Hospital, facilitando las actividades de capacitación del personal.
4. La forma de realizar los procedimientos y la tecnología no se pierde con la rotación del personal médico interno y residente.
5. Mayor énfasis en la prevención, que en la corrección de problemas internos.
6. Eliminar las causas que originan los problemas o no conformidades en lugar de atacar únicamente los efectos de los problemas.
7. Confianza en la veracidad de las mediciones e inspecciones que se realicen.
8. Mayor desarrollo del personal al diseñar, documentar e implantar la mejor forma de hacer las cosas.
9. Personal médico y de enfermería, mejor calificado al identificar sus necesidades de capacitación y capacitarlo.

Los impactos son muchos en la organización hasta el punto de ayudar a la Dirección y Jefaturas del HNEM a desarrollar una Institución que tenga la capacidad de proporcionar servicios de médicos especializados a mujeres con necesidad de atención ginecológica y perinatal y a los recién nacidos, acordes a los requisitos y necesidades de los usuarios, trabajando constantemente en aumentar la satisfacción de los usuarios, impulsando una cultura organizacional, que busque siempre brindar servicios médicos especializados de calidad. Posicionándose a nivel centroamericano como una Institución modelo, que brinda servicios con calidad y calidez.

El SGC permite generar y consolidar una cultura institucional enfocada en la calidad y la realización del trabajo eficiente, en lugar de un Sistema de Gestión basado en la detección de errores y su posterior corrección de debilidades, sin la existencia de la prevención. Esta modalidad de trabajo abarca a Alta dirección del HNEM, jefaturas, supervisores y todo el personal en general.

Con el Sistema de Gestión de Calidad se contribuirá con el logro de los objetivos del plan quinquenal 2009-2014 del Gobierno de El Salvador en el que se comprometió a que las

instituciones públicas provean servicios de calidad a la población, mejorando la gestión del estado y buscando la mejora continua de esta.

## 2. IMPACTO EN LA POBLACIÓN SALVADOREÑA

La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.

Teniendo en consideración la definición anterior; para el impacto se evaluarán los egresos vrs. Muertes de los pacientes, calculando el promedio de ambas variables entre los años 2009 al 2012. La siguiente tabla refleja las cifras para las unidades de puerperio, cirugía obstétrica y Neonatología.

**Tabla 122 promedio de egresos y muertes de los años 2009-2012**

Unidad	Promedio Egresos 2009-2012	Promedio Muertes 2009-2012
<b>Puerperio</b>	8371	3
<b>Cirugía obstétrica</b>	4181	8
<b>Neonatología</b>	5210	197

\*Fuente: Estadísticas del Hospital Nacional de Maternidad

Se retomarán los porcentajes de mejora (acumulativa) y el % de incremento de cobertura definidas en la evaluación económica, resultando los siguientes valores:

**Tabla 123 Incremento en la cobertura de atención en las unidades de Puerperio Cirugía Obstétrica y Neonatología**

Unidad	Promedio Egresos 2009-2012	Año 1	Año 2	Año 3
<b>Puerperio</b>	8371	8622	9053	9596
<b>Cirugía obstétrica</b>	4181	4306	4522	4793
<b>Neonatos</b>	5210	5366	5635	5973

**Tabla 124 Disminución de muertes de pacientes en las unidades de Puerperio Cirugía Obstétrica y Neonatología**

Unidad	Promedio Muertes 2009-2012	Año 1	Año 2	Año 3
<b>Puerperio</b>	3	2.9	2.7	2.5
<b>Cirugía obstétrica</b>	8	7.6	7.1	6.6
<b>Neonatos</b>	197	187.2	175.9	163.6

Considerando:

	% de mejora	% de incremento de cobertura
<b>Año 1</b>	5%	3%
<b>Año 2</b>	6%	5%
<b>Año 3</b>	7%	6%

Fuente: Escenario conservador determinado en la evaluación económica.

El impacto que se logrará con la implementación del Sistema de Gestión de calidad, producirá beneficios sociales para la población salvadoreña, reflejados en los siguientes enunciados:

- **Aumento de las atenciones de partos normales y por cesárea reflejados en los egresos de los servicios finales de Puerperio y Cirugía Obstétrica y en las atenciones de los recién nacidos con condiciones no estables.**
- **Disminución de las muertes maternas y neonatales.**

Ambos resultados contribuyen con los objetivos del gobierno en lo relacionado a la atención médica.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PROYECTO

### CONCLUSIONES

- El diseño de sistemas de gestión de calidad en las instituciones públicas tiene soporte gubernamental, materializada en compromisos o pronunciamientos internacionales adquiridos por el estado de El Salvador y por medio de decretos particulares que buscan fomentar la mejora de la calidad en los sectores públicos y privados.
- La organización actual discrepa del enfoque de la norma ISO (por procesos) por lo que se debe llevar a cabo una reestructuración del organigrama de la institución permitiendo la gestión por procesos necesaria para llevar a cabo la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
- La brecha existente es del 43.93 %, indicando que el sistema global de calidad se cumple, pero con deficiencias en cuanto a documentación, a la continuidad y sistemática de su cumplimiento, tiene una fidelidad deficiente con las actividades realmente realizadas. Se deberán solucionar las deficiencias urgentemente, para que el sistema sea eficaz.
- El Diseño del Sistema de Gestión de Calidad para el Hospital Nacional Especializado de Maternidad “Doctor Raúl Arguello Escolán” propuesto, tiene un nivel de cumplimiento del 85.2% de los requisitos de la norma ISO 9001: 2008, con lo que se logra acortar la brecha en un 41.27%, considerando que el nivel de cumplimiento diagnosticado fue de un 43.93%.
- Con el presente proyecto el hospital cuenta con una Política y Objetivos de calidad propios que permitirá fomentar la cultura de calidad dentro de la organización centrada en la satisfacción del cliente, que complementa los lineamientos gubernamentales que incluyen compromisos o pronunciamientos internacionales adquiridos en El Salvador.
- Con la caracterización de los procesos y procedimientos de Atención de Parto y Post-Parto y de Atención del Recién Nacido el hospital cuenta con indicadores y procedimientos de control que le permitirán realizar una gestión por procesos con base a las necesidades y expectativas del paciente, en concordancia con los principios de la norma ISO 9001:2008, esto permitirá al hospital replicar con facilidad a los demás procesos claves el enfoque por procesos.

- Se cuenta con el soporte de una metodología definida para establecer los requisitos de los servicios que se proporcionan en el hospital y realizar el respectivo seguimiento a la conformidad de los mismos, con lo que se contribuye garantizar la satisfacción de las necesidades de las pacientes y los recién nacidos.
- La evaluación económica del proyecto de implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en las normas ISO 9001:2008 para el Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán”, se realizó para un **periodo de 3 años**, ya que es el tiempo esperado para la realización de la auditoria de certificación y se planteó realizarla periódicamente cada tres años para tener una mejor apreciación del comportamiento económico del proyecto.
- La evaluación económica del proyecto se realizó bajo un **análisis Incremental**, es decir que, su análisis se basa en el registro de tan solo los ahorros y los costos atribuibles al proyecto, en los cuales no se hubiese incurrido si el proyecto no se hubiese ejecutado, obteniendo una inversión inicial del Proyecto que asciende a un monto de **\$19,465.72**.
- Los costos anuales de operación del Proyecto incluyen Costo del Mantenimiento del Sistema y utilización de documentación y los Costos de Operación por la Gestión del Sistema basado en los apartados establecidos por la Norma ISO 9001:2008 el monto asciende a **\$ 172,175.89**.
- El porcentaje de beneficios relacionados con la mejora del desempeño y el incremento de la cobertura se establecen en los elementos que contiene el Sistema de Gestión diseñado y la variables en las que influye: cliente, finanzas, productivo y organizativo, planteando con un porcentaje del 5% al 7% en el escenario conservador y un porcentaje del 6% al 8% en un escenario optimista.
- En la tabla que se da a conocer a continuación se dan a conocer el planteamiento de los dos escenarios:

<b>Evaluación Económica</b>	<b>Escenario Conservador</b>	<b>Escenario Optimista</b>
Valor Actual Neto	\$ 2,203.60	\$ 83,896.96
Tasa Interna de Retorno	7%	85%
Índice de Rentabilidad	1.11	5.31

- A. El VAN es positivo, la utilidad de la inversión está sobre la tasa de inversión actualizada o de rechazo ( $VAN \geq 0$ ) el proyecto se acepta.
  - B.  $TIR > TMAR$  (5.30%) Se recomienda realizar el proyecto.
  - C. Con el resultado obtenido se considera aceptable la inversión en el Sistema de Gestión de Calidad, ya que se estarían obteniendo por cada dólar invertido en el SGC bajo el escenario conservador 1.11 y para el escenario optimista un 5.31, tomando en cuenta que no es el obtener una rentabilidad comercial el fin del sistema de gestión de calidad, aun bajo el escenario conservador se la inversión en el sistema de gestión de calidad se recupera.
- Las propuestas de financiamiento planteadas fueron: financiamiento propio, Financiamiento Externo Ministerio de Hacienda, Financiamiento Externo Cooperación BID con MinSal y Financiamiento Externo Donaciones de ONG´s en base a las evaluaciones de las alternativas de financiamiento se logro identificar que la alternativa más viable para la ejecución del proyecto del SGC es la fuente de financiamiento a través de proyectos de Pre-Inversión con el Ministerio de Hacienda.
- El impacto que se logrará con la implementación del Sistema de Gestión de calidad, producirá beneficios sociales para la población salvadoreña, reflejados en:  
**Aumento de las atenciones de partos normales y por cesárea reflejados en los egresos de los servicios finales de Puerperio y Cirugía Obstétrica y en las atenciones de los recién nacidos con condiciones no estables.**  
**Disminución de las muertes maternas y neonatales.**  
Ambos resultados contribuyen con los objetivos del gobierno en lo relacionado a la atención médica.

## RECOMENDACIONES

- Para alcanzar una gestión de la calidad en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad que sea eficaz y eficiente, se recomienda que se fomente el enfoque basado en procesos, tomando en cuenta los procesos que se han identificado en este diagnóstico para aquellas áreas de la organización donde se proporcionan los servicios que requieren las personas que acuden al mismo. En este sentido se debe tener presente que dado que en este momento se maneja un enfoque puramente funcional se deben adecuar las responsabilidades de ciertos elementos de la estructura organizativa para el trabajo que se realiza siempre se encuentre en términos que aporten valor y que resuelvan las necesidades de las personas.
- Para lograr la promoción del enfoque basado en procesos se recomienda también dar a conocer el funcionamiento de este enfoque a todo el personal de la institución por medio de capacitaciones o reuniones que permitan un verdadero entendimiento del mismo para que todos los esfuerzos se dirijan al mejoramiento de la eficiencia y eficacia en el logro de los objetivos que la organización tiene definidos.
- Naturalmente que dado que los esfuerzos en materia de calidad son recientes dentro del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, se recomienda que el alcance diseño del Sistema de Gestión de Calidad del hospital este delimitado en el “Proceso de Atención del Recién Nacido y el Proceso de Atención del Parto y Post-parto” para aquellos apartados de la norma ISO 9001-2008 donde los requisitos tengan una implicación directa con la realización del servicio. En este sentido la Dirección del hospital debe considerar que la implementación del SGC deberá iniciar con todos los involucrados en los procesos mencionados anteriormente y será responsabilidad de la Dirección continuar la ampliación del SGC de manera gradual hasta incluir todos los procesos clave del hospital.
- La Unidad Organizativa de la Calidad deberá contar con los recursos necesarios que le permita ejercer un liderazgo para promover con mayor fuerza el compromiso de la calidad que se debe tener en todos los niveles de la organización desde jefaturas hasta el personal operativo que se encuentre a cargo de las mismas, así como también se deben adecuar las responsabilidades y funciones actuales de esta unidad a fin de que en su momento se encuentre preparada para impulsar la implementación del sistema de gestión de calidad.
- Comunicar a todo el personal del hospital que como parte de una decisión estratégica se ha iniciado el diseño del sistema de gestión de calidad del HNEM acorde a la Norma ISO 9001-2008, especificando con claridad las unidades de la

división médica involucradas en los procesos clave que fueron priorizados en este diagnóstico para establecer el alcance inicial del sistema, esto con el fin de coordinar los esfuerzos que sean necesarios para elaborar un diseño que logre acortar la brecha actual del HNEM en materia de gestión de calidad y permita alcanzar un nivel de cumplimiento de por lo menos un 85% de lo establecido por la norma.

- Como parte del diseño del sistema de gestión de calidad, la Dirección del Hospital deberá revisar la misión y visión de la institución para que ambas estén acordes a la política de calidad propia del hospital y a sus respectivos objetivos de calidad que formarán parte del sistema.
- Por otro lado la organización deberá considerar en la elaboración de documentos tales como procedimientos, fichas de los procesos o cualquier otro tipo de documentación que implique lineamientos internos, los impactos que estos puedan tener con los elementos relacionados con la planificación, operación y control eficaz de los procesos incluidos en el Sistema de Gestión de Calidad, esto con el fin de lograr la mejora continua del mismo una vez que se inicie su implementación.
- Considerar que la ampliación del alcance propuesto en el presente diseño del Sistema de Gestión de Calidad con el proceso de Atención del Recién Nacido y el proceso de Atención del Parto y Postparto, debe realizarse hasta estabilizar la implementación de todo del sistema y luego replicar esa experiencia con los demás procesos.
- La Dirección deberá tomar un papel protagónico en las actividades que le corresponden dentro del funcionamiento del sistema y en la difusión de la política y objetivos de calidad, a fin de garantizar la participación y colaboración del personal técnico de los procesos claves que permita una exitosa implementación del sistema en el HNEM, que incluso sirva de modelo para otros hospitales de la red nacional.
- Tomar en cuenta que el propósito fundamental del SGC es asegurar la satisfacción de las necesidades de las pacientes y el recién nacido, por lo que en caso de que haya necesidad de incorporar cambios a lo propuesto en el presente diseño sea siempre para mejorar la eficacia, adecuación y conveniencia del sistema.
- No perder de vista que la mejora continua debe ser permanente dentro de la organización, por lo que es importante que el personal técnico correspondiente



revisen y mejoren continuamente los procesos con la ayuda de la caracterización, medición y análisis que se ha establecido para los mismos.

- Considerar que iniciar el proceso de certificación del Sistema de Gestión de Calidad por un organismo externo, no debe ser un fin en sí mismo, más bien la decisión debe ser tomada bajo el principio de la mejora continua de la organización y el enfoque al cliente, es decir, bajo el compromiso de mejorar la atención de las pacientes y recién nacidos y fomentar la institucionalidad del Hospital Nacional Especializado de Maternidad.
  
- Gestionar y realizar las actividades requeridas en base a lo propuesto en las opciones de financiamiento, teniendo en cuenta que la propuesta más viable para la ejecución del Proyecto del SGC por medio de los proyectos de Pre-Inversión con el Ministerio de Hacienda; en caso de que esta opción más viable no proceda se recomienda optar por la siguiente mejor calificada.
  
- Dar a conocer el proyecto a todos los involucrados junto con los beneficios e impactos sociales que este atraerá, teniendo en cuenta que este proyecto contribuye al cumplimiento de los objetivos del gobierno en el Plan Quinquenal 2009-2014.

## BIBLIOGRAFÍA

Babstista, L. F. (2002). *Metodología de la investigación*. Mexico D.F.: Mc Graw Hill.

Fernández Hatre, A. *Auditorias de calidad*. Asturia.

Gonzales-Longatt., F. M. *Formación de Competencias para la Investigación*.

ICONTEC. (2002). *NTC ISO 19011:2002 DIRECTRICES PARA LA AUDITORIA DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y/O AMBIENTAL*. Bogotá.

INCOTEC. (2008). *NORMA TECNICA COLOMBIANA ISO 9001 SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD. REQUISITOS* . Bogotá, Colombia.

Malhotra, K. (1997). *Investigación de mercados, un enfoque práctico*. Mexico: Prentice hall.

SAMPIERI, R. (1998). *Metodología de la Investigación (2ª edición)*. Mexico: Mc. Graw - Hill.

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, U. *MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE AUDITORIA INTERNA, AUDITORIA GENERAL*. BUENOS AIRES, ARGENTINA.

ICONTEC. (2002). *NTC ISO 19011:2002 DIRECTRICES PARA LA AUDITORIA DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y/O AMBIENTAL*. Bogotá.

INCOTEC. (2008). *NORMA TECNICA COLOMBIANA ISO 9001 SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD. REQUISITOS* . Bogotá, Colombia.

*ISO 9000 QUALITY SYSTEMS HANDBOOK. DAVID HOYLE. ELSEVIER LTD. 2009. MASSACHUSETTS. USA.*

AGENCIA NACIONAL PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE. (2005). *LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SIETE PASOS*. Madrid, España.

GOBIERNO DE CHILE, (2011). *OBJETIVO GUBERNAMENTAL DE AUDITORÍA Nº 3 - 2011, PROCESO DE GESTIÓN DE RIESGOS*. Chile.

## ANEXOS

### ANEXO A. Programación de Metas de las Actividades Hospitalarias

Servicios Finales	Meta Programada 2012
<b>Consulta Externa Médica</b>	
<b>Especialidades</b>	
Especialidades Básicas	
Medicina Interna	3,240
Cirugía General	250
Ginecología	19,000
Obstetricia	1,000
Sub especialidades	
Sub Especialidades de Medicina Interna	
Cardiología	3,000
Infectología	2,500
Nefrología	550
Neumología	1,100
Sub Especialidades de Cirugía	
Anestesiología / Algología	1,936
Urología	2,300
Sub Especialidades de Pediatría	
Neonatología	1,000
Sub Especialidades de Ginecología	
Clínica de Mamas	4,800
Infertilidad	5,200
Oncología	5,000
Sub Especialidades de Obstetricia	
Detección de Embarazo de Alto Riesgo	2,000
Embarazo de Alto Riesgo	4,400
Genética Perinatal	1,000

<b>Emergencias</b>	
De Medicina Interna	
Oncología	200
De Gineco-Obstetricia	
Ginecología	3,500
Obstetricia	23,000
Otras Atenciones Consulta Emergencia	
Emergencia	0
<b>Otras Atenciones Consulta Externa Médica</b>	
Colposcopia	15,000
Nutrición	1,500
Planificación Familiar	1,936
Psicología	2,000
Selección	10,500

<b>Egresos Hospitalarios</b>	
<b>Especialidades Básicas</b>	
Ginecología	1,850
<b>Sub Especialidades</b>	
Sub Especialidad de Medicina Interna	
Infectología / Aislamiento	1,100
Sub Especialidades de Pediatría	
Neonatología	5,500
Sub Especialidades de Ginecología	
Oncología	1,500
Sub Especialidades de Obstetricia	
Cirugía Obstétrica	4,000
Patología del Embarazo	2,350
Puerperio	7,000
<b>Partos</b>	
Partos vaginales	7,800
Partos por Cesáreas	4,529
<b>Cirugía Mayor</b>	
Electivas para Hospitalización	3,000
Electivas Ambulatorias	1,100
De Emergencia para Hospitalización	4,500
<b>Medicina Crítica</b>	
<b>Unidad de Emergencia</b>	
Admisiones	1,200
Transferencias	300
<b>Unidad de Cuidados Intensivos</b>	
Admisiones	600
Transferencias	400

<b>Servicios Intermedios</b>	<b>Meta Programada 2012</b>
<b>Diagnostico</b>	
<b>Laboratorio Clínico y Banco de Sangre</b>	
<b>Hematología</b>	
Consulta Externa	19,000
Hospitalización	109,000
Emergencia	9,200
Referido / Otros	450
<b>Inmunología</b>	
Consulta Externa	14,000
Hospitalización	17,600
Emergencia	2,200
Referido / Otros	400
<b>Bacteriología</b>	
Consulta Externa	3,000
Hospitalización	20,500
Emergencia	1,100
Referido / Otros	200
<b>Parasitología</b>	
Consulta Externa	4,000
Hospitalización	900
Emergencia	150
Referido / Otros	200
<b>Bioquímica</b>	
Consulta Externa	29,000
Hospitalización	120,000
Emergencia	9,000
Referido / Otros	2,000
<b>Banco de Sangre</b>	
Consulta Externa	54,500
Hospitalización	62,000
Emergencia	1,000
Referido / Otros	40

<b>Urianálisis</b>	
Consulta Externa	6,000
Hospitalización	9,000
Emergencia	5,000
Referido / Otros	300
<b>Imagenología</b>	
Radiografías	36,500
Ultrasonografías	29,000
Mamografías Diagnósticas	5,000
<b>Anatomía Patológica</b>	
Citologías Cérvico Vaginales Leídas	8,500
Biopsias Cuello Uterino	4,444
Biopsias Mama	835
Biopsias Otras partes del cuerpo	11,500
<b>Otros Procedimientos Diagnósticos</b>	
Colposcopias	7,100
Electrocardiogramas	3,200
<b>Tratamiento y Rehabilitación</b>	
Cirugía Menor	8,000
Conos Loop	600
Crioterapias	950
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	12,000
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	72,500
Recetas Dispensadas de Hospitalización	230,000
<b>Trabajo Social</b>	
Casos Atendidos	90,000

Servicios Generales	Meta Programada 2012
<b>Alimentación y Dietas</b>	
<b>Hospitalización</b>	
Medicina	0
Ginecología	3,672
Obstetricia	14,790
Neonatología	5,555
<b>Lavandería</b>	
<b>Hospitalización</b>	
Medicina	990
Ginecología	3,672
Neonatología	5,555
<b>Consulta</b>	
Consulta Médica Especializada	88,350
<b>Emergencias</b>	
Emergencias	27,744
<b>Mantenimiento Preventivo</b>	
Números de Orden	1,900
<b>Transporte</b>	
Kilómetros Recorridos	30,000

**Tabla 125: Programación de metas de actividades hospitalarias**

## ANEXO B. Programación de indicadores de gestión

Indicadores de Gestión de Actividades Hospitalarias		
Tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada (días)	Variación 2012/2011	Meta 2012
Medicina Interna	ND	30
Cirugía	ND	30
Ginecología	0.00%	30
Obstetricia	-33.33%	20
Pediatría	ND	0
Psiquiatría	ND	0
<b>Cirugía electiva</b>	<b>Variación 2012/2011</b>	<b>Meta 2012</b>
Porcentaje de Cirugías electivas canceladas	-25.93%	2
Tiempo promedio de espera para cirugía electiva (Días)	7.14%	30
<b>Porcentaje de cesáreas</b>	<b>Variación 2012/2011</b>	<b>Meta 2012</b>
Porcentaje de Cesáreas	-1.34%	36.7
<b>Porcentaje de infecciones nosocomiales</b>	<b>Variación 2012/2011</b>	<b>Meta 2012</b>
Porcentaje infecciones nosocomiales	-22.08%	6
<b>Pacientes recibidos de otras instituciones</b>	<b>Variación 2012/2011</b>	<b>Meta 2012</b>
Número total de pacientes recibidos para atención de Consulta Médica Especializada	ND	0
Número total de pacientes recibidos para la atención del Parto	ND	0
Número total de pacientes recibidos para Hospitalización No Quirúrgica	ND	0
Número total de pacientes recibidos para la realización de procedimientos quirúrgicos	ND	0
Número total de pacientes recibidos de otras Instituciones	ND	0
<b>Pacientes referidos a otras instituciones</b>	<b>Variación 2012/2011</b>	<b>Meta 2012</b>
Número total de pacientes referidos para atención de Consulta Médica Especializada	ND	0
Número total de pacientes referidos para la atención del Parto a niveles superiores	ND	0
Número total de pacientes referidos para Hospitalización No Quirúrgica	ND	0
Número total de pacientes referidos para la realización de procedimientos quirúrgicos	ND	0
Número total de pacientes referidos a otras Instituciones	ND	0
<b>Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%)</b>	<b>Variación 2012/2011</b>	<b>Meta 2012</b>
Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%)	0.00%	96

**Tabla 126: Indicadores de gestión**

## ANEXO C: Servicios hospitalarios

### 1. Servicios finales

Consulta Externa Médica
<b>Especialidades</b>
Especialidades Básicas
Medicina Interna
Cirugía General
Ginecología
Obstetricia
Sub especialidades
Sub Especialidades de Medicina Interna
Cardiología
Infectología
Nefrología
Neumología
Sub Especialidades de Cirugía
Anestesiología / Algología
Urología
Sub Especialidades de Pediatría
Neonatología
Sub Especialidades de Ginecología
Clínica de Mamas
Infertilidad
Oncología
Sub Especialidades de Obstetricia
Detección de Embarazo de Alto Riesgo
Embarazo de Alto Riesgo
Genética Perinatal
<b>Emergencias</b>
De Medicina Interna
Oncología
De Gineco-Obstetricia
Ginecología
Obstetricia
Otras Atenciones Consulta Emergencia
Emergencia

Otras Atenciones Consulta Externa Médica
Colposcopia
Nutrición
Planificación Familiar
Psicología
Selección

Egresos Hospitalarios
<b>Especialidades Básicas</b>
Ginecología
<b>Sub Especialidades</b>
Sub Especialidad de Medicina Interna
Infectología / Aislamiento
Sub Especialidades de Pediatría
Neonatología
Sub Especialidades de Ginecología
Oncología
Sub Especialidades de Obstetricia
Cirugía Obstétrica
Patología del Embarazo
Puerperio
<b>Partos</b>
Partos vaginales
Partos por Cesáreas
<b>Cirugía Mayor</b>
Electivas para Hospitalización
Electivas Ambulatorias
De Emergencia para Hospitalización
<b>Medicina Crítica</b>
<b>Unidad de Emergencia</b>
Admisiones
Transferencias
<b>Unidad de Cuidados Intensivos</b>
Admisiones
Transferencias

## 2. Servicios Intermedios

<b>Diagnostico</b>
<b>Laboratorio Clínico y Banco de Sangre</b>
Hematología
Consulta Externa
Hospitalización
Emergencia
Referido / Otros
<b>Inmunología</b>
Consulta Externa
Hospitalización
Emergencia
Referido / Otros
<b>Bacteriología</b>
Consulta Externa
Hospitalización
Emergencia
Referido / Otros
<b>Parasitología</b>
Consulta Externa
Hospitalización
Emergencia
Referido / Otros
<b>Bioquímica</b>
Consulta Externa
Hospitalización
Emergencia
Referido / Otros
<b>Banco de Sangre</b>
Consulta Externa
Hospitalización
Emergencia
Referido / Otros
<b>Urianálisis</b>
Consulta Externa
Hospitalización
Emergencia
Referido / Otros

<b>Imagenología</b>
Radiografías
Ultrasonografías
Mamografías Diagnósticas
<b>Anatomía Patológica</b>
Citologías Cérvico Vaginales Leídas
Biopsias Cuello Uterino
Biopsias Mama
Biopsias Otras partes del cuerpo
<b>Otros Procedimientos Diagnósticos</b>
Colposcopias
Electrocardiogramas
<b>Tratamiento y Rehabilitación</b>
Cirugía Menor
Conos Loop
Crioterapias
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria
Recetas Dispensadas de Hospitalización
<b>Trabajo Social</b>
Casos Atendidos



### 3. Servicios Generales

<b>Alimentación y Dietas</b>
<b>Hospitalización</b>
Medicina
Cirugía
Ginecología
Obstetricia
Pediatría
Neonatología
Psiquiatría
Otros (Convenios)

<b>Lavandería</b>
<b>Hospitalización</b>
Medicina
Cirugía
Ginecología
Obstetricia
Pediatría
Neonatología
Psiquiatría
Otros (Convenios)
<b>Consulta</b>
Consulta Médica General
Consulta Médica Especializada
<b>Emergencias</b>
Emergencias
<b>Mantenimiento Preventivo</b>
Números de Orden
<b>Transporte</b>
Kilómetros Recorridos

**Tabla 127: Servicios hospitalarios.**

## ANEXO D: Estadísticas de Atención

A continuación se presentan algunas estadísticas de atención del Hospital con el fin de dimensionar la población atendida para las áreas donde se brindan servicios que mantienen pacientes ingresados, con la acepción de Emergencias donde la estadía de las pacientes es por un breve período.

En las tablas a continuación se tienen las siguientes variables:

- a) Días de estancia: Indica el total de días que han permanecido pacientes mujeres y recién nacidos ingresados en el hospital.
- b) Total de egresos: Indica el total de personas que han sido ingresadas o que han permanecido ocupando una cama en el hospital.
- c) Promedio de Días de Estancia: Consiste en el promedio de días de permanencia de las personas como ingresados en el hospital.
- d) Total de Vivos: Indica la cantidad de personas vivas que han egresado del hospital.
- e) Total de Muertos: Indica la cantidad de fallecidos tanto madres como recién nacidos que han egresado del hospital.
- f) Muertos Antes de 48 horas: Indica la cantidad de fallecidos que murieron antes de 48 horas.
- g) Muertos Después de 48 horas: Indica la cantidad de personas que han fallecido en el hospital luego de 48 horas de estar ingresados.
- h) Muertes Maternas: Indica la cantidad de madres fallecidas para cada área de atención.

**Tabla 128: Diagnósticos del Período del 01/01/2009 al 31/12/2009  
Urbano y Rural / Ambos Sexos**

Área de atención	Días de Estancia	Total Egresos	Promedio Días Estancia	Total Vivos	Total Muertos	Muertos Antes 48 hrs.	Muertos Después 48 hrs.	Muertes Maternas
NEONATOLOGIA	52,919	5,562	9.51	5,403	159	82	77	0
PUERPERIO	15,775	9,463	1.67	9,459	4	3	1	4
CIRUG.OBSTETRIC	12,041	4,405	2.73	4,396	9	7	2	7
INFECTOLOGIA	6,880	1,298	5.30	1,285	13	3	10	8
PATOLOGIA DEL EMBARAZO	5,911	1,837	3.22	1,837	0	0	0	0
CIRUG.GINECOLOG	6,066	1,637	3.71	1,635	2	0	2	0
ONCOLOGIA	3,940	1,128	3.49	1,119	9	4	5	0
<b>Total</b>	<b>103,532</b>	<b>25,330</b>	<b>4.09</b>	<b>25,134</b>	<b>196</b>	<b>99</b>	<b>97</b>	<b>19</b>

Fuente: Hospital Nacional de Maternidad

**Tabla 129: Diagnósticos del Período del 01/01/2010 al 31/12/2010  
Urbano y Rural / Ambos Sexos**

Área de atención	Días de Estancia	Total Egresos	Promedio Días Estancia	Total Vivos	Total Muertos	Muertos Antes 48 hrs.	Muertos Después 48 hrs.	Muertes Maternas
NEONATOLOGIA	55,849	5,371	10.40	5,161	210	107	103	0
PUERPERIO	15,999	8,816	1.81	8,811	5	2	3	5
CIRUG.OBSTETRIC	12,744	4,275	2.98	4,266	9	6	3	9
INFECTOLOGIA	6,663	1,129	5.90	1,121	8	1	7	6
PATOLOGIA DEL EMBARAZO	6,491	1,915	3.39	1,912	3	1	2	3
GINECOLOGIA	4,479	1,176	3.81	1,171	5	4	1	4
ONCOLOGIA	4,076	1,069	3.81	1,054	15	5	10	1
CIRUG.GINECOLOG	2,824	759	3.72	759	0	0	0	0
EMERGENCIA	883	716	1.23	716	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>110,008</b>	<b>25,226</b>	<b>4.36</b>	<b>24,971</b>	<b>255</b>	<b>126</b>	<b>129</b>	<b>28</b>

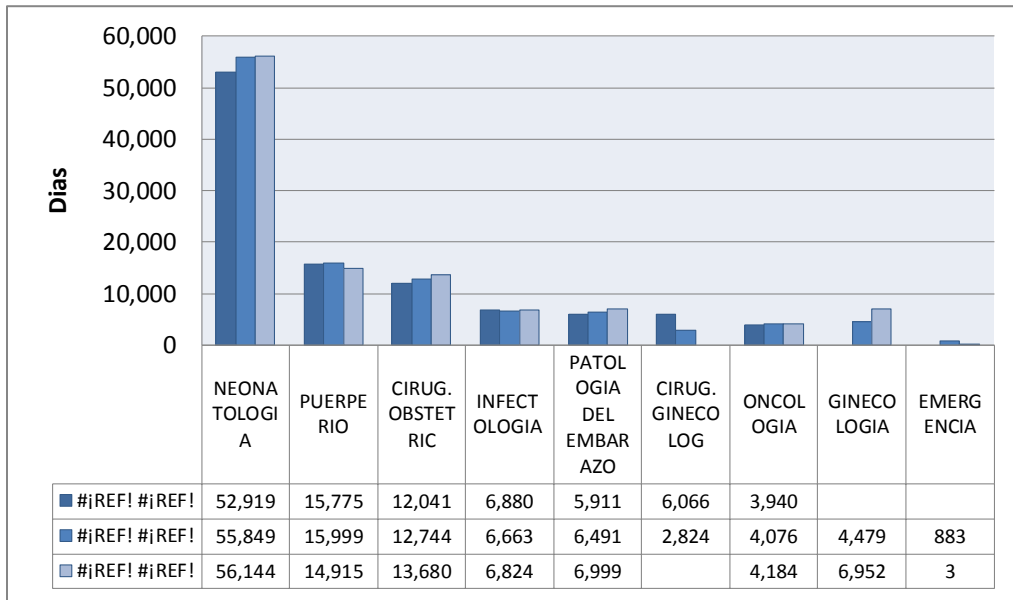
Fuente: Hospital Nacional de Maternidad

**Tabla 130: Diagnósticos del Período del 01/01/2011 al 31/12/2011  
Urbano y Rural / Ambos Sexos**

Área de atención	Días de Estancia	Total Egresos	Promedio o Días Estancia	Total Vivos	Total Muertos	Muertos Antes 48 hrs.	Muertos Después 48 hrs.	Muertes Maternas
NEONATOLOGIA	56,144	5,557	10.10	5,322	235	103	132	0
PUERPERIO	14,915	8,162	1.83	8,161	1	1	0	1
CIRUG.OBSTETRIC	13,680	4,396	3.11	4,388	8	1	7	8
PATOLOGIA DEL EMBARAZO	6,999	2,176	3.22	2,174	2	1	1	2
GINECOLOGIA	6,952	1,858	3.74	1,852	6	2	4	0
INFECTOLOGIA	6,824	1,193	5.72	1,189	4	1	3	3
ONCOLOGIA	4,184	1,321	3.17	1,311	10	4	6	1
EMERGENCIA	3	3	1.00	0	3	3	0	2
Total	109,701	24,666	4.45	24,397	269	116	153	17
Fuente: Hospital Nacional de Maternidad								

En los gráficos siguientes se pueden ver de manera comparativa cada variable para cada área de atención. Los espacios en blanco indicados en la parte baja de la gráfica significan que no se tiene estadísticas de dicha variable para esa área.

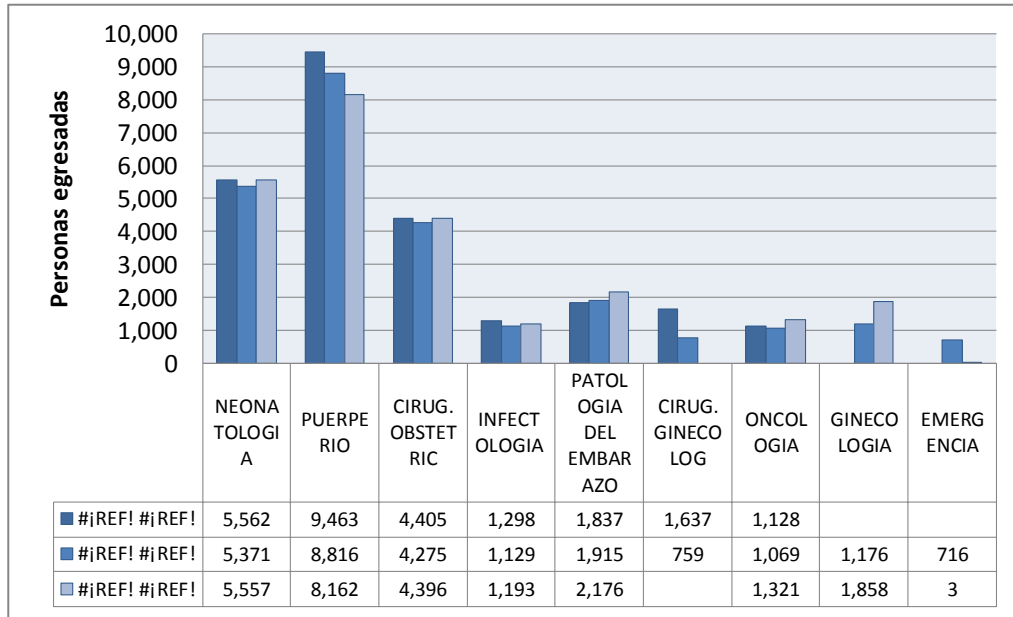
**Gráfico 30: Días de Estancia**



Fuente: Elaboración propia

En esta Grafica se puede observar que el área de Neonatología, tiene la mayor cantidad de días de estancia con un 51.02 % del acumulado en los últimos tres años, con un incremento del 2009 al 2011 de un de un 6.1 %. Seguido de Puerperio que representa el 14.44 % de los últimos tres años con una disminución del 2009 al 2011 de en un 5.5 de días de estancia. El tercer lugar lo ocupa Cirugía Obstetricia con un 11.90 % y un incremento 13.6 % con respecto al año 2009.

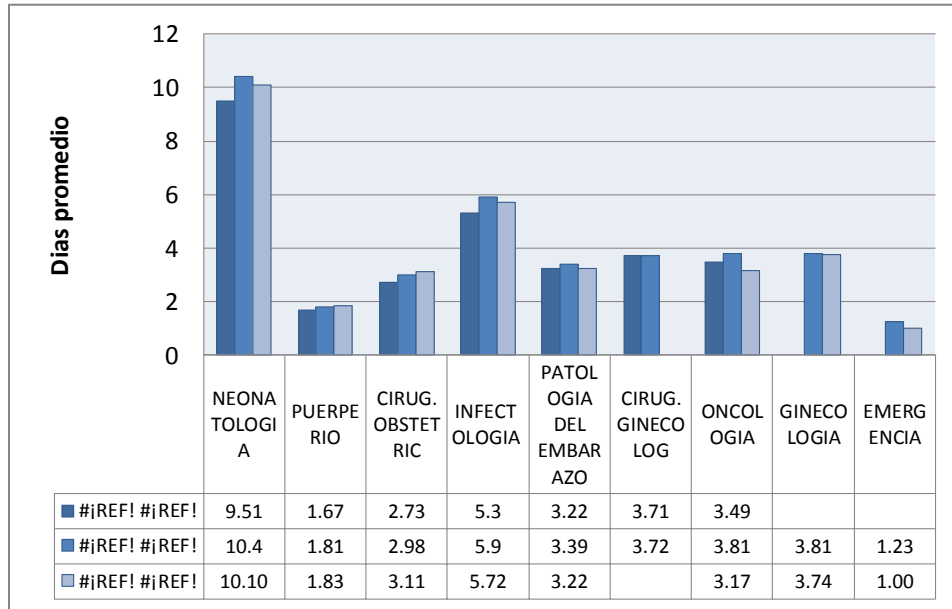
**Gráfico 31: Total de Egresos**



Fuente: Elaboración propia

En este grafico se puede observar la demanda que ha tenido cada área en materia personas atendidas que han requerido ingreso para recibir atención médica. Se observa que es en el área de Puerperio donde ha habido la mayor cantidad de egresos en los últimos 3 años con un 35.15%, seguido de neonatología con un 21.92% y en tercer lugar cirugía obstetricia con un 17.38%. La tendencia en la demanda en Puerperio ha disminuido en un 13.7 % con respecto al año 2009, así mismo Neonatología presenta prácticamente el mismo nivel con respecto al 2009 salvo por la disminución de un 3.4% en el año 2010. En Cirugía Obstetricia se mantiene en un comportamiento similar con respecto al 2009 pero hubo una disminución de un 3% en el año 2010.

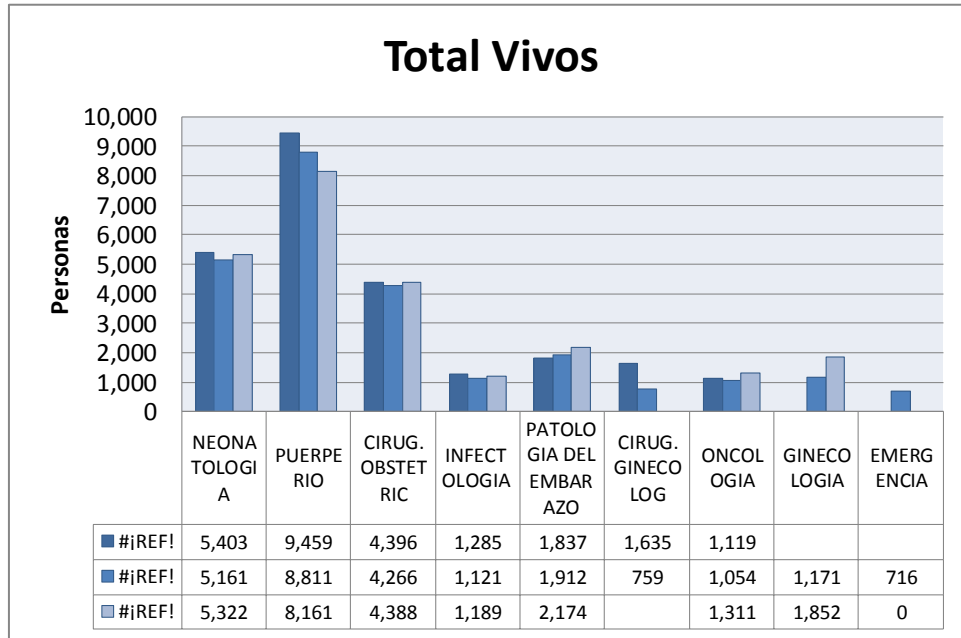
**Gráfico 32: Promedio de días de estancia**



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico observa que el área con mayor días de estancia es la de neonatología con un promedio de 10 días, esto debido a que es el área encargada de brindar la atención necesaria a los recién nacidos. Seguido de Infectología con un promedio de 5 días y medio de estancia.

**Gráfico 33: Total de Vivos**

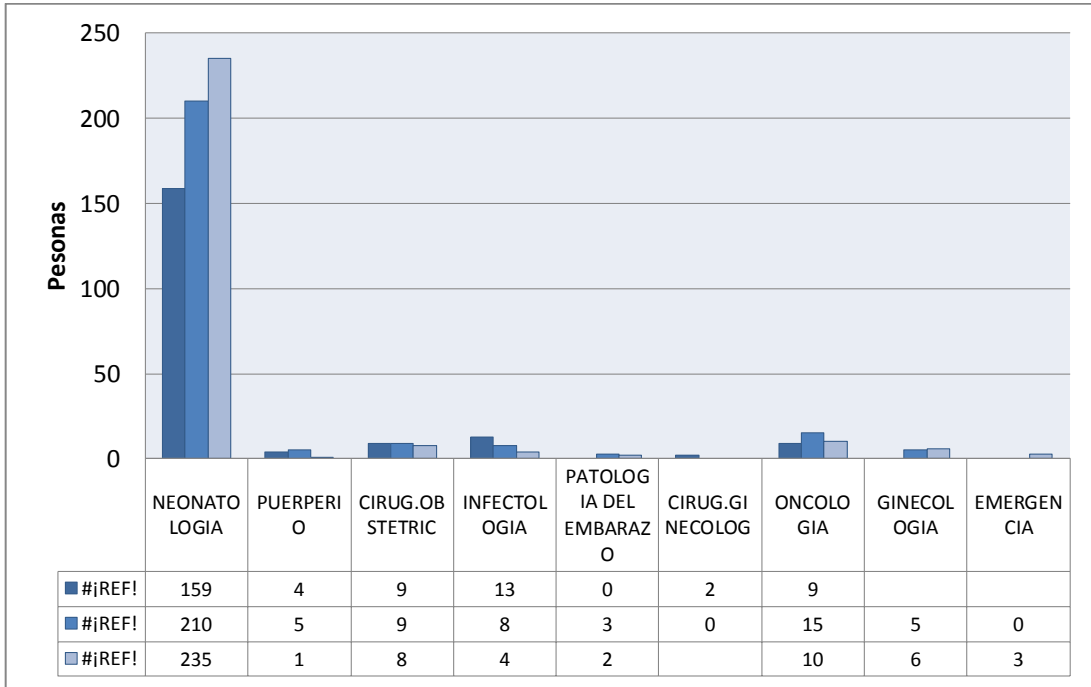


Fuente: Elaboración propia

En este grafico se observa las personas egresadas, excluyendo los fallecidos. La cantidad de cada área está relacionada con la demanda de cada una de ellas (se puede ver en el grafico 2)



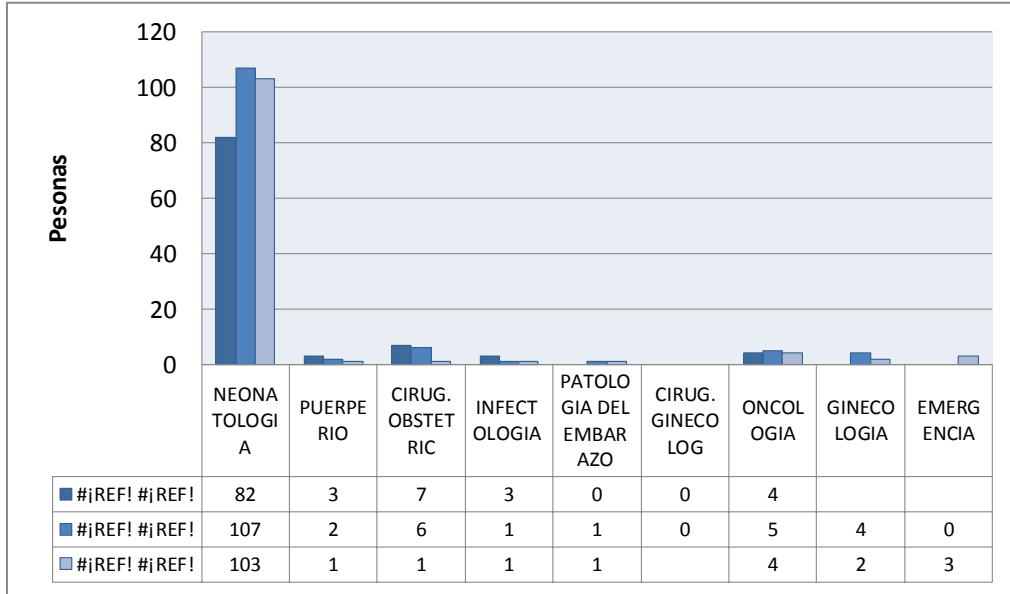
**Gráfico 34: Total de Muertos**



Fuente: Elaboración propia

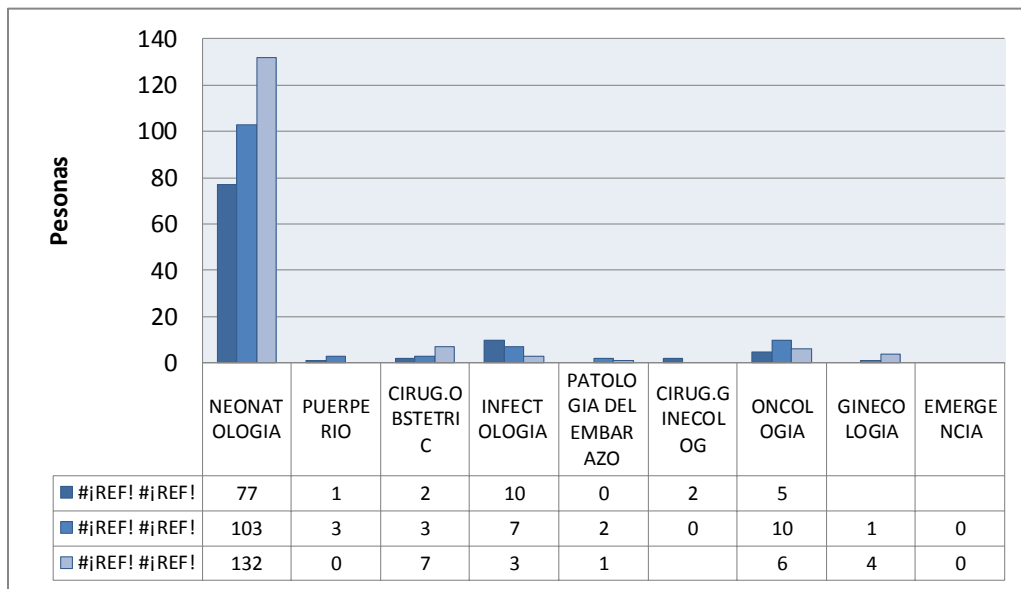
Este gráfico denota la cantidad de muertos por área de atención, en el que se observa que las muertes se dan en un 83.89% en Neonatología en los últimos 3 años. Además se observa que con respecto al año 2009 ha habido un incremento de 47.8%, en ambos años la cantidad de egresos ha sido muy similar. También para el año 2010 hubo un incremento de un 32.1% año en el que los egresos fueron menores con un 3.4 % con respecto al 2009.

**Gráfico 35: Muertos Antes 48 hrs**



Fuente: Elaboración propia

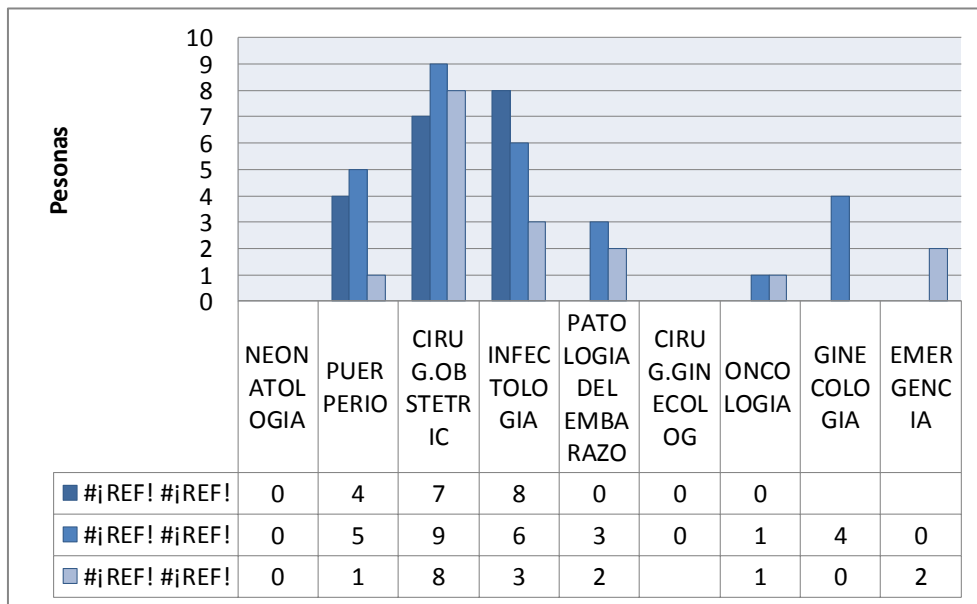
**Gráfico 36: Muertos Después 48 hrs**



Fuente: Elaboración propia

En estos gráficos se tienen las muertes antes y después de 48 horas, esto se debe a que el hospital está obligado a darle prioridad a la atención del recién nacido en las primeras 48 horas. Se observa que la proporción en neonatología es similar en para ambas clasificaciones, para el año 2009 y 2010 se tiene una mayor cantidad de muertes en las primeras 48 horas y en el año 2011 se tiene después de 40 horas la mayor cantidad de muertes de recién nacidos.

**Gráfico 37: Muertes Maternas**



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico, se observa que en Cirugía Obstétrica se tiene la mayor cantidad de muertes maternas con un 37.50%, seguido de Infectología con un 26.56% y en tercer lugar por Puerperio con 15.63%.

En las tablas 5, 6 y 7 se tiene el total de consultas realizadas en el hospital del 2009 al 2011, estas consultas se caracterizan porque los pacientes no requieren internarnos en el hospital y se clasifican de la siguiente forma:

- Consulta Externa: En consulta externa se imparte atención médica a los enfermos no internados y cuyo padecimiento les permite acudir al hospital. La atención médica en consulta externa puede ser de diversa índole pero principalmente consiste en el interrogatorio y examen que conducen al diagnóstico y a la prescripción de un tratamiento.
- Emergencia: Son consultas que responden a aquellas situaciones urgentes que ponen en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano.

**Tabla 131: Consultas 2009**

Tipo de consulta	Consultas Primera vez	Consultas Subsecuentes	Total
Consulta Externa	21,705	52,940	74,645
Emergencia	29,878	2,539	32,417
Total	51,583	55,479	107,062

Fuente: Hospital Nacional de Maternidad

**Tabla 132: Consultas 2010**

Tipo de consulta	Consultas Primera vez	Consultas Subsecuentes	Total
Consulta Externa	14,457	67,946	82,403
Emergencia	24,808	3,112	27,920
Total	39,265	71,058	110,323

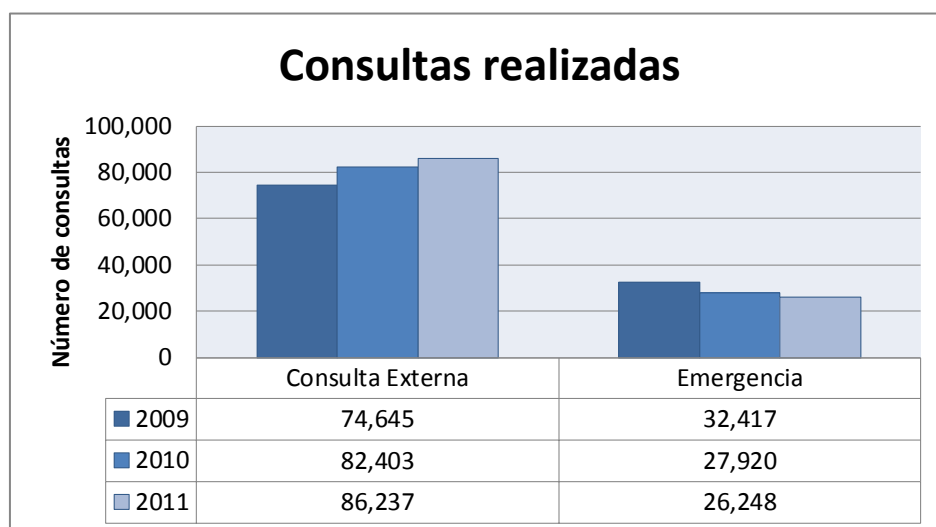
Fuente: Hospital Nacional de Maternidad

**Tabla 133: Consultas 2011**

Tipo de consulta	Consultas Primera vez	Consultas Subsecuentes	Total
Consulta Externa	12,177	74,060	86,237
Emergencia	23,772	2,476	26,248
Total	35,949	76,536	112,485

Fuente: Hospital Nacional de Maternidad

**Gráfico 38: Consultas realizadas**



Fuente: Elaboración propia

En este grafico se tiene el total de consultas para los dos tipos, del total de consultas para los últimos tres años el 73.75% ha sido Consulta Externa y un 26.25% de Emergencia. Con respecto al año 2009 ha habido un incremento de la Consulta Externa un 15.5% y de Emergencia ha habido una disminución de un 19% con respecto al mismo año.

## ANEXO E: Recursos del Hospital

Para dimensionar de manera general los recursos del hospital se consideran los siguientes tres tipos de recurso:

- ✓ Recurso Humano
- ✓ Presupuesto
- ✓ Número de camas

### Recurso Humano

En la tabla siguiente se tiene la cantidad de empleados que labora en hospital según el tipo de nombramiento. En la que se puede observar que según la mayor cantidad de empleados pertenecen al Personal auxiliar de enfermería con un 35.28%, seguido del personal de enfermería con un 15.10% y en tercer lugar los médicos especialistas de ginecología y obstetricia con un 8.07%.

Tabla 134: Recurso Humano del hospital

Plazas según nombramiento	No. Plazas - GOES
Médicos Consulta a Empleados	2
Médico especialista de Ginecología y Obstetricia	54
Medico Sub-especialista de Ginecología y Obstetricia	59
Neonatólogos	22
Médicos sub-especialistas (otros)	37
Médicos residentes de primer año	15
Médicos residentes de segundo año	12
Médicos residentes de tercer año	12
Médicos residentes de cuarto año	4
Personal de enfermería	102
Personal auxiliar de enfermería	236
Practicantes Internos	40
Personal que labora en Anatomía patológica	6
Personal que labora en Banco de sangre	8
Personal que labora en Fisioterapia	2
Personal que labora en Farmacia	9
Personal que labora en Ultrasonografía	
Personal que labora en Radiología e imágenes	11
Personal que labora en Laboratorio	22
Personal que labora en Trabajo Social	7
Nutricionistas	1
Psicólogos	2
Otros RR.HH.	25
Total	688

## Presupuesto del Hospital

En la tabla siguiente se tiene el presupuesto asignado, para cada área del Hospital Nacional de Maternidad.

**Tabla 135: Presupuesto 2011**

Ingresos Corrientes		
14 Venta de Bienes y Servicios		3,000
142 Ingresos por Prestación de Servicios Públicos		
14202 Servicios de Educación y Salud	3,000	
15 Ingresos Financieros y Otros		17,860
154 Arrendamiento de Bienes		
15402 Arrendamiento de Bienes Inmuebles	12,000	
157 Otros Ingresos no Clasificados		
15799 Ingresos Diversos	5,860	
16 Transferencias Corrientes		12,497,220
162 Transferencias Corrientes del Sector Público		
1623200 Ramo de Salud Pública y Asistencia Social	12,497,220	
<b>Total</b>		<b>12,518,080</b>

Fuente : Ministerio de Salud<sup>45</sup>

**Tabla 136: Presupuesto 2012**

Ingresos Corrientes		1,260
14 Venta de Bienes y Servicios		
142 Ingresos por Prestación de Servicios Públicos		
14202 Servicios de Educación y Salud	1,260	
15 Ingresos Financieros y Otros		20,000
154 Arrendamiento de Bienes		
15402 Arrendamientos de Bienes Inmuebles	12,000	
157 Otros Ingresos no Clasificados		
15799 Ingresos Diversos	8,000	
16 Transferencias Corrientes		13,629,450
162 Transferencias Corrientes del Sector Público		
1623200 Ramo de Salud	13,629,450	
<b>Total</b>		<b>13,650,710</b>

Fuente : Ministerio de Salud<sup>46</sup>

<sup>45</sup> [www.salud.gov.sv/index.php/marco-presupuestario/presupuesto-actual](http://www.salud.gov.sv/index.php/marco-presupuestario/presupuesto-actual)

<sup>46</sup> Idem

En consultas con pacientes en tránsito se tiene: Consulta Nutrición, Consulta Adolescente, Consulta Externa, Consulta empleados, Medicina Interna General, Consulta Cardiológica, Consulta Neumológica, Consulta Infectológica, Consulta Nefrológica, Consulta Cirugía General, Consulta Urología, Consulta Oncológica, Consulta Infertilidad, Consulta Planificación Familiar, Consulta de Mama, Consulta Embarazo de Alto Riesgo, Consulta Infectología Pediátrica y Consulta de Emergencia General.

En Unidades de Apoyo Medico se tiene: Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos, Unidad de Cuidados Intermedios, U.C.E, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatología, Quirófano Obstetricia, Centro Quirúrgico, Cirugía Ambulatoria, Fisioterapia y Quimioterapia.

### Número de Camas

El número de camas del hospital es de gran relevancia como recurso en la administración hospitalaria, dado que indica en cierta forma, la capacidad instalada que tiene para atender pacientes que requieren atención médica por varios días. El área de atención que tiene el mayor número de camas es Neonatología con un 26%, seguido de Puerperio con un 21% y en tercer lugar Cirugía Obstetricia con un 15%.

**Tabla 137: Número de Camas del hospital**

Área de atención	No. Camas	% Camas
Puerperio	49	21%
Cirugía Obstétrica	35	15%
Patología del Embarazo	30	13%
Infectología	16	7%
Ginecología	27	12%
Oncología	15	6%
Neonatología	60	26%
<b>Total</b>	<b>232</b>	<b>100%</b>

Fuente : Hospital Nacional de Maternidad



## ANEXO F. Indicadores de Gestión de actividades hospitalarias

<b>Tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada (días)</b>
Medicina Interna
Cirugía
Ginecología
Obstetricia
Pediatría
Psiquiatría
<b>Cirugía electiva</b>
Porcentaje de Cirugías electivas canceladas
Tiempo promedio de espera para cirugía electiva (Días)
<b>Porcentaje de cesáreas</b>
Porcentaje de Cesáreas
<b>Porcentaje de infecciones nosocomiales</b>
Porcentaje infecciones nosocomiales
<b>Pacientes recibidos de otras instituciones</b>
Número total de pacientes recibidos para atención de Consulta Médica Especializada
Número total de pacientes recibidos para la atención del Parto
Número total de pacientes recibidos para Hospitalización No Quirúrgica
Número total de pacientes recibidos para la realización de procedimientos quirúrgicos
Número total de pacientes recibidos de otras Instituciones
<b>Pacientes referidos a otras instituciones</b>
Número total de pacientes referidos para atención de Consulta Médica Especializada
Número total de pacientes referidos para la atención del Parto a niveles superiores
Número total de pacientes referidos para Hospitalización No Quirúrgica
Número total de pacientes referidos para la realización de procedimientos quirúrgicos
Número total de pacientes referidos a otras Instituciones
<b>Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%)</b>
Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%)

**Tabla 138: Indicadores de Gestión de actividades hospitalarias.**

## ANEXO G. Servicios de Apoyo para cada Proceso Clave

Servicios de Apoyo		ATENCIÓN DE PARTO Y POSTPARTO				ATENCIÓN DEL RN		
Unidad	Actividad	SALA DE PARTOS	SALA DE OPERACIONES (PARTOS POR CESAREA)	PUERPERIO	CIRUGIA OBSTÉTRICA	NEONATOLOGIA CUIDADOS INTENSIVOS	NEONATOLOGIA CUIDADOS INTERMEDIO	NEONATOLOGIA CUIDADOS MINIMOS
Laboratorio	Hematología	x		x	x	x	x	x
	Química clínica	x		x	x	x	x	x
	Coprología-urinalisis	x		x	x	x	x	x
	Bacteriología	x		x	x	x	x	x
	Coagulación	x		x	x	x	x	x
	Serología e inmunología	x		x	x	x	x	x
	Pruebas especiales	x		x	x	x	x	x
	Infertilidad							
Radiología e imágenes medicas	Rayos X de tórax, abdomen y cráneo	x		x	x	x	x	x
	Enema baritado, pielograma endovenoso, tubo digestivo superior, histerosalpingograma				x			
	Ultrasonografía general	x		x	x			
Ultrasonografía	Ultrasonografías ginecológicas, de mama, obstétricas y neonatales	x		x	x	x	x	x
Farmacia	Actividades de farmacia	x		x	x	x	x	x
Fisioterapia	Detección de malformaciones musculoesqueléticas de recién nacidos en hospitalización,			x	x	x	x	x
	Sesiones de fisioterapia			x	x	x	x	x
Banco de Sangre	Atención de donantes,	x			x	x	x	x
	Pruebas especiales (VIH, RPR, hepatitis B, C, chagas)	x		x	x	x	x	x
	Preparación de componentes	x			x	x	x	x
Anatomía patológica	Estudio de biopsias	x						
	Citologías cervicovaginales y extravaginales	x						
	Morgue	x						
Unidad de Nutrición y Dietas			x	x	x	x	x	
Trabajo Social		x		x	x	x	x	x
Estadística y Documentos medicos	Generación de informes,	x		x	x	x	x	x
	Admisión de pacientes	x		x	x			
	Otorgamiento de citas	x		x	x			
	Información a visitantes	x		x	x	x	x	x
	Archivo clínico	x		x	x	x	x	x

Servicios de Apoyo		CONSULTA EXTERNA	EMERGENCIAS	ATENCIÓN DE PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS Y DEL EMBARAZO (HOSPITALIZACIÓN)			
Unidad	Actividad	CONSULTA EXTERNA	EMERGENCIAS	PERINATOLOGÍA	INFECTOLOGÍA	ONCOLOGÍA	GINECOLOGÍA
Laboratorio	Hematología	x	x	x	x	x	x
	Química clínica	x	x	x	x	x	x
	Coprología-urianálisis	x	x	x	x	x	x
	Bacteriología	x	x	x	x	x	x
	Coagulación	x	x	x	x	x	x
	Serología e inmunología	x	x	x	x	x	
	Pruebas especiales	x	x	x	x	x	x
Radiología e imágenes medicas	Infertilidad	x					
	Rayos X de tórax, abdomen y cráneo	x	x	x	x	x	x
	Enema baritado, pielograma endovenoso, tubo digestivo superior, histerosalpingograma				x	x	
Ultrasonografía	Ultrasonografía general	x		x	x	x	x
	Ultrasonografías ginecológicas, de mama, obstétricas y neonatales	x	x	x	x	x	x
Farmacia		x	x	x		x	
	Actividades de farmacia				x		x
Fisioterapia	Detección de malformaciones musculoesqueléticas de recién nacidos en hospitalización,	x		x	x		
	Sesiones de fisioterapia	x		x	x	x	
Banco de Sangre	Atención de donantes,				x	x	
	Pruebas especiales(VIH, RPR, hepatitis B, C, chagas)	x	x	x	x		
	Preparación de componentes		x		x		x
Anatomía patológica	Estudio de biopsias	x	x	x	x	x	
	Citologías cervicovaginales y extravaginales	x	x	x	x	x	
	Morgue		x		x	x	
Unidad de Nutrición y Dietas		x		x		x	
Trabajo Social	Atención al Ciudadano	x	x	x	x	x	x
Estadística y Documentos medicos	Generación de informes,	x	x	x	x	x	x
	Admisión de pacientes	x	x	x	x	x	x
	Otorgamiento de citas	x	x	x	x	x	x
	Información a visitantes	x	x	x	x	x	x
	Archivo clínico	x	x	x	x	x	x

Servicios de Apoyo		INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	CUIDADOS INTENSIVOS Y ESPECIALES ADULTOS
Unidad	Actividad	SALA DE OPERACIONES	UCIA/ UCE
Laboratorio	Hematología	x	x
	Química clínica	x	x
	Coprologia-urianalisis	x	x
	Bacteriología	x	x
	Coagulacion	x	x
	Serología e inmunología	x	x
	Pruebas especiales	x	x
Radiología e imágenes medicas	Infertilidad	x	x
	Rayos X de tórax, abdomen y cráneo	x	x
	Enema baritado, pielograma endovenoso, tubo digestivo superior, histerosalpingograma		x
Ultrasonografía	Ultrasonografía general		x
	Ultrasonografías ginecológicas, de mama, obstétricas y neonatales		x
Farmacia		x	
	Actividades de farmacia		x
Fisioterapia	Detección de malformaciones musculoesqueleticas de recién nacidos en hospitalización,		x
	Sesiones de fisioterapia		x
Banco de Sangre	Atención de donantes,	x	x
	Pruebas especiales(VIH, RPR, hepatitis B, C, chagas)	x	x
	Preparación de componentes	x	x
Anatomía patológica	Estudio de biopsias	x	x
	Citologías cervicovaginales y extravaginales	x	x
	Morgue	x	x
Unidad de Nutrición y Dietas			x
Trabajo Social	Atención al Ciudadano	x	x
Estadística y Documentos medicos	Generacion de informes,	x	x
	Admision de pacientes	x	x
	Otorgamiento de citas	x	
	Informacion a visitantes	x	x
	Archivo clinico	x	x

## ANEXO H. Procedimientos

En este apartado se muestran los procedimientos documentados siguientes:

### PROCESO ATENCIÓN DE PARTO Y POSTPARTO

- Procedimiento de admisión y evaluación clínica de la paciente.
- Procedimiento de monitoreo de trabajo de parto.
- Procedimiento de atención de parto natural.
- Procedimiento de atención directa al recién nacido.
- Procedimiento de vigilancia de puerperio inmediato.
- Procedimiento de traslado a otros servicios.
- Procedimiento para admisión de pacientes a Puerperio
- Procedimiento para atención medica diaria de pacientes ingresadas
- Procedimiento para la elaboración y cumplimiento de los requisitos del alta
- Procedimiento de coordinación de esterilizaciones post parto vaginal
- Procedimiento de elaboración del PAO
- Procedimiento para elaboración de memoria de labores
- Procedimiento para coordinación de reuniones administrativas
- Procedimiento de atención de parto por cesárea.
- Procedimiento para admisión de pacientes a Cirugía Obstétrica
- Procedimiento para atención medica diaria de pacientes ingresadas
- Procedimiento para la elaboración y cumplimiento de los requisitos del alta
- Procedimiento de coordinación de esterilizaciones post parto CESÁREA
- Procedimiento de elaboración del PAO
- Procedimiento para elaboración de memoria de labores

## PROCESO DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

- Procedimiento de traslado del recién nacido a los servicios de neonatología.
- Procedimiento de ingreso del RN a UCIN.
- Procedimiento médico diario de atención del RN crítico ingresado.
- Procedimiento de Ingreso del RN a RNI.
- Procedimiento médico diario de atención del recién nacido enfermo en RNI.
- Procedimiento de Ingreso del recién nacido a RNCM.
- Procedimiento médico diario de atención del RN ingresado con riesgo de enfermedad.
- Procedimiento de revisión y cumplimiento de indicaciones médicas del expediente clínico.
- Procedimiento de educación familiar en UCI RNI y RNCM.

## SOPORTE AL DIAGNOSTICO

- Procedimiento para la obtención de resultados de laboratorio clínico

## TRABAJO SOCIAL

- Procedimiento para revisar expedientes.
- Procedimiento para la corroboración de la identidad de la madre.
- Procedimiento para el aseguramiento de la protección del recién nacido.
- Procedimiento para el trámite de interconsultas del recién nacido.
- Procedimiento para el trámite de interconsultas de la paciente adulta.
- Procedimiento de trabajo social con la paciente hospitalizada
- Procedimiento de trabajo social con el recién Nacido
- Procedimiento de trabajo social con la paciente oncológica
- Procedimiento de consejería en VIH y agresión sexual

- Procedimiento para el trámite de interconsultas paciente adulta.
- Procedimiento para el trámite de interconsulta del recién nacido.
- Procedimiento para estudios sociales.

#### FARMACIA

- Procedimiento para la suministro de medicamento a los servicios
- Procedimiento para el suministro de medicamentos por dosis unitaria
- Procedimiento para el abastecimiento interno de medicamentos
- Procedimiento para el abastecimiento anual de medicamentos
- Procedimiento para la transferencia de medicamentos a otros hospitales
- Procedimiento para la obtención de medicamentos de otros hospitales

#### BANCO DE SANGRE

- Procedimiento para la realización de exámenes a pacientes Hospitalizados
- Procedimiento para la realización de transfusiones
- Procedimiento para otorgar citas a donantes
- Procedimiento para la atención de donantes de sangre

#### NUTRICIÓN Y DIETAS

- Procedimiento para la atención nutrición de paciente hospitalizado.
- Procedimiento para servir los alimentos.

#### GESTIÓN DEL ABASTECIMIENTO

- Procedimiento de Adquisición y compra interna por libre gestión

- Procedimiento de Adquisición y compra interna por licitación y/o concurso público por invitación.
- Procedimiento de contratación directa por calificado por urgencia.
- Procedimiento de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos.

#### PROCESO DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

- Procedimiento de Elaboración de Plan Integral de Capacitaciones
- Procedimiento de selección de Facilitadores
- Procedimiento de realización del perfil de la capacitación
- Procedimiento de selección de participantes de capacitación
- Procedimiento de evaluación de capacitación

#### GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

- Procedimiento de reclutamiento de personal.
- Procedimiento de Selección de Personal.
- Procedimiento de inducción del personal.
- Procedimiento de Apertura y actualización de expediente.

#### SERVICIOS GENERALES

- Procedimiento de Solicitud de Mantenimiento.
- Procedimiento de Mantenimiento Correctivo.



## **ANEXO I. ROLES Y RESPONSABILIDADES**

### **DIRECCIÓN DEL HOSPITAL**

- Establecer directrices generales para el sistema de gestión de la calidad.
- Garantizar la disponibilidad oportuna de los recursos necesarios para la realización del proyecto.
- Evaluar el proyecto con el Representante de la Dirección a intervalos definidos.
- Asegurar el establecimiento de los procesos de comunicación apropiados para dar a conocer la eficacia del proyecto.

### **REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN**

- Controlar el cumplimiento del programa de trabajo.
- Definir el modelo de procesos del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Revisar con los responsables de los procesos la documentación de los mismos.
- Establecer las estrategias de comunicación para informar a todos los funcionarios de la entidad sobre el estado y avance del proyecto.
- Proponer acciones correctivas y preventivas ante la aparición de problemas reales y potenciales en la realización del proyecto.

### **COMITÉ DE CALIDAD**

- Aportar el conocimiento técnico y el soporte administrativo requerido para la realización de los trabajos de levantamiento de los procesos y procedimientos restantes de la institución.
- Realizar todas las actividades requeridas para el desarrollo del proyecto.
- Adoptar las directrices, procedimientos, instructivos etc. divulgados durante la fase de implementación del sistema de calidad y mantener la evidencia objetiva de que ello se realizó.
- Validar y homologar la información referente al sistema de calidad.
- Revisar y homologar la documentación elaborada.
- Divulgar los procedimientos documentados y demás información propia del proceso a todos las personas que intervienen.
- Proponer acciones correctivas y preventivas ante la aparición de problemas reales y potenciales en la realización del proyecto.
- Participar en la sensibilización, capacitación y toma de conciencia del personal respecto a los objetivos del proyecto.

**ASESOR (En los casos que se utilice)**

- Coordinar, revisar, aprobar los planes y programas resultantes de cada una de las fases del proyecto.
- Acompañar y brindar asesoría en las diferentes fases definidas para la realización de proyecto.
- Efectuar el diagnóstico y elaborar el informe correspondiente.
- Validar y ajustar el informe de diagnóstico.
- Elaborar programa de trabajo para el diseño, implantación y verificación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Revisar los documentos elaborados de acuerdo con los requisitos de la norma, y proponer mejoras de acuerdo con los resultados de la revisión.
- Acompañar a los funcionarios de la entidad en la determinación de las acciones correctivas y orientar su implementación.

## ANEXO J. PLAN DE COMUNICACIONES DEL PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

<b>FASE</b>	<b>MENSAJE</b>	<b>MEDIO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PERCEPTOR</b>	<b>RESPUESTA</b>
	¿Qué se comunica?	¿Quién comunica?	¿Cómo le comunica?	¿A quién se le comunica?	¿Cómo se retroalimenta?
Todo el proyecto	Noticias de Avance del proyecto de implementación del SGC.	Representante de la Dirección	Boletín propio para el proyecto.	Cada 2 meses	Todo el personal
			Carteleras en las dependencias	Cada mes.	Todo el personal
			Página Web	Cada mes.	Publico
Todo el proyecto	Mensajes de compromiso de la dirección con la implantación del sistema y de información sobre el proyecto.	Representante de la Dirección	Reuniones con el personal	Dos veces durante el proyecto	Todo el personal
Planeación	Plan de trabajo detallado	Representante de la Dirección	Reuniones con el personal	Cuando se elabora la administración del proyecto	Personal involucrado

## ANEXO K DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

### 1 Documentos del Apartado 4: Sistema de Gestión de Calidad

Apartado	TIPO	CODIGO	NOMBRE	Referencia
4.1.0	Procedimiento	CP.4.1.0.01	Procedimiento para el control y evaluación de los proveedores	607
4.1.0	Procedimiento	FO.4.1.0.01	Formato de registro Control y seguimiento del Proveedor Calificado.	612
4.1.0	Procedimiento	FO.4.1.0.02	Formato de Registro listado de proveedores calificados	615
4.1.0	Procedimiento	FO.4.1.0.03	Formato de Registro de Evaluación de Proveedores en Base a Antecedentes Históricos	618
4.1.0	Formato	FO.4.1.0.05	Formato de ficha de caracterización de procedimientos	620
4.1.0	Mapa de procesos	MP.4.1.0.01	Mapeo de procesos	623
4.2.1	Listado de documentos	LD.4.2.1.01	Listado maestro de documentos	647
4.2.1	Listado de documentos	LD.4.2.1.02	Listado maestro de documentos externos	656
4.2.1	Matriz	MT.4.2.1.01	Matriz de requisitos de la norma que aplican a cada proceso	657
4.2.1	Plataforma Estratégica	PE.4.2.1.01	Plataforma estratégica	660
4.2.1	Plataforma Estratégica	PE.4.2.1.02	Estructura Organizativa	673
4.2.2	Manual	MA.4.2.2.01	Manual de Calidad (Capítulo 2)	-
4.2.3	Procedimiento	CP.4.2.3.01	Procedimiento para la elaboración y control de documentos internos y externos	674
4.2.3	Instructivo	IN.4.2.3.01	Instructivo para la elaboración de documentos	685
4.2.3	Formato	FO.4.2.3.01	Formato solicitud de elaboración o modificación de documentos del SGC	696
4.2.3	Formato	FO.4.2.3.02	Formato de distribución de documentos	697
4.2.3	Formato	FO.4.2.3.03	Formato lista de asistencia a divulgación de documentos	698
4.2.3	Formato	FO.4.2.3.04	Formato de actas de reunión	699

<b>Apartado</b>	<b>TIPO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>Referencia</b>
4.2.4	Procedimiento	CP.4.2.4.01	Procedimiento para el control de los registros	700
4.2.4	Listado de documentos	LD.4.2.4.01	Listado maestro de registros	704
4.2.4	Listado de documentos	LD.4.2.4.02	Tabla de retención documental	705



**CÓDIGO : CP.4.1.0.01**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA:31/03/13**

**PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y EVALUACION DE LOS PROVEEDORES**

- 1 **Unidades Ejecutantes:** UACI y unidades a las que pertenece el especialista de compra.
- 2 **Objetivo:** Evaluar y calificar los proveedores de productos y servicios adquiridos.
- 3 **Alcance:** Se aplica a proveedores cuyos productos o servicios incidan en los procesos de interés desde la producción hasta la recepción de los mismos.
- 4 **Definiciones:**
  - 4.1 Proveedor: es la persona natural o jurídica que cumple con las exigencias establecidas para prestar servicios o entregar suministros.
  - 4.2 Proveedor de Productos o suministros/Contratista: persona natural o jurídica que luego de un proceso de cotización o licitación.
  - 4.3 Productos: corresponde a la clasificación genérica para compras generales de bienes y productos tangibles.
  - 4.4 Servicios: corresponde a la clasificación genérica para compras de servicios obras contratistas y otros servicios.
  - 4.5 Especialista de Compra: encargado de realizar la orden de compra de acuerdo a la necesidad existente.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Haber realizado la contratación del servicio o producto.
  - 5.2
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Aprobación de evaluación.
- 7 **Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Ley de Adquisiciones y Contrataciones Institucional.
	Manual de Funciones de la Institución.
- 8 **Documentos externos:**

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción

**9 Indicadores:**

Código	Nombre
	Calificación de Proveedor

**10 Registros:**

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
CP.4.1.0.04	Evaluación de proveedores en base a antecedentes históricos.	Especialista de Compra	Físico/electrónico	UACI/Unidad a la que pertenece el especialista de compra.	3 años
CP.4.1.0.02	Control y seguimiento del proveedor calificado	Especialista de Compra	Físico/electrónico	UACI/Unidad a la que pertenece el especialista de compra.	3 años
CP.4.1.0.03	Listado de Proveedores Calificados.	Jefe de UACI	Físico/electrónico	UACI	1 año


**11 Recursos:**

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Especialista de Compra Jefe de Unidad y Adquisiciones Contrataciones de Internas	Personal con formación específica
Papelería	Papel para orden de compra. Papel para Registros	Registro formalizados por la unidad de estadísticas



**12 Unidades de soporte**

Tipo de soporte	Área proveedora
Sistemas de información	Unidad de informática
Presupuesto	Unidad de Finanzas


Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres

	<b>GESTION DEL ABASTECIMIENTO.</b>	Código: CP.4.1.0.01
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y EVALUACION DE LOS PROVEEDORES</b>	Versión: 1
		Página 3 de 10

### 13 Descripción:

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Especialista de Compra	1	<p>Los proveedores se evaluarán en base a los antecedentes históricos del proveedor de entregar lo solicitado en base a los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Calidad de acuerdo a lo solicitado.</li> <li>b) Oportunidad en la entrega.</li> <li>c) Entrega de la cantidad solicitada.</li> </ul> <p>Cada criterio se califica como:</p> <p>Bueno: Cuando cumple la totalidad de lo especificado.</p> <p>Regular: Cuando cumple parcialmente lo especificado.</p> <p>Deficiente: No cumple lo especificado.</p> <p><b>Ver Registro Evaluación de Proveedores en Base a Antecedentes Históricos.</b></p> <p>Se considera un proveedor aprobado bajo las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> Estar certificado por la Norma ISO 9001-2008.</li> <li> Entrega de certificado de control de calidad por lote.</li> </ul>
Especialista de compra	2	<p>Control y seguimiento del proveedor calificado</p> <p>En cada entrega de producto o servicio, el especialista de compra es el encargado de evaluar y registrar la información relacionada con la entrega en el <b>Registro de seguimiento de calificación de proveedores</b> que contiene la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) N° de orden de compra.</li> <li>b) Producto o servicio.</li> <li>c) Calidad.</li> <li>d) Oportunidad.</li> <li>e) Cantidad.</li> <li>f) Observaciones.</li> </ul> <p>Nota: para el caso específico de las fórmulas lácteas y los alimentos el especialista de compra realizará 4 visitas al año a las instalaciones del proveedor.</p> <p>Se designa conforme cuando cumple la totalidad de lo especificado en la</p>



	<b>GESTION DEL ABASTECIMIENTO.</b>	Código: CP.4.1.0.01
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y EVALUACION DE LOS PROVEEDORES</b>	Versión: 1
		Página 4 de 10

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
		orden de compra.  Se designa no conforme cuando hay deficiencia en algunos de los criterios de evaluación.  Las evaluaciones se realizaran una vez al año.
Especialista de compra	3	Al detectar alguna inconformidad se debe de comunicar al proveedor la no conformidad detectada, solicitar la acción correctiva y modificar la calificación del proveedor cuando corresponda.
Especialista de compra	4	El especialista de compra es responsable de descalificar al proveedor basándose en los registros de no conformidades. La descalificación ocurre cuando el proveedor no realiza la acción correctiva solicitada o cuando hay recepciones sucesivas de productos o servicios que presentan las mismas deficiencias. El cambio de calificación de proveedor se registra en el listado de proveedores calificados que contiene la siguiente información:  <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Producto o servicio.</li> <li>b) Dirección.</li> <li>c) Teléfono.</li> <li>d) Persona de contacto.</li> <li>e) Frecuencia de evaluación.</li> <li>f) Calificación actual.</li> <li>g) Fecha de evaluación.</li> <li>h) Responsable.</li> </ul> Ver Registro Listado de Proveedores Calificados.
Especialista de compra	5	Los proveedores que no presentan no conformidades en la entrega permanecen en listado como aprobados. Aquellas que presentan no conformidades en la entrega se evalúan y califican en las entregas posteriores, hasta tener evidencia que dichas entregar cumplen con lo establecido.
Especialista de compra		El listado de proveedores calificados se actualiza al menos una vez al año.



## GESTION DEL ABASTECIMIENTO.

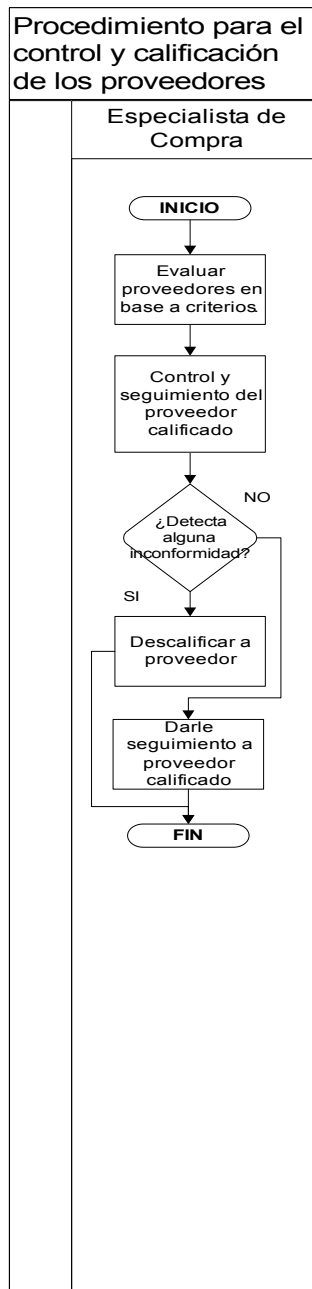
Código:  
CP.4.1.0.01


## PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL Y EVALUACION DE LOS PROVEEDORES

Versión: 1

Página 5 de 10

### 14 DIAGRAMA DE FLUJO




HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>REGISTRO DE CONTROL Y          SEGUIMIENTO DEL PROVEEDOR          CALIFICADO          (FORMATO)</b>		
<b>Código: FO.4.1.0.01</b>		<b>Versión:</b> 1	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/13	<b>Página:</b> 1 de 3

<b>REGISTRO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PROVEEDOR          CALIFICADO</b>
<b>Código del Registro: CP.4.1.0.02</b>

### Contenido

1. REGISTRO DE ASISTENCIA	2
2. RESULTADOS DE LA REVISION	2
3. ACUERDOS Y COMPROMISOS	2
4. OBSERVACIONES	2
5. ANEXOS	2

Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración.  Rol: Comités de Calidad, etc.  Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión.  Rol: Comités  Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes  Cargo: Director, jefe, etc

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>REGISTRO DE CONTROL Y          SEGUIMIENTO DEL PROVEEDOR          CALIFICADO          (FORMATO)</b>		
<b>Código: FO.4.1.0.01</b>		<b>Versión:</b> 1	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/13	<b>Página:</b> 2 de 3

### 1. REGISTRO DE ASISTENCIA

Fecha: dd/mm/aa	Hora inicio:	Hora de terminación:	Lugar:
--------------------	--------------	----------------------	--------

- PARTICIPANTE – CARGO, ROL, etc.

### 2. RESULTADOS DE LA REVISION

Calificación de Proveedor

### 3. ACUERDOS Y COMPROMISOS


Acuerdos/Compromisos/Acciones	Responsable	Fecha de realización

### 4. OBSERVACIONES

Observaciones particulares que se deban especificar.

### 5. ANEXOS

Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario a la revisión realizada.

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>REGISTRO DE CONTROL Y          SEGUIMIENTO DEL PROVEEDOR          CALIFICADO          (FORMATO)</b>		
<b>Código: FO.4.1.0.01</b>		<b>Versión:</b> 1	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/13	<b>Página:</b> 3 de 3

**CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PROVEEDOR CALIFICADO.**

<b>Fecha:</b>	<b>Folio No.:</b>	<b>Apartado:</b>	<b>Nº orden de Compra:</b>
---------------	-------------------	------------------	----------------------------

**1.- IDENTIFICACION DEL  
 PROVEEDOR**

--

Persona Responsable o encargada	
Teléfono/correo electrónico	

Producto o servicio: \_\_\_\_\_ Especificaciones de  
 Calidad: \_\_\_\_\_

Oportunidad de Mejora: \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_


Resolución Final

Conforme       No conforme

Frecuencia de Evaluación: \_\_\_\_\_ Calificación Actual:  
 \_\_\_\_\_ Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_

Observaciones
---------------

Sello	Firma:
-------	--------

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>REGISTRO DE LISTADO DE          PROVEEDORES CALIFICADOS          (FORMATO)</b>	
Código: FO.4.1.0.02	Versión: <b>1</b>	Fecha de emisión: <b>31/03/13</b>	Página: 1 de 3

<b>Registro de Listado de Proveedores Calificados</b>
<b>Código del Registro:</b>

### Contenido

1.	LISTADO DE PROVEEDORES CALIFICADOS	2
2.	OBSERVACIONES	3
3.	ANEXOS	3

Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración.  Rol: Comités de Calidad, etc.  Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión.  Rol: Comités  Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes  Cargo: Director, jefe, etc

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO  
DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO  
ESCOLAN



## REGISTRO DE LISTADO DE PROVEEDORES CALIFICADOS (FORMATO)

Código: FO.4.1.0.02

Versión:  
1

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 2 de 3

### 1. LISTADO DE PROVEEDORES CALIFICADOS

Fecha:	Folio No.:	Apartado:	Nº orden de Compra:
--------	------------	-----------	---------------------

1.- IDENTIFICACION DEL  
PROVEEDOR

Persona Responsable o encargada	
Teléfono/correo electrónico	
Dirección	

Producto o servicio: \_\_\_\_\_ Frecuencia de  
Evaluación: \_\_\_\_\_

Calificación Actual: \_\_\_\_\_ Fecha de Evaluación: \_\_\_\_\_


Responsable: \_\_\_\_\_

2.- IDENTIFICACIÓN DEL  
PROVEEDOR

Persona Responsable o encargada	
Teléfono/correo electrónico	
Dirección	

Producto o servicio: \_\_\_\_\_ Frecuencia de  
Evaluación: \_\_\_\_\_

Calificación Actual: \_\_\_\_\_ Fecha de Evaluación: \_\_\_\_\_

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>REGISTRO DE LISTADO DE          PROVEEDORES CALIFICADOS          (FORMATO)</b>	
<b>Código: FO.4.1.0.02</b>	<b>Versión:</b> 1	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/13	<b>Página:</b> 3 de 3

Responsable: \_\_\_\_\_

**3.- IDENTIFICACIÓN DEL  
 PROVEEDOR**

--

Persona Responsable o encargada	
Teléfono/correo electrónico	
Dirección	

Producto o servicio: \_\_\_\_\_ Frecuencia de  
 Evaluación: \_\_\_\_\_

Calificación Actual: \_\_\_\_\_ Fecha de Evaluación:  
 \_\_\_\_\_

Responsable: \_\_\_\_\_

<b>Observaciones</b>
----------------------

<b>Sello</b>	<b>Firma:</b>
--------------	---------------

**2. OBSERVACIONES**

Observaciones particulares que se deban especificar.

**3. ANEXOS**

Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>REGISTRO DE EVALUACIÓN DE          PROVEEDORES EN BASE A          ANTECEDENTES HISTÓRICOS          (FORMATO)</b>		
<b>Código: FO.4.1.0.03</b>	<b>Versión: 1</b>	<b>Fecha de emisión: 31/03/13</b>	<b>Página: 1 de 2</b>

<b>Registro de Evaluación de Proveedores en base a antecedentes          históricos.</b>
<b>Código del Registro: CP.4.1.0.04</b>

### Contenido

1. EVALUACIÓN DE PROVEEDORES EN BASE A ANTECEDENTES HISTÓRICOS	2
2. OBSERVACIONES	2
3. ANEXOS	2

Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración.  Rol: Comités de Calidad, etc.  Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión.  Rol: Comités  Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes  Cargo: Director, jefe, etc

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>REGISTRO DE EVALUACIÓN DE          PROVEEDORES EN BASE A          ANTECEDENTES HISTÓRICOS          (FORMATO)</b>		
<b>Código:</b> FO.4.1.0.03	<b>Versión:</b> 1	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/13	<b>Página:</b> 2 de 2

## 1. EVALUACIÓN DE PROVEEDORES EN BASE A ANTECEDENTES HISTÓRICOS

<b>Fecha:</b>	<b>Folio No.:</b>	<b>Apartado:</b>
---------------	-------------------	------------------

### 1.- IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR

--

<b>Persona Responsable o encargada</b>	
--	--

Calidad de acuerdo a lo solicitado:       Bueno       Regular       Deficiente

Oportunidad en la Entrega:       Bueno       Regular       Deficiente

Entrega de la cantidad solicitada:

Proveedor certificado ISO 9001-2008       Bueno       Regular       Deficiente  
 Cumple       No cumple

Certificado de Control de Calidad Lote       Cumple       No cumple

<b>Observaciones</b>
----------------------

<b>Sello</b>	<b>Firma:</b>
--------------	---------------

## 2. OBSERVACIONES

Observaciones particulares que se deban especificar.

## 3. ANEXOS

Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.



<b>CÓDIGO : Aaaa</b>	<b>VERSIÓN: Aaaa</b>	<b>FECHA: dd/mm/aa</b>
----------------------	----------------------	------------------------

**(FORMATO)**

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	
<p><b>1 Unidad/es ejecutante/s:</b></p> <p><b>2 Objetivo:</b> (Debe definir el resultado que se obtendrá con la ejecución del procedimiento o de las instrucciones.)</p> <p><b>3 Alcance:</b> (quien aplica, donde inicia y termina)</p> <p><b>4 Definiciones:</b></p> <p style="margin-left: 20px;">➤</p> <p><b>5 Requisitos Previos:</b></p> <p style="margin-left: 20px;">5.1</p> <p><b>6 Criterios de aceptación:</b></p> <p style="margin-left: 20px;">6.1 Salida o resultado final con características de calidad en la ejecución y entrega del producto, por ejemplo: informe entregado en tiempo.</p> <p style="margin-left: 20px;">6.2 Reportes o registros que evidencian aspectos claves de gestión que deben cumplirse en la ejecución del procedimiento o instrucciones, por ejemplo: archivos, controles actualizados.</p> <p><b>7 Documentos internos de referencia:</b> (El respaldo legal y normativo para el procedimiento)</p>	
<b>Código</b>	<b>Nombre</b>

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>



<b>NOMBRE DEL PROCESO</b>	Código:
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	Versión:
	Página 2 de 3

**8 Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción

(Se deberá especificar las guías, manuales de usuarios, y otros documentos ilustrativos, de apoyo o de consulta utilizados en la ejecución del procedimiento o de las instrucciones, )

**9 Indicadores:**

Codigo	Nombre

**10 Registros:**

Código	Nombre	Almacenamiento temporal / final			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	

**11 Recursos:**

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos

	<b>NOMBRE DEL PROCESO</b>	Código:
	<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	Versión:
		Página 3 de 3

## 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora


## 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Responsable ( Jefe, Médico de staf, Enfermera)	1.	Nombre de actividad o encabezado ( si aplica)  Descripción de la actividad..  En caso de hacer referencia a un documento interno o externo especificar el Código (si aplica) y nombre
	2.	

## 14 Diagrama de flujo

## 15 Control de cambios:

N° Revisión	Fecha Revisión	Apartados modificados	Elaborado	Aprobado

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>MAPEO DE PROCESOS</h2>		
<p>Código: MA.4.2.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 1 de 24</p>

### MAPEO DE PROCESOS


El primer paso para iniciar la optimización de procesos es describir cada uno de los procesos críticos y diagramarlo para determinar y optimizar las actividades que lo componen, las entidades que intervienen directamente, sus responsables, sus entradas y productos resultantes.

### DESCRIPCIÓN DE PROCESOS ACTUALES

Para los procesos actuales se ha diseñado un formato que describe y resume las características del mismo, en ella se efectúa una explicación de los alcances del proceso; se define sus objetivos o fines que persigue; se identifica al o los responsables de cumplir las diferentes actividades; se establecen los lineamientos de política, documentos, informes y normatividad que se requieren como entrada; se precisan los productos que se obtienen como consecuencia de realizar el proceso; para finalmente, señalar la interrelación que tiene con otros procesos en el mapeo de procesos.

La descripción de los procesos se ha definido en las fichas de caracterización de procesos :

- CP.3.3.00 CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DEL PARTO Y POST PARTO
- CP.3.5.00 CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

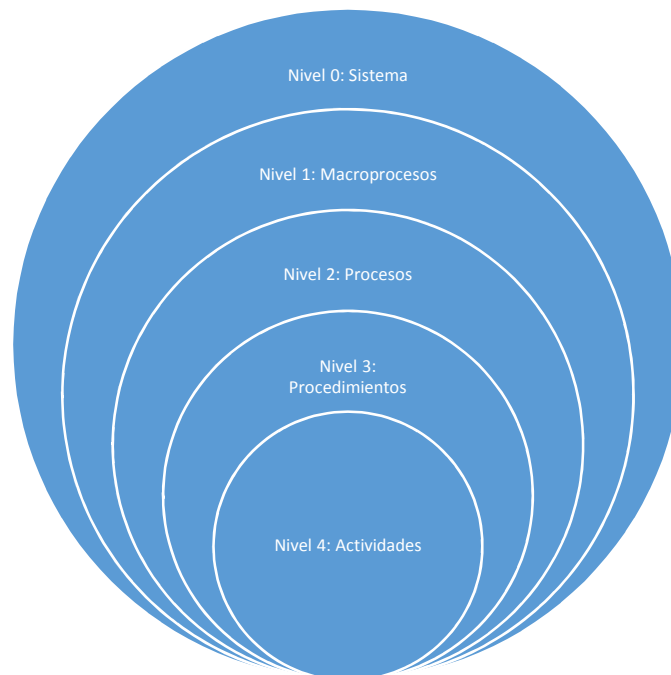
<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>MAPEO DE PROCESOS</h2>		
<p>Código: MA.4.2.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 2 de 24</p>

### MAPEO DE PROCESOS ACTUALES


Para la elaboración del mapeo de los procesos actuales se ha contado con la colaboración de los Especialistas de las Unidades de la División Médicas, Administrativa y de Apoyo Diagnóstico, igualmente de los asesores internos y externos, los que individualmente o en su conjunto han brindado su experiencia y conocimiento de la operatividad de cada tema desarrollado.

Para el diseño del mapeo, se ha identificado la dependencia o cargos que participan en el proceso, luego se ha establecido la secuencia de las actividades y se ha efectuado el diagrama de flujo que mejor las represente.

Para la representación del mapeo se han integrado los principios de dos metodologías, IDEF0 y Diagrama de flujo. De la metodología IDEF0, se ha seleccionado el extrajo el enfoque de profundización en los elementos que componen el mapeo en capas o niveles; permitiendo llegar a detallar las actividades. Es siguiente esquema describe los elementos componentes de cada nivel:

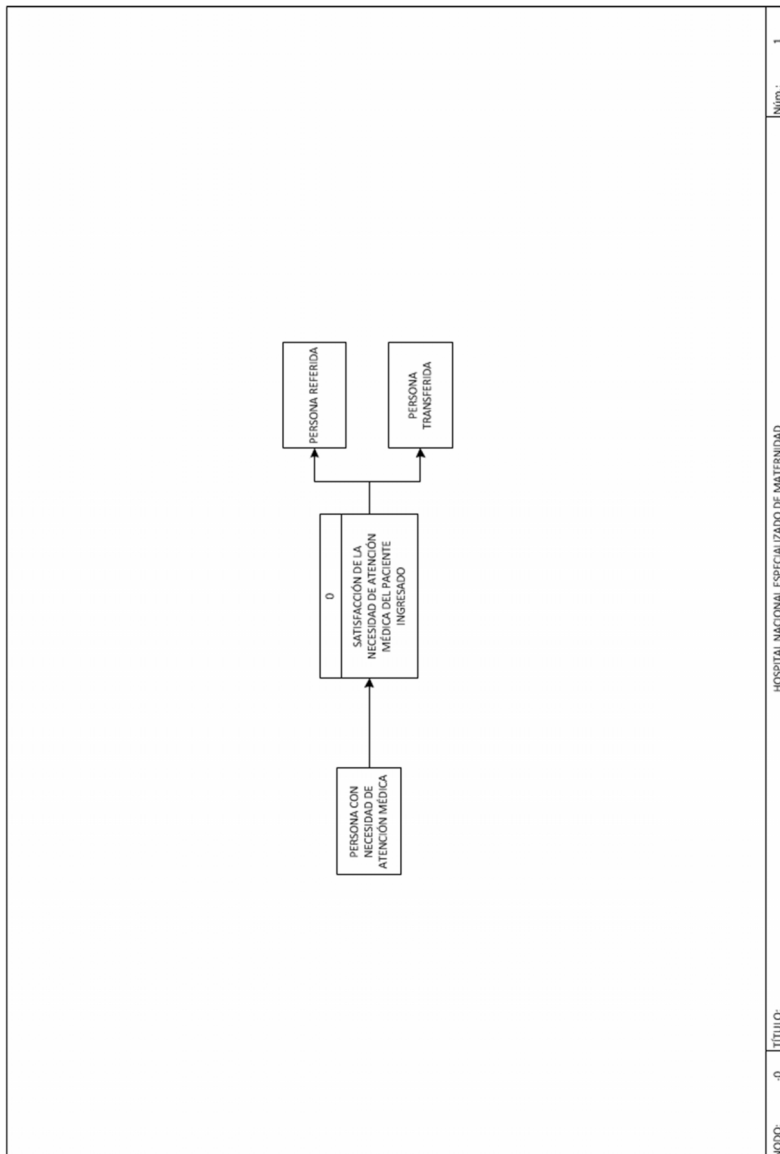


**Diagrama 1. Niveles del mapeo de procesos**


<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>MAPEO DE PROCESOS</h2>		
<p>Código: MA.4.2.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 3 de 24</p>

**Nivel 0: Sistema.**

En este de sintetiza la razón de ser del HNEM esquematizando la entidad a la que va dirigida el servicio, con las características de entrada y salida.





<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>MAPEO DE PROCESOS</h2>		
<p>Código: MA.4.2.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 4 de 24</p>

### **Nivel 1: Macro procesos.**

En este nivel se definen las relaciones que tienen entre sí los macroprocesos del HNEM, con el propósito de cumplir la razón de ser plasmada en el nivel 0

Los macro procesos son los siguientes:

- A. Estratégicos
- B. Claves
- C. De Apoyo Diagnóstico
- D. De Apoyo



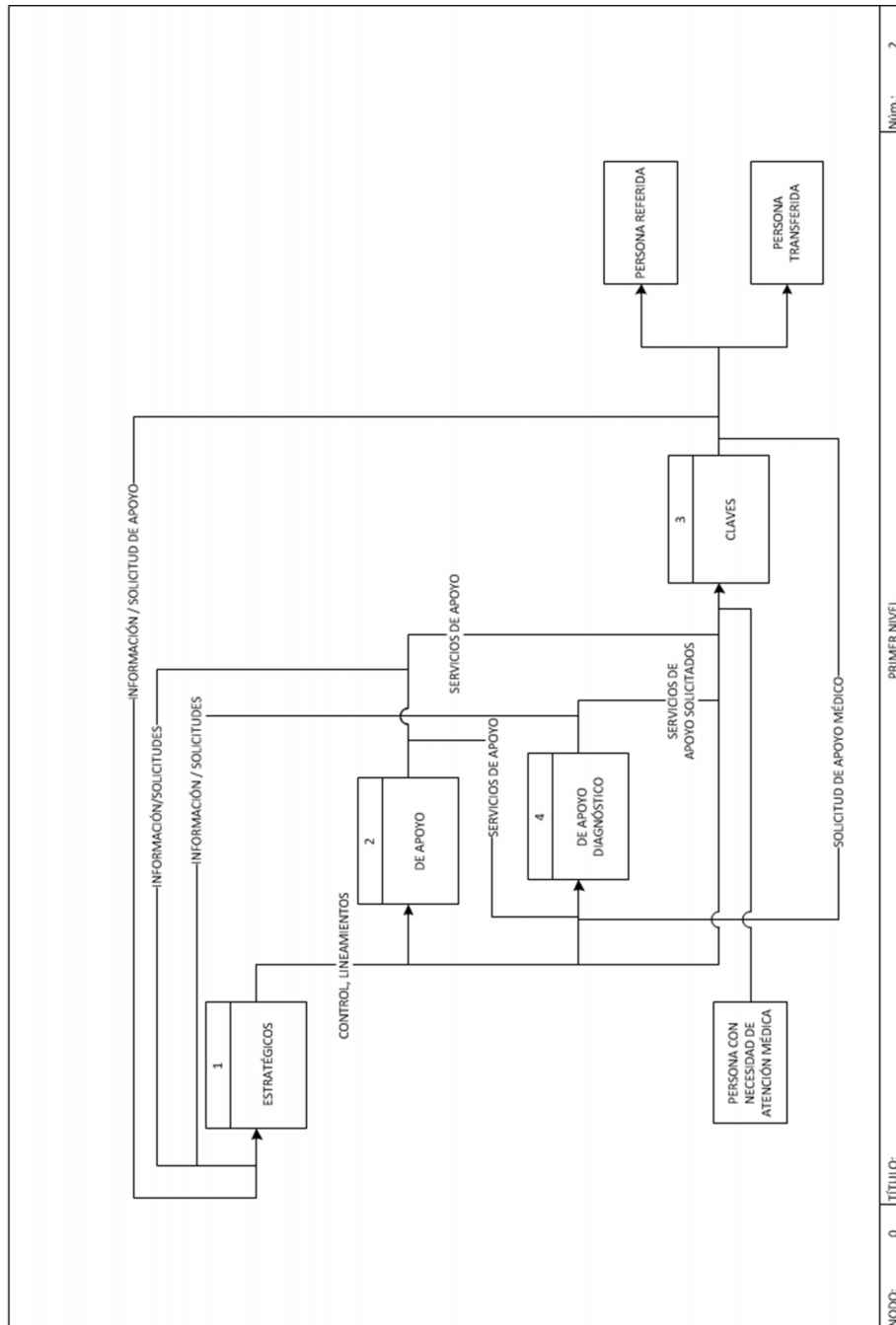
## MAPEO DE PROCESOS


Código: MA.4.2.2.01

Versión: 1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 5 de 24



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>MAPEO DE PROCESOS</h2>		
<p>Código: MA.4.2.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 6 de 24</p>

Los usuarios reciben el servicio ofrecido por el HNEM en los procesos claves, pero la prestación del servicio va mucho más allá de solo el desarrollo de los procesos claves, involucra la planificación, control, y la mejora continua. La relación entre cada una de estos macro procesos se describe a continuación:

### Relaciones entre macro procesos:


1. **Estratégicos – (Claves, de Apoyo, de apoyo diagnóstico):** con las entradas, los estratégicos las procesan, dando como salida lineamientos e indicaciones sobre la realización de los procedimientos, y controles buscando la mejora continua.
2. **Claves – (Estratégicos, Apoyo diagnóstico):**  
 Los **Claves** envían información sobre su desempeño, necesidades y solicitudes de recursos a los **estratégicos**, para su procesamiento y formulación de planes y metas anuales y la definición de lineamientos a seguir por los procesos claves.  
  
 También los claves envían solicitudes de apoyo en el diagnóstico médico para el desarrollo de las actividades a los de apoyo diagnóstico.
3. **De Apoyo – (Estratégicos, Apoyo diagnóstico, claves):**  
 Los **de Apoyo** envían información sobre su desempeño, necesidades y solicitudes a los estratégicos, para su procesamiento y formulación de planes y metas anuales y la definición de lineamientos a seguir.  
  
 A los **Claves** y **de Apoyo** les provee de recursos según las indicaciones y lineamientos emanados de los **estratégicos**
4. **De Apoyo diagnóstico – (Estratégicos, claves):**  
 Los **de Apoyo** envían información sobre su desempeño, necesidades y solicitudes a los estratégicos, para su procesamiento y formulación de planes y metas anuales y la definición de lineamientos a seguir.  
  
 A los **Claves** les provee de los servicios de apoyo médico solicitados.

### Nivel 2: Procesos.

En el nivel 2 se esquematizan las relaciones entre los procesos de cada macro proceso, esquematizando las relaciones existentes entre cada uno.

#### A. Estratégicos

- a) Direccionamiento estratégico

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>MAPEO DE PROCESOS</h2>		
<p>Código: MA.4.2.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 7 de 24</p>

- b) Planeación estratégica
- c) Gestión de la calidad
- d) Gestión de la información
- e) Gestión del abastecimiento
- f) Gestión del conocimiento

**B. De Apoyo:**

- a) Gestión de Recurso Humanos
- b) Gestión económica financiera
- c) Asesoría Jurídica
- d) Gestión de la comunicación
- e) Gestión de los servicios generales

**C. Claves:**

- a) Emergencias
- b) Consulta externa
- c) Atención del parto y post parto
- d) Cuidados intensivos y especiales de adultos
- e) Atención del recién nacido
- f) Intervención quirúrgica para atención hospitalaria
- g) Atención hospitalaria, ginecológica y perinatólogica

**D. De apoyo diagnóstico:**

- a) Soporte al diagnóstico
- b) Trabajo social
- c) Farmacia
- d) Nutrición y dietas
- e) Banco de sangre
- f) Fisioterapia



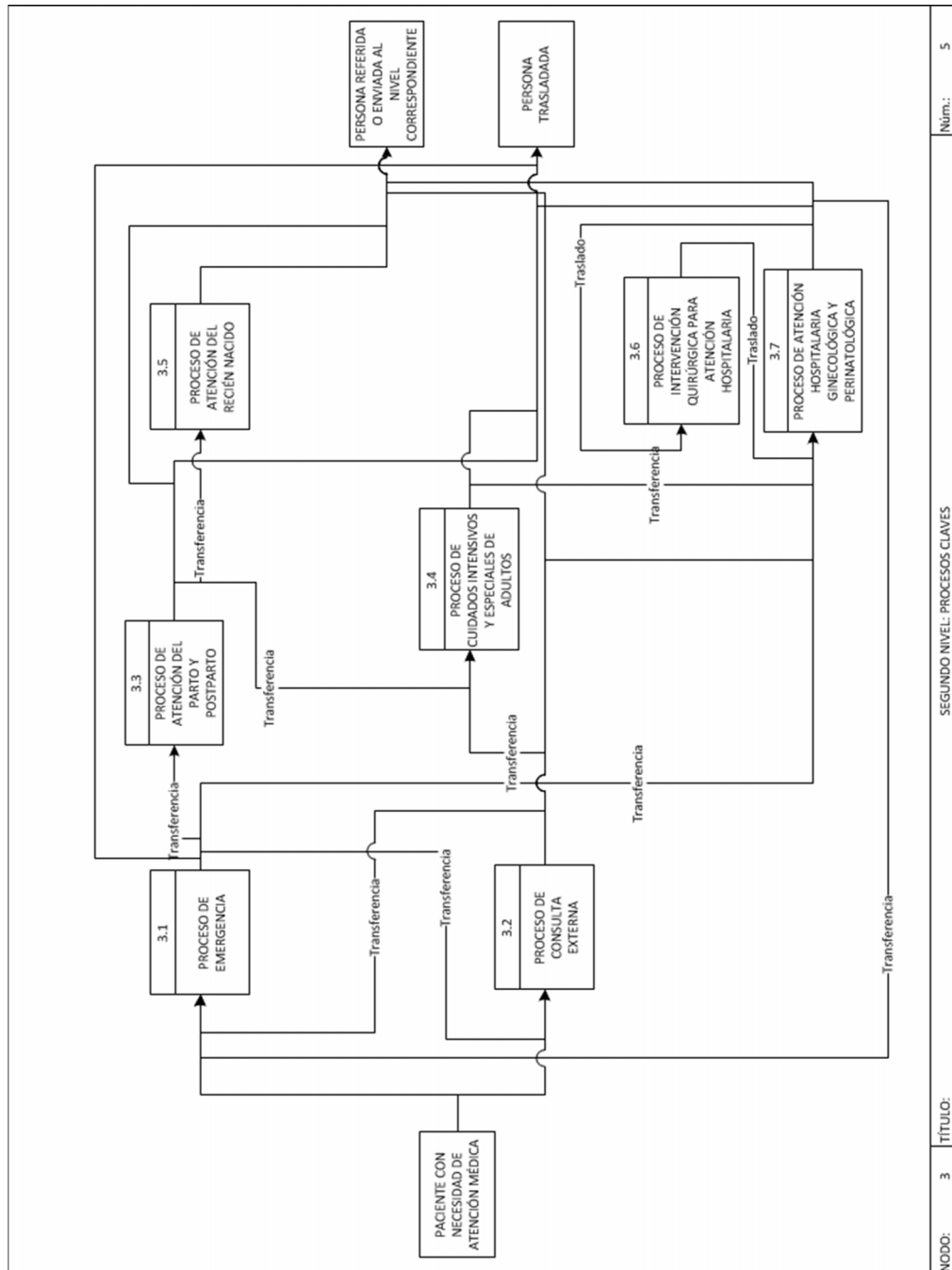
## MAPEO DE PROCESOS

Código: MA.4.2.2.01

Versión: 1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013


Página: 8 de 24



NODO: 3

TÍTULO: SEGUNDO NIVEL: PROCESOS CLAVES

Núm.: 5

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>MAPEO DE PROCESOS</h2>		
<p>Código: MA.4.2.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 9 de 24</p>

### **Relaciones entre procesos:**

La relación existente entre procesos es de continuidad del servicio, bajo la acción de transferencia, ya que los procesos agrupan a una o más unidades de la división médica (ver organigrama), requiriendo procedimiento/s de ingreso y transferencia en cada proceso, según el número de unidades involucradas.

### **Nivel 3: Procedimientos.**

En el nivel 3 se esquematizan las secuencia de los procedimientos de cada proceso, evidenciando las relaciones existentes entre cada uno.

#### **A. Estratégicos**


- a) Direccionamiento estratégico
- b) Planeación estratégica
- c) Gestión de la calidad
- d) Gestión de la información
- e) Gestión del abastecimiento
- f) Gestión del conocimiento

#### **B. De Apoyo:**


- a) Gestión de Recurso Humanos
- b) Gestión económica financiera
- c) Asesoría Jurídica
- d) Gestión de la comunicación
- e) Gestión de los servicios generales

#### **C. Claves:**

- a) Emergencias
- b) Consulta externa
- c) Atención del parto y post parto

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>MAPEO DE PROCESOS</h2>		
<p>Código: MA.4.2.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 10 de 24</p>

1. Admisión y evaluación clínica de la paciente
  2. Monitoreo del trabajo de parto
  3. Atención del parto normal
  4. Vigilancia de puerperio inmediato
  5. Transferencia de paciente a puerperio
  6. Atención del parto por cesárea
  7. Vigilancia del estado de salud post cesárea
  8. Transferencia a cirugía obstétrica
  9. Admisión en puerperio
  10. Evaluación medica inmediata
  11. Atención medica sistemática
  12. Cumplimiento y seguimiento de indicaciones medicas
  13. Elaboración y cumplimiento de requisitos de alta
  14. Admisión en cirugía obstétrica
  15. Evaluación medica inmediata
  16. Evaluación medica sistemática
  17. Cumplimiento y seguimiento de indicaciones medicas
  18. Elaboración y cumplimiento de requisitos de alta
- d) Cuidados intensivos y especiales de adultos
- e) Atención del recién nacido
1. Atención directa al recién nacido
  2. Cuidado sistemático del recién nacido en alojamiento conjunto
  3. Elaboración y cumplimiento de requisitos de alta del neonato
  4. Transferencia del recién nacido a los servicios de neonatología
  5. Ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>MAPEO DE PROCESOS</h2>		
<p>Código: MA.4.2.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 11 de 24</p>

6. Atención medica inmediata en la unidad de cuidados intensivos
  7. Atención medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos
  8. Cumplimiento y seguimiento de indicaciones médicas en la unidad de cuidados intensivos
  9. Ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intermedios
  10. Atención medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados intermedios
  11. Cumplimiento y seguimiento de indicaciones médicas en la unidad de cuidados intermedios
  12. Ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados mínimos
  13. Atención medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados mínimos
  14. Cumplimiento y seguimiento de indicaciones médicas en la unidad de cuidados mínimos.
- f) Intervención quirúrgica para atención hospitalaria
- g) Atención hospitalaria, ginecológica y perinatólógica

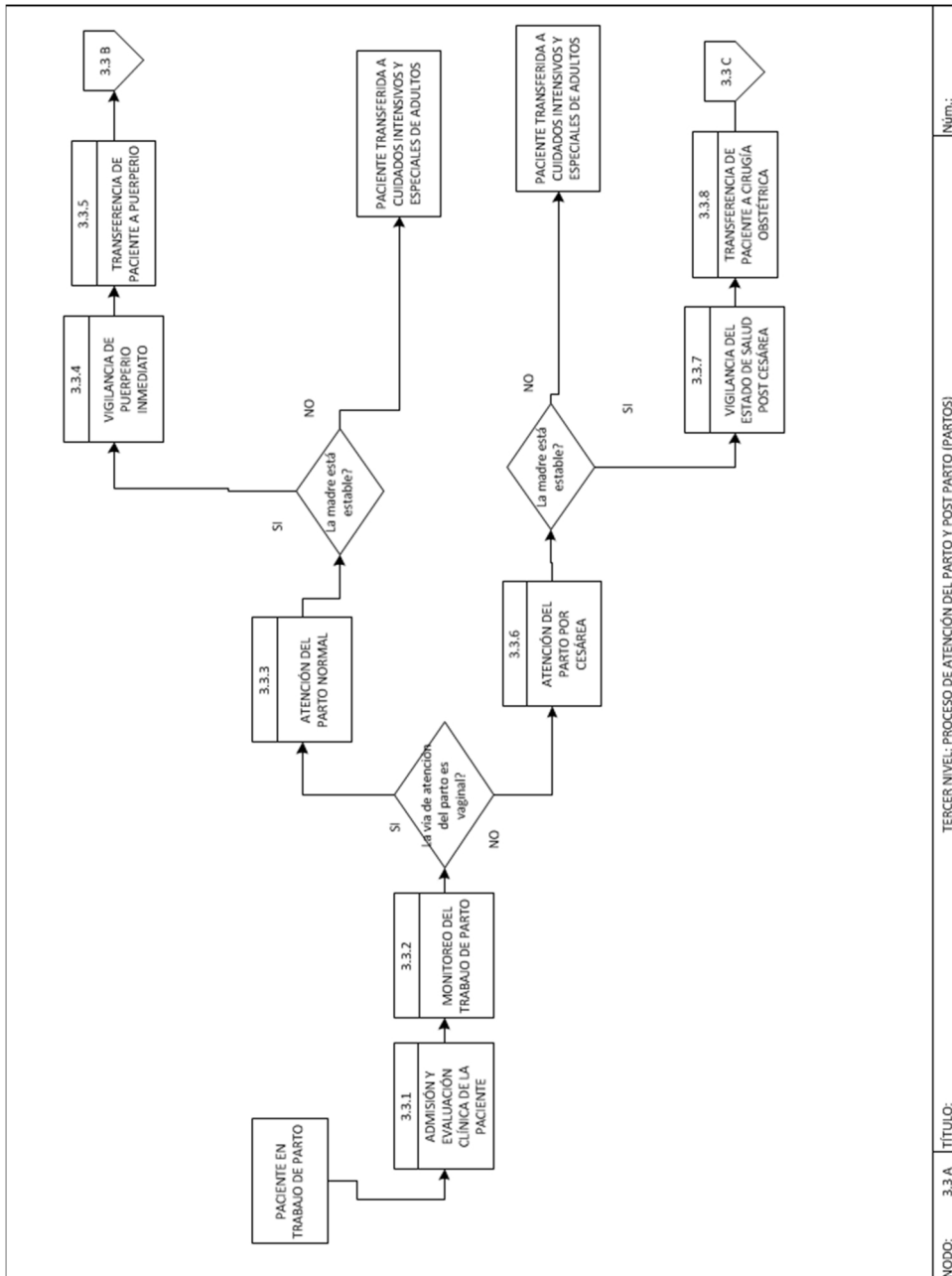
**D. De apoyo diagnóstico:**

- a) Soporte al diagnostico
- b) Trabajo social
- c) Farmacia
- d) Nutrición y dietas
- e) Banco de sangre
- f) Fisioterapia





**PROCESO: ATENCIÓN DEL PARTO Y POST PARTO**



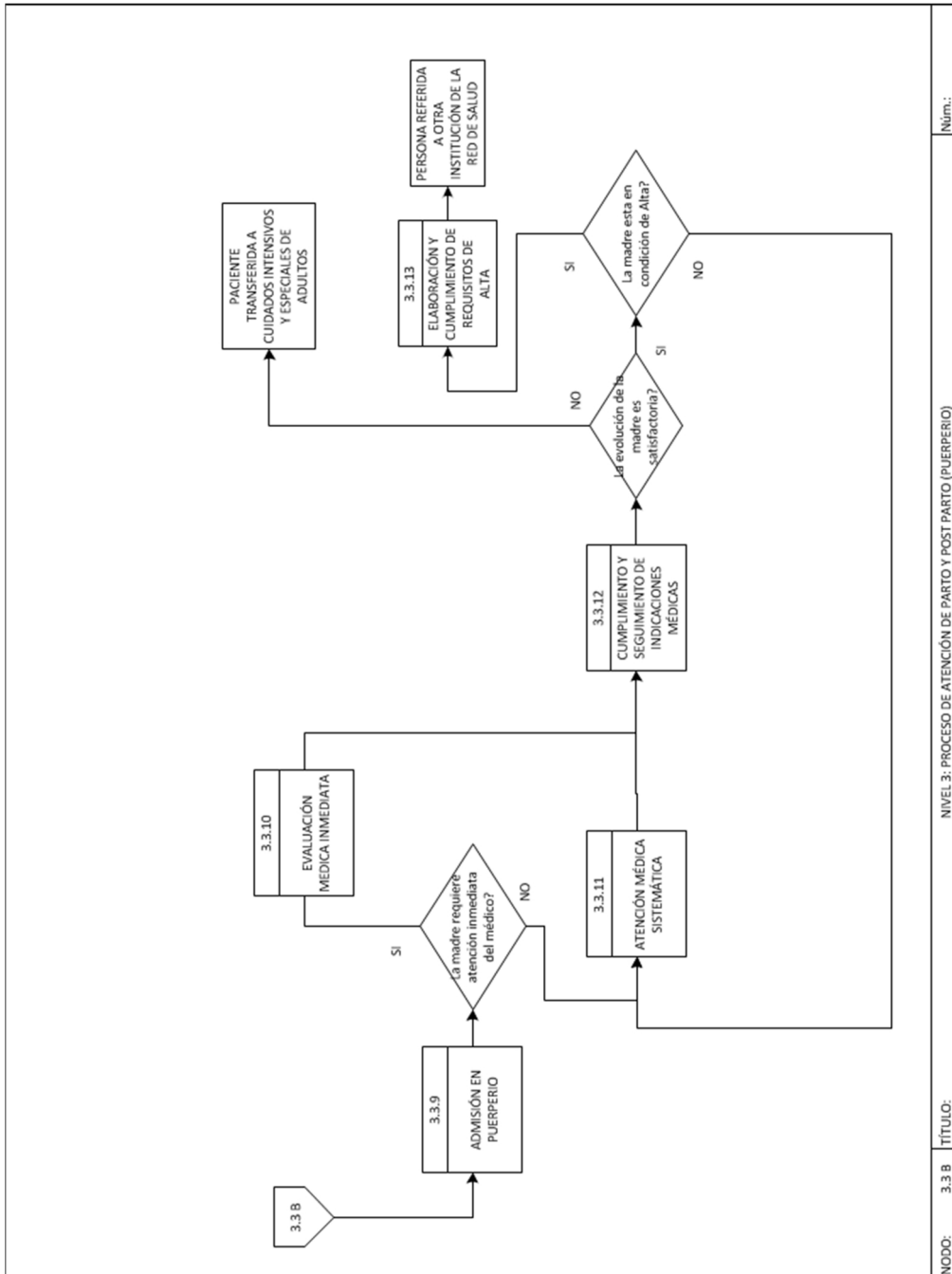
Núm.:

TERCER NIVEL: PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO Y POST PARTO (PARTOS)

TÍTULO:

3.3.A

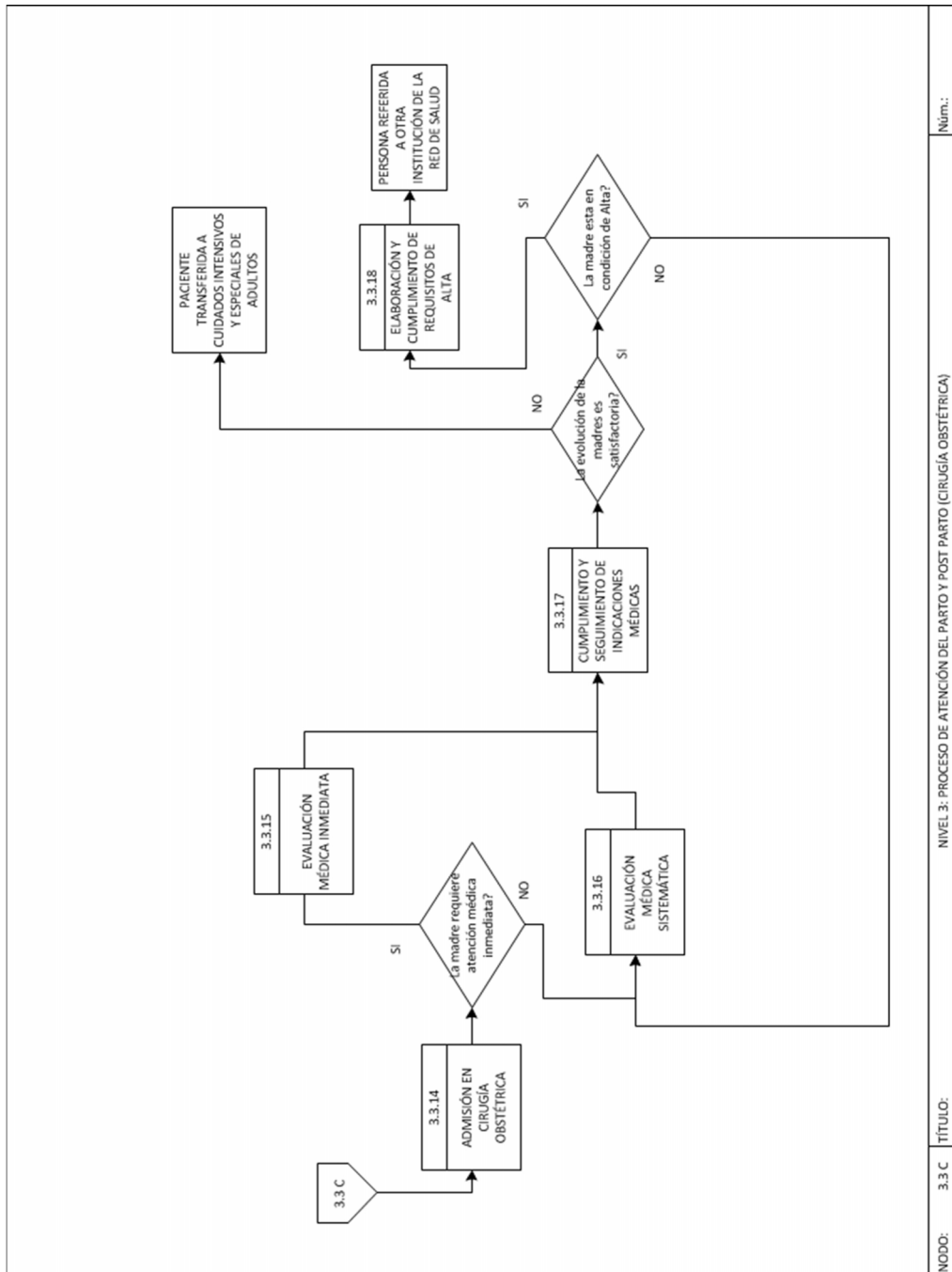
MOD:



Núm.:

NIVEL 3: PROCESO DE ATENCIÓN DE PARTO Y POST PARTO (PUERPERIO)

NODO: 3.3.B TÍTULO:



Núm.:

NIVEL 3.- PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO Y POST PARTO (CIRUGÍA OBSTÉTRICA)

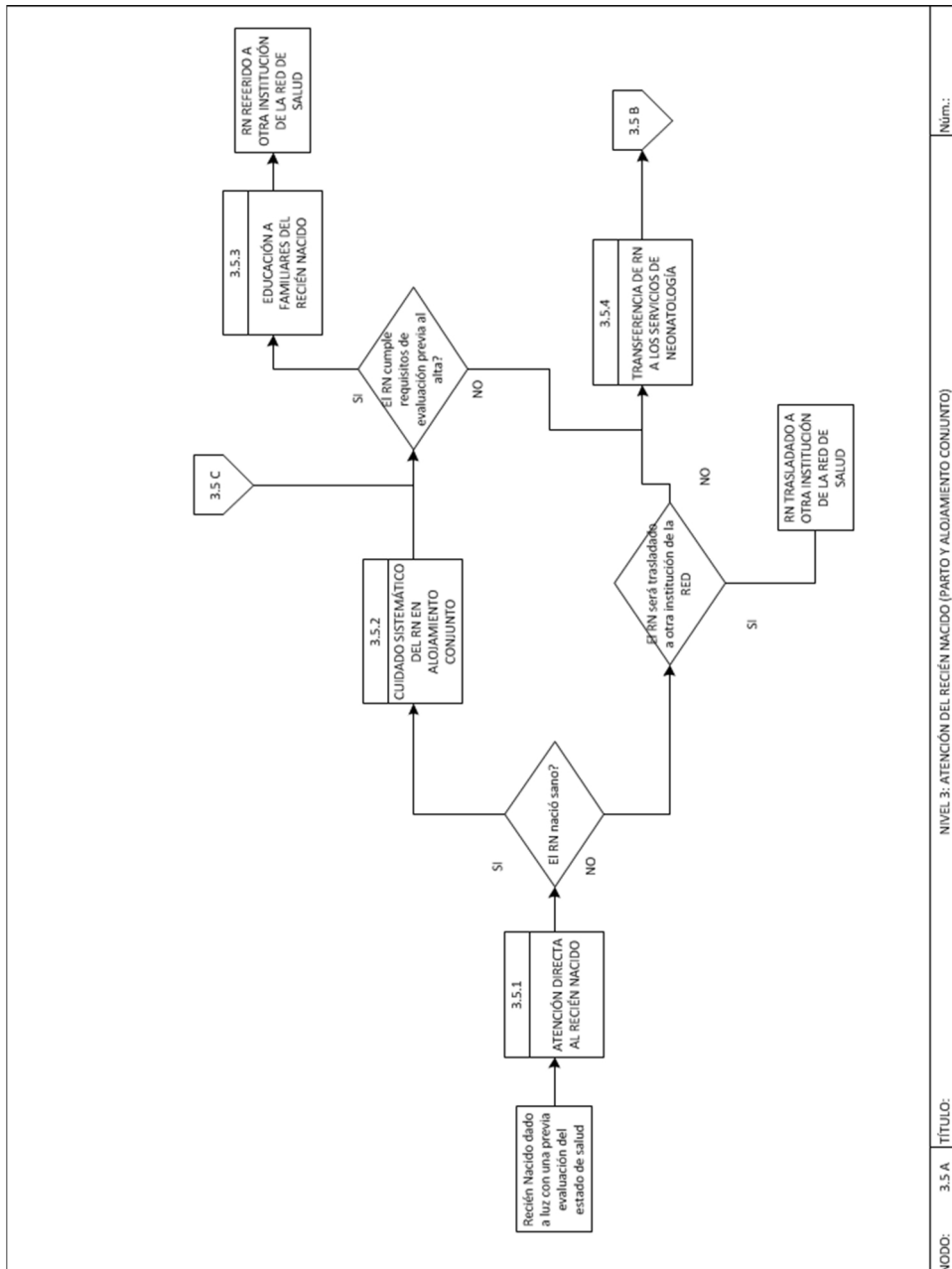
TÍTULO:

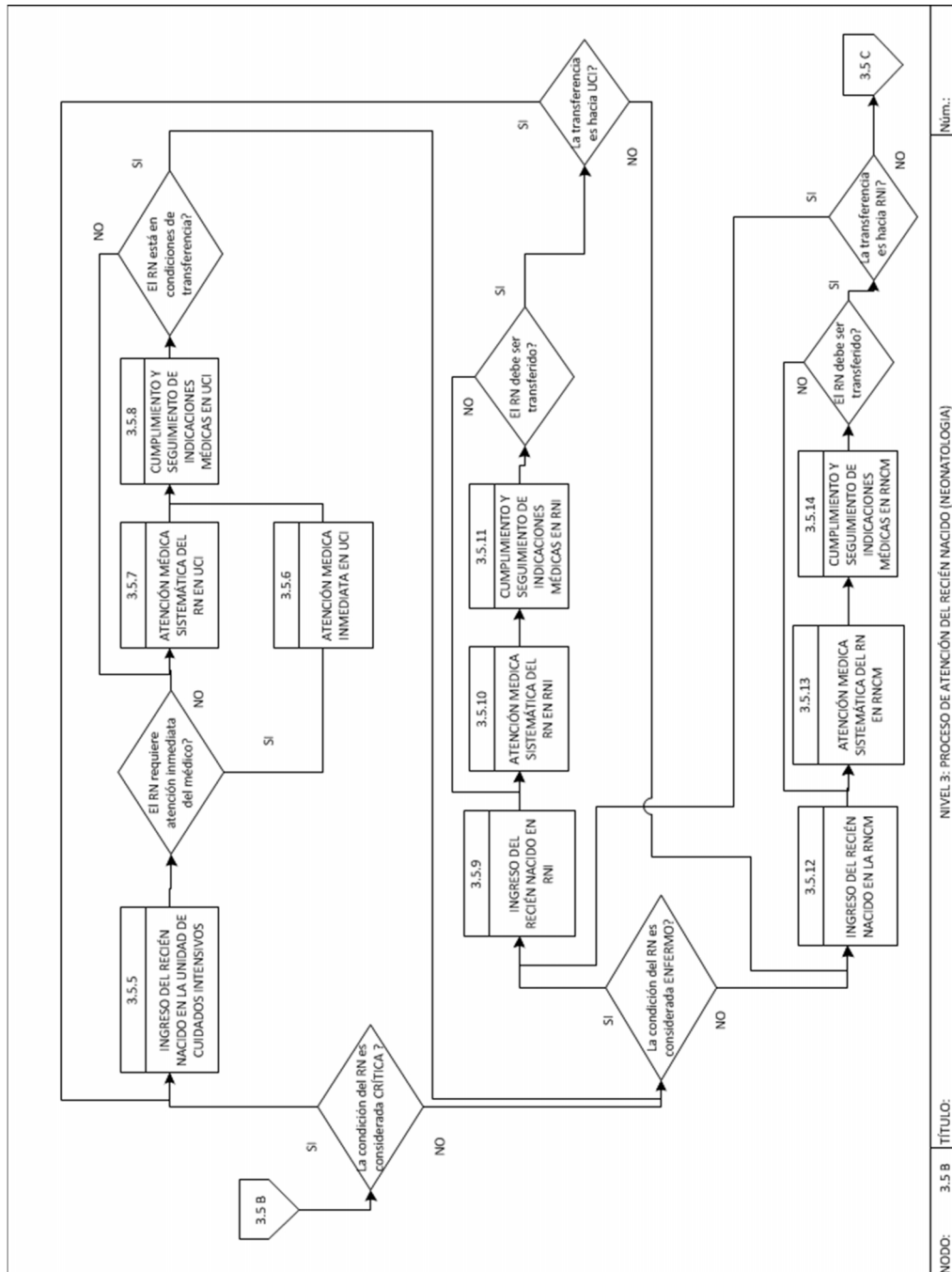
3.3 C


NODO:



**PROCESO: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO**





<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>MAPEO DE PROCESOS</h2>		
<p>Código: MA.4.2.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 17 de 24</p>

### Relaciones entre procedimientos:


La relación entre cada procedimiento es secuencial, según la trazabilidad del usuario del servicio.

### Nivel 4: Actividades

En este nivel se ha desarrollado en la caracterización de cada procedimiento:

#### **PROCESO ATENCIÓN DEL PARTO Y POST PARTO:**


- 1) CP.3.3.01 ficha de caracterización de procedimiento admisión y evaluación clínica de la paciente
- 2) CP.3.3.02 ficha de caracterización de procedimiento monitoreo del trabajo de parto
- 3) CP.3.3.03 ficha de caracterización de procedimiento atención del parto normal
- 4) CP.3.3.04 ficha de caracterización de procedimiento vigilancia de puerperio inmediato
- 5) CP.3.3.05 ficha de caracterización de procedimiento transferencia de paciente a puerperio
- 6) CP.3.3.06 ficha de caracterización de procedimiento atención del parto por cesárea
- 7) CP.3.3.07 ficha de caracterización de procedimiento vigilancia del estado de salud post cesárea
- 8) CP.3.3.08 ficha de caracterización de procedimiento transferencia a cirugía obstétrica
- 9) CP.3.3.09 ficha de caracterización de procedimiento admisión en puerperio
- 10) CP.3.3.10 ficha de caracterización de procedimiento evaluación medica inmediata
- 11) CP.3.3.11 ficha de caracterización de procedimiento atención medica sistemática
- 12) CP.3.3.12 ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones medicas
- 13) CP.3.3.13 ficha de caracterización de procedimiento elaboración y cumplimiento de requisitos de alta

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>MAPEO DE PROCESOS</h2>		
<p>Código: MA.4.2.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 18 de 24</p>

- 14) CP.3.3.14 ficha de caracterización de procedimiento admisión en cirugía obstétrica
- 15) CP.3.3.15 ficha de caracterización de procedimiento evaluación medica inmediata
- 16) CP.3.3.16 ficha de caracterización de procedimiento evaluación medica sistemática
- 17) CP.3.3.17 ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones medicas
- 18) CP.3.3.18 ficha de caracterización de procedimiento elaboración y cumplimiento de requisitos de alta


### PROCESO ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO:

- 1) CP.3.5.01 ficha de caracterización de procedimiento atención directa al recién nacido
- 2) CP.3.5.02 ficha de caracterización de procedimiento cuidado sistemático del recién nacido en alojamiento conjunto
- 3) CP.3.5.03 ficha de caracterización de procedimiento elaboración y cumplimiento de requisitos de alta del neonato
- 4) CP.3.5.04 ficha de caracterización de procedimiento transferencia del recién nacido a los servicios de neonatología
- 5) CP.3.5.05 ficha de caracterización de procedimiento ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos
- 6) CP.3.5.06 ficha de caracterización de procedimiento atención médica inmediata en la unidad de cuidados intensivos
- 7) CP.3.5.07 ficha de caracterización de procedimiento atención medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos
- 8) CP.3.5.08 ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones médicas en la unidad de cuidados intensivos
- 9) CP.3.5.09 ficha de caracterización de procedimiento ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intermedios
- 10) CP.3.5.10 ficha de caracterización de procedimiento atención medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados intermedios

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>MAPEO DE PROCESOS</h2>		
<p>Código: MA.4.2.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 19 de 24</p>

- 11) CP.3.5.11 ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones médicas en la unidad de cuidados intermedios
- 12) CP.3.5.12 ficha de caracterización de procedimiento ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados mínimos
- 13) CP.3.5.13 ficha de caracterización de procedimiento atención medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados mínimos
- 14) CP.3.5.14 ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones médicas en la unidad de cuidados mínimos



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>MAPEO DE PROCESOS</h2>		
<p>Código: MA.4.2.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 20 de 24</p>

### ANEXO. A: MODELO EMPLEADO PARA EL MAPEO DE PROCESOS:

#### DEFINICIONES:

**Nivel 0:** Diagrama de contexto de una sola caja, que contiene la función de alto nivel (Top-Level) que va a ser modelizada, junto con sus entradas y salidas.

**Flecha:** Línea directa compuesta por uno o varios segmentos que modeliza un canal abierto o conducto datos u objetos desde una fuente a un uso.

**Etiqueta de flecha:** nombre que especifica el significado de una flecha.

**Caja:** Rectángulo que contiene un nombre y un número usado para representar un macro proceso, proceso o procedimiento (nunca una actividad).

**Nombre de caja:** Nombre del macro proceso, proceso o procedimiento ubicado en el interior de una caja.

**Número de caja:** El número que se sitúa en la parte superior de una caja para identificar dicha caja en un nivel.

**Rama:** Flecha ramificada en dos o más partes que describe el mismo objeto o dato.

**Caja hijo:** una de las cajas en la que se descompone un macro proceso, proceso o procedimiento.


**Descomposición:** División de un macro proceso en procesos, un proceso en procedimiento y un procedimiento en actividades de modelización.

**Diagrama:** Unidad que presenta los detalles de una caja del nivel superior.

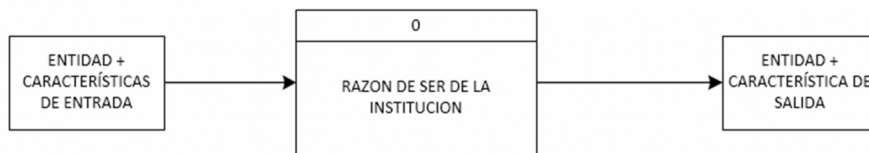
**Número de nodo de diagrama:** La parte del nodo de referencia del diagrama que corresponde con el número de la caja padre (caja descompuesta en el nivel en asunto).

**Bifurcación:** Cruce en el que una segmento se divide en dos o más segmentos.

**Nodo:** Caja desde la que se originan cajas hijas.

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN 		<b>MAPEO DE PROCESOS</b>	
Código: MA.4.2.2.01	Versión: 1.0	Fecha de emisión: 31/03/2013	Página: 21 de 24

## DIAGRAMAS Y SUS COMPONENTES



**Ilustración 1: Diagrama 0 (Nivel 0)**

### Cajas

El nombre de la caja siempre debe ser el nombre del Macro proceso, proceso o procedimientos). La forma de la caja siempre debe ser rectangular con las esquinas rectas formando ángulos de 90° y del suficiente tamaño para albergar el nombre de la función. Con una división en la parte superior con área no mayor al 20% del área total del rectángulo en la que se colocará

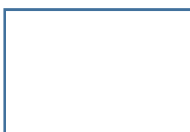
### Flechas


Las flechas siempre deben contener segmentos rectos que forme ángulos de 90°. No se permiten trazos oblicuos.

Las flechas que entran en la caja por su izquierda son los inputs. Los inputs son transformadas o consumidas por la caja para producir los outputs. Las flechas que salen de la caja por su parte derecha son los outputs. Los outputs son datos o servicios producidos por la caja.

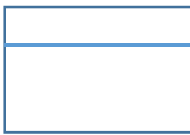
## SIMBOLOGÍA

### ENTIDAD: PROVEEDOR Y CLIENTE

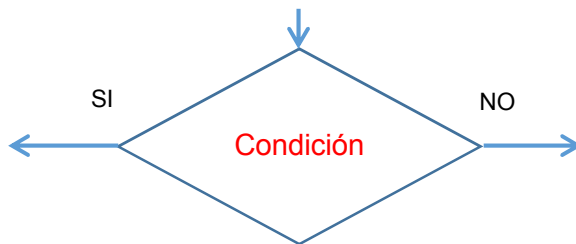


<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>MAPEO DE PROCESOS</h2>		
<p>Código: MA.4.2.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 22 de 24</p>

### MACRO PROCESO / PROCESO / PROCEDIMIENTO



**DECISIÓN:** bifurcación del flujo de acuerdo a la condición propuesta



**CONECTOR:** indicador que el flujo continua en otra sección




**FLUJO DE DATOS, USUARIO, RECURSOS, ETC.:**



### NORMAS DE REPRESENTACIÓN

El diagrama gráfico es el principal componente de este modelo. Las cajas de cada nivel pueden ser divididas o descompuestas en cajas de más detalle hasta que se haya descrito las actividades de cada procedimiento.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>MAPEO DE PROCESOS</h2>		
<p>Código: MA.4.2.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 23 de 24</p>

### El Nivel 0

Proporciona una descripción más general o abstracta del sistema representado en el modelo. A este nivel le siguen una serie de niveles que van a proporcionar más detalle sobre el sistema.

En este nivel se representa el sistema con una caja única con sus correspondientes flechas y entidades objetivos.

Dado que una sola caja representa todo el sistema, el nombre que lo describa será muy general. Lo mismo ocurrirá con las flechas de interfaces dado que representan el conjunto de relaciones externas del tema. Nivel 0 también establece el objetivo del modelo así como su orientación.

### Niveles inferiores

El sistema, se descompone en distintos niveles, macro procesos, procesos, procedimientos y actividades. Cada nivel inferior contiene cajas hijas y flechas que proporcionan un detalle adicional sobre el nivel inmediato superior

### NUMERACIÓN


La numeración de cada caja es según el número cronológico llamado Numero C. que identifica inequívocamente las cajas de los niveles superiores a las que pertenece.

El código acumula el número cronológico de la caja en cada nivel, separado por puntos, por ejemplo la numeración 2.5.1, significa que la caja analizada es del nivel 3 y en ese nivel ocupa la posición 1, también establece que forma parte de las cajas que descomponen a la caja 5 del nivel 2 que a su vez es la descomposición de la caja 2 del nivel 1.

La numeración se ubica en el área sobre el nombre de la caja.

Ejemplo:

3.3.6
ATENCIÓN DEL PARTO POR CESÁREA

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>MAPEO DE PROCESOS</h2>		
<p>Código: MA.4.2.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 24 de 24</p>

### REGLAS DE SINTAXIS DE LOS DIAGRAMAS

1. Los diagramas deben tener números de nodo “n”, donde n es igual o mayor a cero.
2. El modelo debe contener un nivel 0 que contenga solo un caja.
3. El número de caja de la caja única del nivel 0, debe ser 0.
4. Un nivel que no sea el 0, debe tener las cajas que quepan en el espacio, si el nivel posee más cajas se debe referenciar a otro diagrama del mismo nivel, agregando al nombre del nodo del nivel las letras del alfabeto (A, B, C, D) según el número de diagramas que resulten en el nivel.
5. Cada caja de un nivel debe numerarse en la parte superior, según la regla de numeración.
6. Las flechas deben dibujarse con trazos horizontales y verticales, nunca diagonales.
7. Cada caja debe tener un mínimo de una flecha de entrada y una flecha de salida.


### REGLAS DE NUMERACIÓN DE LOS NODOS

Cada nodo se numerará de acuerdo con el número de la caja a la que descompone en el nivel inmediato superiores.

Cuando se requieran de varios diagramas para la descomposición de una caja se le agregarán las letras del alfabeto al número del nodo. (ejm.: 2.3-A, 2.3-B, 2.3-C)

### MODELO UTILIZADO EN EL NIVEL 4

En el nivel 4 el modelo utilizado para representar la secuencia de actividades del procedimiento es el Diagrama de Flujo de Funciones Cruzadas. Las indicaciones antes descritas no serán aplicadas en el nivel 4

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN 	<b>LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS</b>		
	<b>Código:</b> LD.4.2.1.01	<b>Versión:</b> 1.0	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013

<b>Apartado</b>	<b>TIPO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRE</b>
4.1.0	Procedimiento	CP.4.1.0.01	Procedimiento para el control y evaluación de los proveedores
4.1.0	Procedimiento	FO.4.1.0.01	Formato de registro Control y seguimiento del Proveedor Calificado.
4.1.0	Procedimiento	FO.4.1.0.02	Formato de Registro listado de proveedores calificados
4.1.0	Procedimiento	FO.4.1.0.03	Formato de Registro de Evaluación de Proveedores en Base a Antecedentes Históricos
4.1.0	Formato	FO.4.1.0.05	Formato de ficha de caracterización de procedimientos
4.1.0	Mapa de procesos	MP.4.1.0.01	Mapeo de procesos
4.2.1	Listado de documentos	LD.4.2.1.01	Listado maestro de documentos
4.2.1	Listado de documentos	LD.4.2.1.02	Listado maestro de documentos externos
4.2.1	Plataforma Estratégica	PE.4.2.1.01	Plataforma estratégica
4.2.1	Plataforma Estratégica	PE.4.2.1.02	Estructura Organizativa
4.2.1	Manual	MA.4.2.1.01	Manual de funciones de la unidad Organizativa de la calidad
4.2.1	Manual	MA.4.2.1.02	Manual de funciones de la unidad de Planificación
4.2.1	Manual	MA.4.2.1.03	Manual de organización y funciones de Partos
4.2.1	Manual	MA.4.2.1.04	Manual de Organización y funciones de Puerperio
4.2.1	Manual	MA.4.2.1.05	Manual de organización y funciones de Cirugía Obstétrica
4.2.1	Manual	MA.4.2.1.06	Manual de organización y funciones de RRHH
4.2.1	Norma Técnica	NT.4.2.1.01	Norma Técnica de Control Interno
4.2.1	Plan estratégico	PL.4.2.1.00	Plan anual operativo del HNEM
4.2.1	Plan estratégico	PL.4.2.1.01	Plan anual operativo de Partos
4.2.1	Plan estratégico	PL.4.2.1.02	PLAN ANUAL OPERATIVO DE PUERPERIO
4.2.1	Plan estratégico	PL.4.2.1.03	PLAN ANUAL OPERATIVO DE CIRUGÍA OBSTETRICA
4.2.1	Plan estratégico	PL.4.2.1.04	Plan anual operativo de la Unidad de Planificación



## LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS


Código: LD.4.2.1.01

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 2 de 9

Apartado	TIPO	CODIGO	NOMBRE
4.2.1	Plan estratégico	PL.4.2.1.05	Plan Anual operativo de la Unidad Organizativa de la Calidad
4.2.2	Manual	MA.4.2.2.01	Manual de Calidad
4.2.3	Procedimiento	CP.4.2.3.01	Procedimiento para la elaboración y control de documentos internos y externos
4.2.3	Instructivo	IN.4.2.3.01	Instructivo para la elaboración de documentos
4.2.3	Formato	FO.4.2.3.01	Formato solicitud de elaboración o modificación de documentos del SGC
4.2.3	Formato	FO.4.2.3.02	Formato de distribución de documentos
4.2.3	Formato	FO.4.2.3.03	Formato lista de asistencia a divulgación de documentos
4.2.3	Formato	FO.4.2.3.04	Formato de actas de reunión
4.2.3	PLAN ESTRATEGICO	PL.4.2.3.01	PLAN ANUAL OPERATIVO DE NEONATOLOGIA
4.2.3	MANUAL	MA.4.2.3.04	MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE NEONATOLOGIA
4.2.3	INSTRUCTIVOS	IN.4.2.3.01	SEMIOLOGIA CLINICA
4.2.4	Listado de documentos	LD.4.2.4.01	Listado maestro de registros
4.2.4	Listado de documentos	LD.4.2.4.02	Tabla de retención documental
4.2.4	Procedimiento	CP.4.2.4.01	Procedimiento para el control de los registros
5.1.0	Procedimiento	CP.5.1.0.01	Procedimiento para la convocatoria a reuniones
5.1.0	Procedimiento	CP.5.1.0.02	Procedimiento de planificación de los recursos
5.1.0	Procedimiento	CP.5.1.0.03	Procedimiento de provisión de recursos
5.1.0	Procedimiento	CP.5.1.0.04	Procedimiento para comunicar al personal la importancia de satisfacer los requisitos de las pacientes y recién nacidos
5.1.0	Procedimiento	CP.5.1.0.05	Procedimiento para programar las revisiones periódicas del SGC
5.1.0	Formato	FO.5.1.0.01	Formato de registro del programa de revisión del sistema de gestión de calidad
5.1.0	Formato	FO.5.1.0.02	Formato de registro de convocatoria al personal

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN 	<b>LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS</b>		
<b>Código: LD.4.2.1.01</b>	<b>Versión: 1.0</b>	<b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b>	<b>Página: 3 de 9</b>

<b>Apartado</b>	<b>TIPO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRE</b>
5.1.0	Formato	FO.5.1.0.03	Formato de registro del listado de personal para la comunicación de los requisitos del paciente
5.1.0	Formato	FO.5.1.0.04	Formato de registro de la Matriz de Comunicación
5.2.0	Procedimiento	CP.5.2.0.01	Procedimiento para la determinación de los requisitos principales de las pacientes y el recién nacido
5.2.0	Procedimiento	CP.5.2.0.02	Procedimiento para asegurar que se evalúa la satisfacción del paciente
5.3.0	Procedimiento	CP.5.3.0.01	Procedimiento de Revisión y actualización de política y objetivos de calidad
5.3.0	Formato	FO.5.3.0.01	Formato de registro definición de los objetivos de calidad
5.3.0	Formato	FO.5.3.0.02	Formato de registro de evaluación de la política de calidad
5.3.0	Formato	FO.5.3.0.03	Formato de registro criterios de evaluación de la política
5.3.0	Formato	FO.5.3.0.04	Formato de registro definición de la política y objetivos de calidad
5.3.0	Plan de calidad	PL.5.3.0.01	Despliegue de objetivos de la política de calidad
5.4.2	Plan de calidad	PL.5.4.2.01	Guía de planeación para implementar el sistema de gestión de calidad
5.4.2	Listado de documentos	LD.5.4.2.01	Matriz de indicadores de calidad
5.5.1	Procedimiento	CP.5.5.1.01	Procedimiento de actualización del manual de organización y funciones
5.5.1	Formato	FO.5.5.1.01	Formato de registro de actualización del manual de organización y funciones
5.5.2	Procedimiento	CP.5.5.2.01	Procedimiento para constituir el Comité de Calidad
5.5.2	Formato	FO.5.5.2.01	Registro de constitución del Comité de Calidad
5.5.3	Procedimiento	CP.5.5.3.01	Procedimientos para comunicar los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad
5.5.3	Formato	FO.5.5.3.01	Formato de Memorándum
5.5.3	Formato	FO.5.5.3.02	Formato de circulares
5.6.1	Procedimiento	CP.5.6.1.01	Procedimiento para la revisión por la Dirección
5.6.3	Formato	FO.5.6.3.01	Formato de Registro de revisión por la Dirección
6.2.1	Procedimiento	CP.2.1.02	Selección de Personal
6.2.1	Procedimiento	CP.2.1.05	Inducción al Personal de Nuevo Ingreso





## LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

Código: LD.4.2.1.01

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 4 de 9

Apartado	TIPO	CODIGO	NOMBRE
6.2.1	Procedimiento	CP.2.1.09	Aplicación de Incentivos por Mérito
6.2.2	Procedimiento	CP.2.1.11	Gestión de Capacitación
6.2.2	Planes	PL.6.2.2.01	Plan Integrado de capacitaciones
6.2.2	Formato	FO.6.2.2.01	Formato de lista de asistencia
6.2.2	Formato	FO.6.2.2.02	Formato de solicitud de necesidad de capacitación
6.2.3	Formato	FO.6.2.2.03	Fichas de detección de las necesidades de Capacitación
6.3.0	Procedimiento	CP.6.3.0.01	Procedimiento para determinar la infraestructura requerida para los procesos
6.3.0	Procedimiento	CP.6.3.0.02	Procedimiento para establecer el mantenimiento requerido de la infraestructura de los procesos
6.3.0	Formato	FO.6.3.0.01	Formato de Especificación de la infraestructura requerida para el proceso
6.3.0	Formato	FO.6.3.0.02	Formato de Plan de mantenimiento para la infraestructura del proceso
6.3.0	Formato	FO.6.3.0.03	Formato del Registro del mantenimiento a la infraestructura del proceso
6.3.0	Formato	FO.6.3.0.04	Formato de Plan de contingencia para la infraestructura del proceso
6.4.0	Procedimiento	CP.6.4.0.01	Procedimiento para establecer y mantener el ambiente de trabajo del los procesos
6.4.0	Formato	FO.6.4.0.01	Formato de Plan de mantenimiento del ambiente de trabajo del proceso
6.4.0	Formato	FO.6.4.0.02	Formato del Registro del mantenimiento al ambiente de trabajo
7.1.0	Caracterización	CP.3.3.00	Caracterización del proceso atención del parto y post parto
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.01	Ficha de caracterización de procedimiento admisión y evaluación clínica de la paciente
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.02	Ficha de caracterización de procedimiento monitoreo del trabajo de parto
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.03	Ficha de caracterización de procedimiento atención del parto normal
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.04	Ficha de caracterización de procedimiento vigilancia de puerperio inmediato
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.05	Ficha de caracterización de procedimiento transferencia de paciente a puerperio
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.06	Ficha de caracterización de procedimiento atención del parto por cesárea



## LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

Código: LD.4.2.1.01

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 5 de 9

Apartado	TIPO	CODIGO	NOMBRE
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.07	Ficha de caracterización de procedimiento vigilancia del estado de salud post cesárea
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.08	Ficha de caracterización de procedimiento transferencia a cirugía obstétrica
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.09	Ficha de caracterización de procedimiento admisión en puerperio
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.10	Ficha de caracterización de procedimiento evaluación medica inmediata
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.11	Ficha de caracterización de procedimiento atención medica sistemática
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.12	Ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones medicas
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.13	Ficha de caracterización de procedimiento elaboración y cumplimiento de requisitos de alta
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.14	Ficha de caracterización de procedimiento admisión en cirugía obstétrica
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.15	Ficha de caracterización de procedimiento evaluación medica inmediata
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.16	Ficha de caracterización de procedimiento evaluación medica sistemática
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.17	Ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones medicas
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.18	Ficha de caracterización de procedimiento elaboración y cumplimiento de requisitos de alta
7.1.0	Caracteriza.	CP.3.5.00	Caracterización del proceso atención del recién nacido
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.01	Ficha de caracterización de procedimiento atención directa al recién nacido
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.02	Ficha de caracterización de procedimiento cuidado sistemático del recién nacido en alojamiento conjunto
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.03	Ficha de caracterización de procedimiento elaboración y cumplimiento de requisitos de alta del neonato
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.04	Ficha de caracterización de procedimiento transferencia del recién nacido a los servicios de neonatología
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.05	Ficha de caracterización de procedimiento ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.06	Ficha de caracterización de procedimiento atención medica inmediata en la unidad de cuidados intensivos
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.07	Ficha de caracterización de procedimiento atención medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos

## LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

Código: LD.4.2.1.01

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 6 de 9

Apartado	TIPO	CODIGO	NOMBRE
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.08	Ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones medicas en la unidad de cuidados intensivos
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.09	Ficha de caracterización de procedimiento ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intermedios
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.10	Ficha de caracterización de procedimiento atención medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados intermedios
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.11	Ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones medicas en la unidad de cuidados intermedios
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.12	Ficha de caracterización de procedimiento ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados mínimos
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.13	Ficha de caracterización de procedimiento atención medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados mínimos
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.14	Ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones medicas en la unidad de cuidados mínimos
7.2.1	Procedimiento	CP.7.2.1.01	Procedimiento Identificación de los requisitos del servicio
7.2.1	Formato	FO.7.2.1.01	Formato de Especificación del Servicio
7.2.2	Procedimiento	CP.7.2.2.01	Procedimiento revisión de los requisitos del servicio
7.2.2	Formato	FO.7.2.2.01	Formato de Registro de revisión de requisitos del Servicio
7.2.3	Procedimiento	CP.7.2.3.01	Procedimiento de recepción de quejas y sugerencias
7.2.3	Formato	FO.7.2.3.01	Formato de quejas y sugerencias
7.2.3	Formato	FO.7.2.3.02	Formato de ficha de control de quejas y sugerencias
7.2.3	LIBRO DE CONTROL	LC.7.2.3.01	Libro de Censos de Charlas Educativas
7.3.1	Procedimiento	CP.7.3.1.01	Procedimiento planificación del diseño del servicio
7.3.1	Formato	FO.7.3.1.01	Formato de Plan de Diseño
7.3.2	Procedimiento	CP.7.3.2.01	Procedimiento Identificación de elementos de entrada para el diseño de servicios
7.3.2	Formato	FO.7.3.2.01	Formato de Registro identificación de elementos de entrada para el diseño
7.3.3	Procedimiento	CP.7.3.3.01	Procedimiento para el diseño de servicios



## LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

Código: LD.4.2.1.01

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 7 de 9

Apartado	TIPO	CODIGO	NOMBRE
7.3.4	Procedimiento	CP.7.3.4.01	Procedimiento para la revisión del diseño
7.3.4	Formato	FO.7.3.4.01	Formato de registro de la revisión del diseño
7.3.5	Procedimiento	CP.7.3.5.01	Procedimiento para la verificación del diseño
7.3.5	Formato	FO.7.3.5.01	Formato de registro de la verificación del diseño
7.3.6	Procedimiento	CP.7.3.6.01	Procedimiento para la validación del diseño
7.3.6	Formato	FO.7.3.6.01	Formato de registro de la validación del diseño
7.3.7	Formato	FO.7.3.7.01	Formato de Registro de cambios diseño
7.4.1	Procedimiento	CP.7.4.1.01	Procedimiento adquisición y compra interna por licitación y/o concurso público por invitación
7.4.1	Procedimiento	CP.7.4.1.02	Procedimiento contratación directa por calificado por urgencia
7.4.1	Procedimiento	CP.7.4.1.03	Procedimiento de adquisición y compra interna por libre gestión
7.4.1	Formato	FO.7.4.1.01	Formato de registro de requisitos solicitados a los proveedores
7.4.1	Formato	FO.7.4.1.02	Formato de registro de solicitud de compra debidamente autorizada
7.4.1	Formato	FO.7.4.1.03	Formato de registro orden de compra
7.4.1	Formato	FO.7.4.1.04	Formato de Plan de Compra
7.4.3	Procedimiento	CP.7.4.3.01	Procedimiento para la inspección y recepción de medicamentos e insumos
7.4.3	Formato	FO.7.4.3.01	Formato de registro de recepción entrega de productos e insumos
7.5.1	Instructivo	IN.7.5.1.01	Instructivo para análisis de riesgos y puntos críticos de control de calidad
7.5.3	FORMATOS	FO.7.5.3.01	Hoja de ingreso y egreso
7.5.3	FORMATOS	FO.7.5.3.02	Censo diario de pacientes adultas
7.5.3	FORMATOS	FO.7.5.3.03	Hoja de ingreso y egreso
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.01	Hoja de identificación (ingreso y egreso)
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.02	Hoja de referencia
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.03	Hoja clap
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.04	Hoja de partograma
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.05	Hoja de alta exigida
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.06	Hojas de interconsulta



## LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

Código: LD.4.2.1.01

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 8 de 9

Apartado	TIPO	CODIGO	NOMBRE
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.07	Hoja de anestesia
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.08	Hoja de procedimiento
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.09	Hoja de indicaciones medicas
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.10	Hoja de continuación de historia medica
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.11	Hoja de control de medicamentos
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.12	Hoja de control de signos vitales
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.13	Hoja de temperatura
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.14	Hoja de control de tensión arterial
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.15	Hoja de control de líquidos
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.16	Hoja de examen que la paciente trae
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.17	Hoja de exámenes
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.18	Hoja de anotación de enfermera de otro centro
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.19	Hoja de anotaciones de enfermeras
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.20	Hoja plantar del recién nacido
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.21	Hoja de reporte obstétrico
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.22	Hoja de evaluación de alta de recién nacido
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.23	Hojas de consulta de alto riesgo
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.24	Visita
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.25	Transferencia
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.26	Hojas orden de medico
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.27	Hojas de continuación orden de medico
7.5.3	EXPEDIENTE	EX.7.5.3.28	Hoja de historia de ingreso
7.5.4	Procedimiento	CP.7.5.4.01	Procedimiento para la comunicación de los daños ocurridos en las pertenencias de las pacientes
7.5.4	Formato	FO.7.5.4.01	Formato de registro de las pertenencias del paciente
7.5.5	GUIA	GU.7.5.5.01	Metodología para establecer la protección del paciente dentro de las instalaciones del HNEM
7.6.0	Formato	FO.7.6.0.01	Formato de registro de hoja de vida de equipos de seguimiento y medición
7.6.0	Formato	FO.7.6.0.02	Formato de Registro de verificación de equipos de seguimiento y medición
7.6.0	Procedimiento	CP.7.6.0.01	Procedimiento para el control de los equipos de seguimiento y medición

## LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

Código: LD.4.2.1.01

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 9 de 9

Apartado	TIPO	CODIGO	NOMBRE
8.2.1	Procedimiento	CP.8.2.1.01	Procedimiento para la medición de la satisfacción del cliente
8.2.1	Formato	FO.8.2.1.01	Formato de registro de la medición de la satisfacción del cliente
8.2.1	Formato	FO.8.2.1.02	Formato de Encuesta al cliente
8.2.2	Procedimiento	CP.8.2.2.01	Procedimiento para elaborar el programa de auditoría interna
8.2.2	Procedimiento	CP.8.2.2.02	Procedimiento para la preparación de la auditoría interna
8.2.2	Procedimiento	CP.8.2.2.03	Procedimiento para realizar la auditoría interna
8.2.2	Formato	FO.8.2.2.01	Formato de Programa de auditoría interna
8.2.2	Formato	FO.8.2.2.02	Formato del Plan de auditoría interna del sistema de gestión de calidad
8.2.2	Formato	FO.8.2.2.03	Formato del Plan de auditoría interna de procesos
8.2.2	Formato	FO.8.2.2.04	Formato del Plan de auditoría interna de servicios
8.2.2	Formato	FO.8.2.2.05	Formato de Registro de los resultados de la auditoría
8.2.4	Procedimiento	CP.8.2.4.01	Procedimiento para el seguimiento del servicio
8.2.4	Formato	FO.8.2.4.01	Formato de Registro del seguimiento del Servicio
8.3.0	Procedimiento	CP.8.3.0.01	Procedimiento de seguimiento de acciones posteriores a las no conformidades
8.4.0	Metodología	MT.8.4.0.01	Metodología para determinar la no conformidad en los servicios brindados
8.5.1	Procedimiento	CP.8.5.1.01	Procedimiento de Gestión del Mejoramiento Continuo
8.5.1	Plan	PL.8.5.1.01	Plan de fortalecimiento de Mejora Continua
8.5.2	Procedimiento	CP.8.5.2.01	Procedimiento para determinar e implementar acciones correctivas y preventivas
8.5.2	Procedimiento	CP.8.5.2.02	Procedimiento para revisar las no conformidades
8.5.2	Formato	FO.8.5.2.01	Formato de registro de control de las no conformidades
8.5.2	Formato	FO.8.5.2.02	Formato de registro de control de no conformidades con acciones preventivas
8.5.2	Formato	FO.8.5.2.03	Formato de registro de informe de no conformidades
8.5.2	Formato	F0.8.5.2.04	SOLICITUD DE NO CONFORMIDAD-DIAGNOSTICO-CAUSAS-PLAN A SEGUIR
8.5.2	Formato	F0.8.5.2.05	Formato de Seguimiento a la No conformidad



## LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS EXTERNOS


Código: LD.4.2.1.02

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013


Página: 1 de 1

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción	Unidades que lo utilizan de referencia
Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel		MINSAL	Descripción de las actividades que deben desarrollarse para brindar la atención médica obstétrica adecuada	Partos, Puerperio, Cirugía obstétrica
Guías clínicas de atención hospitalarias de tercer nivel		MINSAL	Descripción de las actividades que deben desarrollarse para brindar la atención medica adecuada	Unidades de la división médica
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria	Unidades de la división médica


HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN 	<b>MATRIZ DE LOS REQUISITOS NTC ISO          9001:2008 QUE LE APLICAN A CADA          PROCESO</b>		
<b>Código: MT.4.2.1.01</b>	<b>Versión: 1.0</b>	<b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b>	<b>Página: 1 de 3</b>

REQUISITO	DESCRIPCIÓN	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	PLANEACIÓN ESTRATEGICA	GESTIÓN DE LA CALIDAD	ATENCIÓN DEL PARTO Y POST PARTO	ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO	GESTIÓN DE RECURSO HUMANO	GESTIÓN ECONÓMICA FINANCIERA	GESTIÓN DOCUMENTAL	CONTROL INTERNO	GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN
4.1	Requisitos Generales	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.2.1	Generalidades Gestión documental			X					X		
4.2.2	Manual de la calidad	X		X							
4.2.3	Control de documentos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.2.4	Control de los registros	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5.1	Compromiso de la Dirección	X									
5.2	Enfoque al Cliente	X									
5.3	Política de Calidad	X									
5.4.1	Objetivos de Calidad	X									
5.4.2	Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad	X	X								
5.5.1	Responsabilidad y Autoridad	X									
5.5.2	Representante de la Alta Dirección	X									
5.5.3	Comunicación Interna	X									X
5.6.1	Generalidades Revisión por la Dirección	X		X							
5.6.2	Información de entrada para la Revisión	X		X							
5.6.3	Resultados de la Revisión	X		X							
6.1	Provisión de Recursos	X	X								
6.2.1	Generalidades Talento Humano						X				
6.2.2	Competencia, formación y toma de conciencia						X				
6.3	Infraestructura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6.4	Ambiente de trabajo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7.1	Planificación de la realización				X	X					



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN 	<b>MATRIZ DE LOS REQUISITOS NTC ISO          9001:2008 QUE LE APLICAN A CADA          PROCESO</b>		
<b>Código: MT.4.2.1.01</b>	<b>Versión: 1.0</b>	<b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b>	<b>Página: 2 de 3</b>

REQUISITO	DESCRIPCIÓN	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	GESTIÓN DE LA CALIDAD	ATENCIÓN DEL PARTO Y POST PARTO	ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO	GESTIÓN DE RECURSO HUMANO	GESTIÓN ECONÓMICA FINANCIERA	GESTIÓN DOCUMENTAL	CONTROL INTERNO	GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN
	del producto o prestación del servicio										
<b>7.2.1</b>	Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio				X	X					
<b>7.2.2</b>	Revisión de los requisitos relacionados con el producto o servicio				X	X					
<b>7.2.3</b>	Comunicación con el cliente			X	X	X					
<b>7.3.1</b>	Planificación del diseño y desarrollo				X	X					
<b>7.3.2</b>	Elementos de entrada para el diseño y desarrollo				X	X					
<b>7.3.3</b>	Resultados del diseño y desarrollo				X	X					
<b>7.3.4</b>	Revisión del diseño y desarrollo				X	X					
<b>7.3.5</b>	Verificación del diseño y desarrollo				X	X					
<b>7.3.6</b>	Validación del diseño y desarrollo				X	X					
<b>7.3.7</b>	Control de los cambios del diseño y desarrollo				X	X					
<b>7.4.1</b>	Proceso de adquisición de bienes y servicios							X			
<b>7.4.2</b>	Información para la adquisición de bienes y servicios							X			
<b>7.4.3</b>	Verificación de los productos y/o servicios adquiridos							X			
<b>7.5.1</b>	Control de la producción y de la prestación del servicio				X	X					
<b>7.5.2</b>	Validación de los procesos de				X	X					

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN 	<b>MATRIZ DE LOS REQUISITOS NTC ISO          9001:2008 QUE LE APLICAN A CADA          PROCESO</b>		
<b>Código: MT.4.2.1.01</b>	<b>Versión: 1.0</b>	<b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b>	<b>Página: 3 de 3</b>

REQUISITO	DESCRIPCIÓN										
		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	GESTIÓN DE LA CALIDAD	ATENCIÓN DEL PARTO Y POST PARTO	ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO	GESTIÓN DE RECURSO HUMANO	GESTIÓN ECONÓMICA FINANCIERA	GESTIÓN DOCUMENTAL	CONTROL INTERNO	GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN
	la producción y de la prestación del servicio										
7.5.3	Identificación y trazabilidad				X	X					
7.5.4	Propiedad del cliente				X	X	X				
7.5.5	Preservación del producto y/o servicio				X	X					
7.6	Control de los equipos de seguimiento y medición										
8.1	Generalidades Medición, Análisis y Mejora	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
8.2.1	Satisfacción del cliente		X	X	X	X	X	X	X	X	X
8.2.2	Auditoria interna			X						X	
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos	X	X		X	X	X	X	X	X	
8.2.4	Seguimiento y medición del producto y/o servicio				X	X					
8.3	Control del producto y/o servicio no conforme			X	X	X					
8.4	Análisis de datos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8.5.1	Mejora continua	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8.5.2	Acción correctiva	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8.5.3	Acción preventiva	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO  
DE MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN



## PLATAFORMA ESTRATÉGICA

Código: PE.4.2.1.01


Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 1 de  
13

# PLATAFORMA ESTRATÉGICA.

	Elaboró:	Autorizó:
Nombre		
Firma		
Fecha		


<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>PLATAFORMA ESTRATÉGICA</h2>		
<p>Código: PE.4.2.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 2 de 13</p>

## MISIÓN

Somos un Hospital Especializado de Tercer Nivel de Atención ginecológica y perinatal dirigido a resolver los problemas en salud de alta complejidad de la mujer salvadoreña y su recién nacido con los más altos estándares de calidad técnico- científicos, a través de atención multidisciplinaria, con adecuada administración de los recursos humanos, técnicos, financieros, y excelente formación académica del recurso humano, mediante alianzas con diferentes instituciones públicas y privadas en el campo Nacional y Centroamericano.


## VISIÓN

Ser el primer Instituto Latinoamericano de atención especializada en las áreas Ginecológica y Perinatal, que ofrezca servicios profesionales de alta calidad y excelencia, con ética profesional, actitud proactiva, valores Institucionales y Tecnología innovadora que nos permita afrontar con eficiencia la problemática en salud de la mujer salvadoreña y su recién nacido, impactando en los indicadores nacionales de salud, así como favoreciendo el bienestar y calidad de vida de la población demandante, convirtiéndonos en ente capacitador, formador y regulador de la atención especializada..

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>PLATAFORMA ESTRATÉGICA</h2>		
<p>Código: PE.4.2.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 3 de 13</p>

## VALORES

- **Mística de Trabajo** : Todos los que conformamos la institución , nos sentimos orgullosos de lo que hacemos, para quien lo hacemos y por qué lo hacemos, nuestra contribución forma parte integral de la competitividad técnica y científica que permite brindar una mejor atención al binomio madre e hijo(a)
- **Honestidad**: En el Hospital Nacional de Maternidad estamos convencidos de que debemos realizar nuestras actividades con ética, integridad y objetividad, al mismo tiempo que construimos relaciones mutuamente beneficiosas y duraderas con todos nuestros clientes externos e internos. Llevamos a cabo nuestras operaciones técnicas, administrativas y financieras de manera correcta dentro del marco de la ley.
- **Responsabilidad**: El compromiso es cumplir ante los usuarios y por la confianza depositada en la Institución, siendo garantes de todos los actos y compromisos.
- **Excelencia en el Servicio**: En la institución nos preocupamos por crear "valor" a través de representar, proteger y satisfacer los intereses y las expectativas de nuestros clientes atendiéndolos oportuna, eficiente y eficazmente.
- **Trabajo en Equipo**: nos permite optimizar la capacidad de interactuar en beneficio de los objetivos institucionales.
- **Actualización/Investigación**: estamos conscientes de mantener un conocimiento actualizado en las materias que nos competen;

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>PLATAFORMA ESTRATÉGICA</h2>		
<p>Código: PE.4.2.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 4 de 13</p>

y comprometidos en desarrollar procesos de investigación, con la finalidad de proporcionarle a nuestros usuarios una atención con calidad y calidez

- **Compromiso:** Respetar las necesidades de las paciente, recién nacido, familia y comunidad.
- **Innovación:** Somos estratégicamente una institución de tercer nivel de atención en la red de salud del Ministerio de Salud, en la búsqueda de la excelencia, motivando el pensamiento positivo y su aplicación, y tenemos la voluntad de tomar riesgos basados en criterios científicos.
- **Creatividad:** Promovemos una actitud positiva, a través de la participación de todos en las diferentes actividades institucionales.
- **Calidad:** Mantenemos un enfoque hacia las necesidades del cliente, Para que éste reciba sólo lo mejor.
- **Calidez:** Trabajamos de manera proactiva e innovadora, considerando las necesidades integrales de la paciente.
- **Recursos humanos:** Seleccionamos y promovemos a nuestro recurso humano para que este sea el idóneo y el más capacitado, manteniendo nuestra filosofía de solidaridad y competitividad.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>PLATAFORMA ESTRATÉGICA</h2>		
<p>Código: PE.4.2.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 5 de 13</p>

- **Previsión Financiera:** Buscamos nuevas fuentes de recursos económicos complementarios, que nos permitan mantener los estándares de calidad en nuestros servicios.
- **Comunicaciones:** Mantenemos un sistema de comunicaciones interna que asegure la eficaz toma de decisiones, y el monitoreo de todos los procesos.
- **Empatía hacia la paciente:** Realizamos un esfuerzo objetivo y racional en la comprensión y satisfacción de las necesidades de las pacientes.
- **Agradecimiento:** Expresamos de la manera más sincera, agradecimiento a las pacientes que depositan su confianza en nuestras manos.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLATAFORMA ESTRATÉGICA</b></p>		
<p>Código: PE.4.2.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 6 de 13</p>

## POLÍTICA DE CALIDAD

El Hospital Nacional de Maternidad es consciente del compromiso social que representa ser un hospital de tercer nivel especializado en las áreas ginecológica y perinatal, enfocado a resolver los problemas de salud de alta complejidad de la mujer salvadoreña y su recién nacido. Es por ello que consideramos que el servicio ofrecido debe brindarse con los más altos estándares de calidad técnico-científicos, aplicando como valores corporativos de referencia, la excelencia en el servicio, la actualización/investigación, la innovación y la mejora continua.


Pretendemos ser, a mediano plazo, el primer instituto latinoamericano que ofrezca servicios profesionales de alta calidad y excelencia, por lo que se ha incluido en la gestión, la planificación, el control, el aseguramiento y el mejoramiento de la calidad, dentro de los límites de un Sistema de Gestión de la Calidad, basado en el Modelo Normativo ISO 9001:2008, con la finalidad de extender el logro de la calidad a todas las actividades de la institución bajo el enfoque de Calidad Total.



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLATAFORMA ESTRATÉGICA</b></p>		
<p>Código: PE.4.2.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 7 de 13</p>

## OBJETIVOS DE CALIDAD

- ❖ Aumentar la satisfacción del receptor del servicio brindado
- ❖ Aumentar la participación de los usuarios en los procesos claves
- ❖ Aumentar el número de empleados que conocen los resultados de las mediciones anuales de los 28 estándares de la Mejora Continua de la Calidad.
- ❖ Optimización de los procesos asistenciales brindador por el hospital
- ❖ Aumentar la divulgación de la política de calidad del Hospital
- ❖ Aumentar el conocimiento técnico del personal involucrado en la Gestión de la Calidad de la Institución
- ❖ Optimización del uso de los recursos utilizados para la prestación de los servicios ginecológicos y perinatales


<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLATAFORMA ESTRATÉGICA</b></p>		
<p>Código: PE.4.2.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 8 de 13</p>

## PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

**Procesos estratégicos:** Son los procesos responsables de analizar las necesidades y condicionantes de la sociedad, del entorno y las necesidades ciudadanas. El análisis y el conocimiento de los recursos disponibles permiten establecer las referencias y las guías para los procesos de niveles inferiores de manera que se facilite el despliegue de los planes y las políticas de la organización.

- Planeación estratégica
- Gestión de la calidad
- Gestión de la información
- Gestión del abastecimiento
- Gestión del conocimiento

**Procesos clave:** Estos procesos componen la razón de ser de la organización y afectan de modo directo a la prestación de los servicios y la satisfacción de las necesidades y expectativas del ciudadano. Son los procesos que agregan valor y tienen contacto directo con el cliente, es decir, el paciente (en el caso del Hospital Nacional de Maternidad). La prestación de cualquier servicio directo son ejemplos de procesos clave para la organización, sin embargo cabe aclarar que este tipo de procesos no son comunes

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>PLATAFORMA ESTRATÉGICA</h2>		
<p>Código: PE.4.2.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 9 de 13</p>

a todas las organizaciones ya que dependen de la tipología de la misma.

- Atención del parto y post parto
- Atención del recién nacido
- Emergencias
- Consulta externa
- Intervención quirúrgica
- Atención hospitalaria ginecológica y perinatólógica
- Cuidados intensivos y especiales de adultos
- Apoyo Diagnóstico

**Procesos de apoyo o soporte:** Son los responsables de proveer a la organización de todos los recursos necesarios, tanto humanos, técnicos y materiales, a partir de los cuales es posible generar el valor añadido deseado por los usuarios. La gestión documental, los sistemas de información, la gestión de compras y mantenimiento general, son considerados generalmente como procesos de apoyo de las organizaciones. Este tipo de procesos tienen la particularidad de ser comunes para diferentes organizaciones lo que facilita su respectiva identificación.

- Gestión de Recursos Humanos
- Gestión Económica Financiera
- Servicios Generales
- Asesoría Jurídica
- Comunicación

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>PLATAFORMA ESTRATÉGICA</h2>		
<p>Código: PE.4.2.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 10 de 13</p>

## PRINCIPIOS DE CALIDAD

1. **Enfoque hacia el cliente:** Nos esforzamos por comprender las necesidades actuales y potenciales del usuario, satisfacer sus requisitos y llenas sus expectativas.
2. **Liderazgo:** Los líderes establecen la unidad de propósito y orientación del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, manteniendo un ambiente interno que motiva al personal a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos.
3. **Participación del personal:** El personal a todos los niveles, es la esencia de la Administración del Hospital y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la Administración.
4. **Enfoque basado en procesos:** Los resultados deseados los alcanzamos eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados las gestionamos como un proceso.
5. **Enfoque de sistema para la gestión:** Identificamos, entendemos y gestionamos los procesos interrelacionados como un sistema, contribuyendo a la eficacia y eficiencia de la Administración dela Institución en el logro de sus objetivos,

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>PLATAFORMA ESTRATÉGICA</h2>		
<p>Código: PE.4.2.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 11 de 13</p>

disponemos de unos elementos funcionando en equipo para brindar el servicio a la población salvadoreña.

6. **Mejora Continua:** La mejora continua del desempeño global de la Administración Institucional es nuestro objetivo permanente.
7. **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
8. **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** En la Administración Institucional establecemos relaciones mutuamente beneficiosas con nuestros proveedores, con el objeto de garantizar la calidad en nuestros servicios, aumentar la capacidad y crear valor en ellos.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>PLATAFORMA ESTRATÉGICA</h2>		
<p>Código: PE.4.2.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 12 de 13</p>

## VOCABULARIO

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

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

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

**Competencia:** aptitud demostrada para aplicar los conocimientos y habilidades

**Eficacia:** Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanza los resultados planificados.


**Infraestructura:** <Organización> sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una organización.

**Mejora continua:** Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos

**No conformidad:** incumplimiento de un requisito

**Objetivo de la calidad:** a lo ambicionado o pretendido, relacionado con la calidad.

**Política de calidad:** intenciones globales y orientación relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la **alta dirección**.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>PLATAFORMA ESTRATÉGICA</h2>		
<p>Código: PE.4.2.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 13 de 13</p>

**Procedimiento:** Forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso. Secuencia de actividades con su respectiva descripción, responsable y evidencia de ejecución (Registro)

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

**Satisfacción del cliente:** percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.

**Sistema de Gestión de la Calidad:** es una serie de actividades coordinadas que se llevan a cabo sobre un conjunto de elementos (Recursos, Procedimientos, Documentos, Estructura organizacional y Estrategias) para lograr la calidad de los productos o servicios que se ofrecen al cliente, es decir, planear, controlar y mejorar aquellos elementos de una organización que influyen en satisfacción del cliente y en el logro de los resultados deseados por la organización.

**Registro:** documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades.

**Requisito:** Necesidad o expectativa establecida generalmente implícita u obligatoria.



HOSPITAL NACIONAL  
ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO  
ESCOLÁN

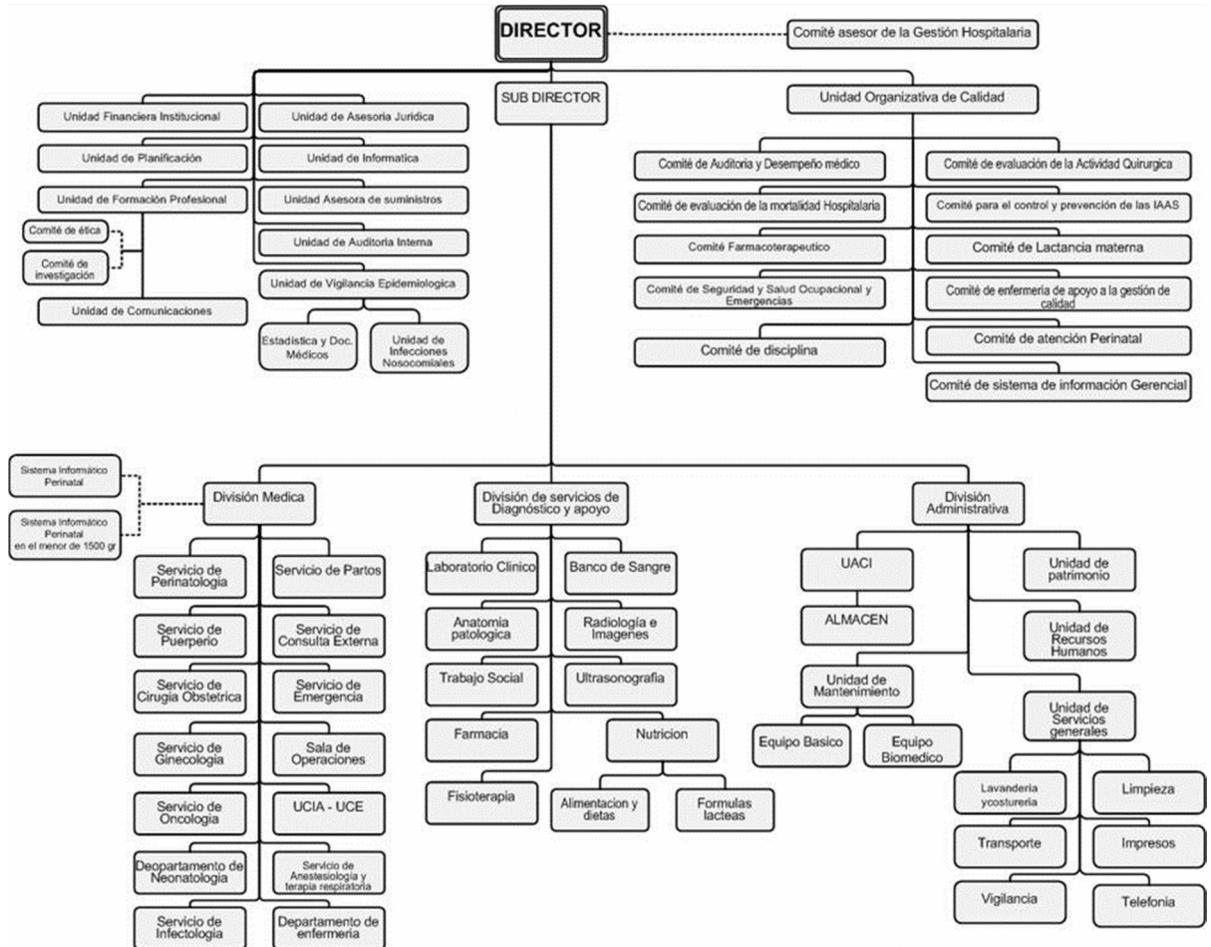
# ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

Código: PE.4.2.1.02

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 1 de  
1



Elaboró:	Revisó:	Autorizó:





**CÓDIGO : CP.4.2.3.01**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA: 31/3/13**

## PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS Y EXTERNOS

**1 Unidad/es ejecutante/s:** Unidad Organizativa de la Calidad


**2 Objetivo:** Controlar de manera uniforme, los documentos del sistema de Gestión de Calidad de la Entidad

**3 Alcance:** A todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad de la Entidad. Se excluyen de éste control los REGISTROS, los cuales son controlados con el procedimiento control de registros)

**4 Definiciones:**

- Copia controlada: Copia de un documento que se distribuye y se actualiza obligatoriamente a su destinatario.
- Copia no controlada: Copia suministrada a un solicitante y cuya actualización no es obligatoria.
- Manual de calidad: Documento que describe el Sistema de Gestión de la Calidad de una organización.
- Mapa de procesos: Documento que describe los procesos existentes en el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Ficha de caracterización: Documento que describe en forma detallada un proceso; nos muestra el objetivo, alcance, entradas y salidas, los record involucrados, actividades de seguimiento y de control.
- Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo un proceso, donde se describe en forma secuencial y lógica las actividades.
- Instructivo: Descripción detallada que apoya un proceso y/o procedimiento. Ejemplo: presentación de documentos.
- registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- Documento externo: Información generada fuera de la Entidad, que sirve de

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: CP.4.2.3.01
	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS Y EXTERNOS</b>	Versión: 1
		Página 2 de 11

referencia para el desarrollo de los procesos relacionados con el Sistema de Gestión. Ejemplo: legislación, manuales de equipos, entre otros.

- Otros documentos: Documentos que según las definiciones anteriores no encajan en ninguna de ellas, ejemplo: organigrama, manual de funciones, entre otros.

#### 5 Documentos internos de referencia:

Código	Nombre
IN.4.2.3.01	Presentación de documentos

#### 6 Documentos externos:


Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción

#### 7 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento temporal / final			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	

#### 8 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Administrativo	Personal con formación específica
Papelería	Papel para documentación	Registro formalizados por la unidad Organizativa de la calidad
Aparataje o Equipo	Computadora personal	Revisiones reglamentarias realizadas

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: CP.4.2.3.01
	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS Y EXTERNOS</b>	Versión: 1
		Página 3 de 11

## 9 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Sistemas de información	Unidad de informática

## 10 Descripción

La estructura de la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad de la Entidad es en su orden: Manual de Calidad, mapa de procesos, ficha de caracterización, procedimientos, instructivos, registros, documentos externos y otros documentos.

Figura 1. Estructura de la documentación



### Elaboración, revisión y aprobación


Los documentos son elaborados por la persona que ejecuta el proceso o por la persona que conoce del mismo y son editados por el coordinador de calidad o quien realice sus funciones. La persona que elabora puede ser la misma que revisa, pero en ningún caso el que revisa puede ser el mismo que aprueba.

### Registro

La Entidad dentro de su ejercicio diario maneja registros de expediente clínico, por lo cual el nombre utilizado para llamar el documento donde se consigna la evidencia de un proceso será registro.


### Manejo de la documentación

- Una Copia disponible en Red. Dicha copia será administrada por el Coordinador de calidad o quien realice sus veces. Para las personas que no estén conectadas en red

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: CP.4.2.3.01
	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS Y EXTERNOS</b>	Versión: 1
		Página 4 de 11

se les suministrará una copia identificada como “punto rojo de calidad”. Las copias impresas de la red serán copias no controladas. Se tendrá una copia actualizada del SGC en CD como respaldo.


- El Coordinador de Calidad es el único autorizado para imprimir copias controladas de los documentos y es el único autorizado para modificar los documentos en red. Los usuarios de la red solo podrán acceder a los documentos pero no modificarlos, debido a una clave de modificación.
- El documento debe ser socializado 5 días hábiles después de la aprobación.
- El documento se considera aprobado cuando se encuentra disponible en red y ha sido socializado.
- Al perder vigencia un documento, el Coordinador de Calidad recoge y destruye las copias impresas existentes del documento anulado y distribuye el documento nuevo.
- De los documentos que pierdan vigencia, que se consideren importantes, se guardará una copia identificada con el sello “documento obsoleto”.
- Una vez la entidad conozca de un cambio o modificación de documentos de origen externo (Normas, Leyes, Decretos, Resoluciones, etc.), el área responsable de su implantación obtiene el documento en mención y notifica al Coordinador de Calidad para su control. Los documentos bajados de Internet serán copias no controladas.
- Las modificaciones que no alteran de forma significativa el documento (cambio de tamaño de campos o letras, cambio de márgenes, entre otros) se comunicarán de forma verbal al Coordinador de Calidad, quien realizará los cambios respectivos y actualizará la documentación.

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: CP.4.2.3.01
	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS Y EXTERNOS</b>	Versión: 1
		Página 5 de 11

## DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

### 1. CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO	OBSERVACIONES
1	Inicio			
2	Solicitar creación o modificación a un documento	Cualquier persona de la organización	FO.4.2.3.01. Solicitud para elaboración o modificación de documentos	La solicitud se presenta al Coordinador de Calidad
3	Revisar la viabilidad de la solicitud	Director del departamento y Coordinador de Calidad		
4	Aprobar o negar la creación o modificación del documento, en caso afirmativo ir a 7.	Secretarios de la Unidad Organizativa de Calidad	FO.4.2.3.01. Solicitud para elaboración o modificación de documentos	
5	Informar la no aprobación de la solicitud.	Coordinador de Calidad		Por medio de oficio se informa la no aprobación de la solicitud.
6	Fin			
7	Asignar los responsables para elaborar borrador, revisar y aprobar los documentos. También la persona que realizará la capacitación sobre el documento.  Definir lista y medio de distribución.	Representante de la alta dirección	FO.4.2.3.01. Solicitud para elaboración o modificación de documentos	Incluye la asignación del código (cuando no lo tiene) al documento por parte del Coordinador de Calidad.

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: CP.4.2.3.01
	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS Y EXTERNOS</b>	Versión: 1
		Página 6 de 11

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO	OBSERVACIONES
8	Preparar borrador del documento según plantilla o requisitos mínimos.	Persona asignada		<p>La persona asignada para elaborar el borrador del documento puede utilizar la ayuda del Coordinador de Calidad</p> <p>Para la elaboración del borrador tener en cuenta el instructivo IN.4.2.3.01 Instructivo para la elaboración de documentos</p> <p>Actualizar el listado maestro correspondiente. Quien elabora el procedimiento o instructivo, es responsable por definir los registros necesarios en la ejecución del mismo.</p>
9	Editar documento en formato ISO.	Coordinador de Calidad		IN.4.2.3.01 Instructivo para la elaboración de documentos
10	Revisar el documento; si está correcto, remitir para su aprobación. En caso contrario, ir a 8.	Persona asignada		
11	Aprobar el documento.	Persona asignada		El documento se considera aprobado cuando se encuentra disponible en red y ha sido socializado. La socialización debe efectuarse 5 días hábiles después de la aprobación.
12	Actualizar listado maestro correspondiente.	Coordinador de Calidad		



**GESTIÓN DE LA CALIDAD**


Código:  
CP.4.2.3.01

**PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS Y EXTERNOS**

Versión: 1

Página 7 de 11


No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO	OBSERVACIONES
13	Ubicar archivo actualizado en la internet o distribuir copias impresas y en tal caso recoger las copias obsoletas.	Coordinador de Calidad	FO.4.2.3.03. Distribución de documentos	<p>Si la persona no tiene terminal de computadora se le entregará el archivo impreso con sello de "copia controlada".</p> <p>Las copias obsoletas se destruyen y cuando se considere necesario se guarda una copia identificada con sello de "documento obsoleto".</p> <p>El documento original se almacena en internet. Se imprime un original y se firma.</p> <p>Los documentos existentes en internet siempre son las últimas versiones.</p> <p>Después de estar el archivo en internet o de haber entregado la copia controlada impresa, el Coordinador de calidad pasará por las firmas de recibido, las cuales quedan registradas FO.4.2.3.03. Distribución de documentos</p>
14	Capacitar sobre el nuevo documento al personal involucrado.	<p>Persona asignada</p> <p>Los cargos relacionados en el listado maestro.</p>	FO.4.2.3.03. Distribución de documentos	En el registro Control de asistencia, en el ítem "Tema" se coloca el nombre y código del documento a capacitar. La persona que capacita debe verificar que se halla entendimiento.
15	Fin			

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: CP.4.2.3.01
	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS Y EXTERNOS</b>	Versión: 1
		Página 8 de 11


## 2. CONTROL DE DOCUMENTOS EXTERNOS

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO	OBSERVACIONES
1	Inicio			
2	Recibir y reportar el documento externo	Cualquier persona de la organización	FO.4.2.3.01. Solicitud para elaboración o modificación de documentos	La solicitud se presenta al Coordinador de calidad
3	Revisar la pertinencia de la solicitud	Secretarios de despacho y coordinador de calidad		
4	Aprobar o negar la solicitud, en caso afirmativo ir a 7.	Secretarios de despacho	FO.4.2.3.01. Solicitud para elaboración o modificación de documentos	
5	Informar la no aprobación de la solicitud.	Coordinador de Calidad	FO.4.2.3.01. Solicitud para elaboración o modificación de documentos	
6	Fin			
7	Definir la lista y medio de distribución; y asignar el código y preparador del documento. También la persona que revisa, aprueba y realiza la capacitación sobre el documento.	Secretarios de despacho	FO.4.2.3.01. Solicitud para elaboración o modificación de documentos	El código se asigna de acuerdo al IN.4.2.3.01 Instructivo para la elaboración de documentos  No siempre es aplicable la preparación del documento.
8	Preparar el documento	Persona asignada		Cuando sea aplicable (traducción, resumen, etc.)




	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: CP.4.2.3.01
	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS Y EXTERNOS</b>	Versión: 1
		Página 9 de 11

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO	OBSERVACIONES
9	Actualizar listado maestro de documentos externos.	Coordinador de Calidad		LD.4.2.1.02 Listado maestro de Documentos Externos.
10	Reproducir y distribuir copias controladas a quienes aparecen en el listado maestro y/o comunicar acerca de la disponibilidad en internet.	Coordinador de Calidad	FO.4.2.3.03. Distribución de documentos	<p>Las copias obsoletas se destruyen y cuando se considere necesario se guarda una copia identificada con sello de “documento obsoleto”.</p> <p>Después de estar el archivo en internet o de haber entregado la copia controlada impresa o preimpresa, el Coordinador de Calidad pasará por las firmas de recibido, las cuales quedan registradas en RGC-006.</p>
11	Capacitar sobre el nuevo documento al personal involucrado.	<p>Persona asignada</p> <p>Los cargos relacionados en el listado maestro.</p>	FO.6.2.2.01. Control de asistencia	<p>En el registro Asistencia a capacitación, en el ítem “Tema” se coloca el nombre y código del documento a capacitar.</p> <p>La persona que capacita debe verificar que se halla entendimiento.</p>
12	Fin			

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: CP.4.2.3.01
	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS Y EXTERNOS</b>	Versión: 1
		Página 10 de 11

### 3. CONTROL DE REGISTROS

IDENTIFICACIÓN	CLASIFICAR	DILIGENCIADO POR	DISPONIBLE PARA	QUIEN ARCHIVA Y DONDE	TIEMPO Y DISPOSICIÓN
FO.4.2.3.01. Solicitud para documentos	Fecha	Coordinador de Calidad	Todo el personal	Coordinador de Calidad, carpeta	5 años y se destruye
LD.4.2.1.01 Listado maestro de procedimientos	Versión	Coordinador de Calidad	Todo el personal	Coordinador de Calidad, en red ISO 9001	Por cada cambio de versión y se destruye
LD.4.2.1.01 Listado maestro de instructivos	Versión	Coordinador de Calidad	Todo el personal	Coordinador de Calidad, en red ISO9001	Por cada cambio de versión y se destruye
LD.4.2.1.01 Listado maestro de formatos de REGISTROS	Versión	Coordinador de Calidad	Todo el personal	Coordinador de Calidad, en red ISO9001	Por cada cambio de versión y se destruye
LD.4.2.4.01 Listado maestro de REGISTROS	Versión	Coordinador de Calidad	Todo el personal	Coordinador de Calidad, en red ISO9001	Por cada cambio de versión y se destruye
LD.4.2.1.01 Listado maestro de fichas de caracterización de procesos	Versión	Coordinador de Calidad	Todo el personal	Coordinador de Calidad, en red ISO9001	Por cada cambio de versión y se destruye
LD.4.2.1.02 Listado maestro de documentos externos	Versión	Coordinador de Calidad	Todo el personal	Coordinador de Calidad, en red ISO9001	Por cada cambio de versión y se destruye
LD.4.2.1.01 Listado maestro de otros documentos	Versión	Coordinador de Calidad	Todo el personal	Coordinador de Calidad, en red ISO9001	Por cada cambio de versión y se destruye

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		Código: CP.4.2.3.01
	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS Y EXTERNOS</b>		Versión: 1
			Página 11 de 11

IDENTIFICACIÓN	CLASIFICAR	DILIGENCIADO POR	DISPONIBLE PARA	QUIEN ARCHIVA Y DONDE	TIEMPO Y DISPOSICIÓN
FO.4.2.3.03. Distribución de documentos	Cargo	Coordinador de Calidad / Quien recibe el documento	Coordinador de Calidad	Coordinador de Calidad, carpeta	5 años y se destruye
FO.6.2.2.01 Control de asistencia	Fecha	Encargado de capacitar documento / Quien recibe la capacitación	Todo el personal	Responsable del evento, carpeta	5 años y se destruye

## 11 Control de cambios:

N° Revisión	Fecha Revisión	Apartados modificados	Elaborado	Aprobado



**CÓDIGO : IN.4.2.3.01**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA: 31/3/13**

## INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

**1 Unidad/es ejecutante/s:** Unidad Organizativa de la Calidad

**2 Objetivo:** Establecer las pautas para determinar la estructura de los documentos internos del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital, con el fin de estandarizar los documentos y facilitar su elaboración, revisión, aprobación y control.

**3 Alcance:** Este documento es aplicable a los documentos internos del sistema de Gestión de Calidad

**4 Definiciones:**

- Diagrama de flujo: Es la representación gráfica de una secuencia de actividades, su importancia radica en facilitar el seguimiento del proceso en forma dinámica y lógica. Es una herramienta que facilita el análisis, mejoramiento y control de los procesos.
- Documento: Información y su medio de soporte.
- Instructivo: Es un documento que contiene los pasos a seguir para la ejecución de una actividad.
- Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.
- Proceso: conjunto de actividades mutuamente relacionados o que interactúan las cuales transforman elementos de entrada en resultados
- Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- Requisito: necesidad o expectativa establecida generalmente implícita u obligatoria.
- SGC - Sistema de Gestión de la Calidad: Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

**5 Documentos internos de referencia:** (El respaldo legal y normativo para el procedimiento)


Código	Nombre

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:




<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: IN.4.2.3.01
<b>INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS</b>	Versión: 1
	Página 2 de 11

<b>6 Documentos externos:</b>					
<b>Nombre del documento externo</b>	<b>Fecha de expedición</b>	<b>Entidad que lo expide</b>	<b>Descripción</b>		
<p>Se deberá especificar las guías, manuales de usuarios, y otros documentos ilustrativos, de apoyo o de consulta utilizados en la ejecución del procedimiento o de las instrucciones,</p>					
<b>7 Registros:</b>					
El cuadro de registros se diligencia de acuerdo con el “Procedimiento para el control de registros.”					
Código	Nombre	Almacenamiento temporal / final			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
<b>8 Recursos:</b>					
Tipo	Descripción	Características generales. requisitos			
Humano	Administrativo	Conocimientos del desarrollo del SGC			
<b>9 Unidades de soporte</b>					
Tipo de soporte	Área proveedora				

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: IN.4.2.3.01
	<b>INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS</b>	Versión: 1
		Página 3 de 11

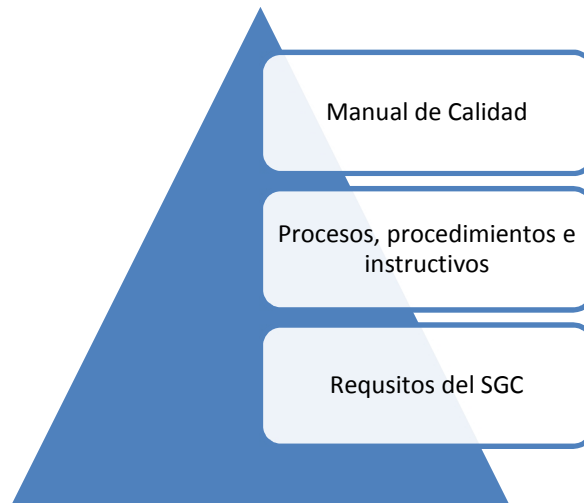
## 10 Descripción


Actividad	Descripción	Responsable	Registro
<b>1. Elaborar documentos</b>	<b>1. Elaborar documentos cuando:</b>	Coordinador de Calidad	
	Su ausencia pueda afectar la calidad del servicio prestado.		
	Se soliciten como requisito legal, reglamentario.		
	Exista riesgo de insatisfacción del cliente.		
	Cuando se comprometa la eficacia del proceso.		
	Lo requiera la complejidad del proceso		
<b>Inicio</b> <b>2. Elaborar encabezado y pie de página</b>	<b>2. Elaborar encabezado y pie de página:</b> Los documentos internos del SGC del HNEM contienen encabezado y pie de página, exceptuando los formatos que sólo contienen el encabezado. Para su elaboración se tiene en cuenta el ítem Encabezado y Pie de Página.	Coordinador de Calidad	No Aplica
<b>3. Asignar codificación</b>	<b>3. Asignar la codificación:</b>	Coordinador de Calidad	Listado Maestro de Documentos Internos LD.4.2.1.01
	La codificación de los documentos internos del SGC se realiza de acuerdo al ítem Codificación de documentos y el Procedimiento para la elaboración y Control de Documentos Internos..		
<b>4. Determinar los ítems de cada</b>	<b>4. Determinar ítems de cada documento:</b>	Coordinador de Calidad	No Aplica

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: IN.4.2.3.01
	<b>INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS</b>	Versión: 1
		Página 4 de 11

Actividad	Descripción	Responsable	Registro
<b>documento</b>  <b>Fin</b>	<p>Para estructurar los documentos del SGC tener en cuenta los siguientes ítems definidos más adelante: Ítems de los procedimientos e instructivos, Formato de ficha para las caracterizaciones de los procedimientos FO.4.1.0.05.</p> <p>La secuencia de las actividades del ítem “DESCRIPCIÓN” en los procedimientos e instructivos se elabora teniendo en cuenta el ítem: Simbología para los flujogramas.</p> <p><b>Nota:</b> Para otro tipo de documento del SGC, como el Manual de Calidad se definirá su estructura y contenido según sea requerido.</p>		

#### 4.1 Jerarquización de la documentación



	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: IN.4.2.3.01
	<b>INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS</b>	Versión: 1
		Página 5 de 11

A continuación se muestra la información generada en cada documento interno del Sistema de Gestión de la Calidad, pueden ser: cuadros, tablas, formatos, entre otros

## 4.2 ENCABEZADO Y PIE DE PÁGINA

### 4.2.1 ENCABEZADO

#### 4.2.1.1 ENCABEZADO PRIMERA PÁGINA

#### LOGO

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN  
 PROCESO AL QUE PERTENECE  
 TIPO DE DOCUMENTO

<b>CÓDIGO : XXXXX</b>	<b>VERSIÓN: X</b>	<b>FECHA: XX/X/XX</b>
<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO</b>		

**Nombre de la institución**

**Proceso al que pertenece:** Especifica el proceso al que pertenece el documento


**Tipo de documento:** Especifica el tipo de documento de entre los siguientes.

- CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS,
- CARACTERIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS
- FORMATOS
- PLANES
- MANUAL
- INSTRUCTIVO
- LISTADO DE DOCUMENTOS
- NORMOGRAMA
- CÓDIGO
- PLATAFORMA ESTRATÉGICA
- FICHAS DE SERVICIOS
- HOJAS DE RUTA
- EXPEDIENTE

**Código:** Especifica la identificación del documento

**Versión:** Número que indica la versión del documento, inicia en 1 y va aumentando de acuerdo con las actualizaciones que se realicen al documento



	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: IN.4.2.3.01
	<b>INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS</b>	Versión: 1
		Página 6 de 11

**Fecha:** es la fecha a partir de la cual está en vigencia el documento

**Logo:** imagen que identifica al HNEM

**Nombre del documento**

#### 4.2.1.2 ENCABEZADO SIGUIENTES PAGINAS

<b>LOGO</b>	<b>PROCESO AL QUE PERTENECE</b>	<b>Código: xxxxx</b>
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO</b>	<b>Versión: X</b>
		<b>Página X de Y</b>

**Logo:** imagen que identifica al HNEM

**Proceso al que pertenece:** Especifica el proceso al que pertenece el documento


**Nombre del documento:** Definición del nombre del documento

**Código:** Especifica la identificación del documento

**Versión:** Número que indica la versión del documento, inicia en 1 y va aumentando de acuerdo con las actualizaciones que se realicen al documento

#### 4.2.2 PIE DE PÁGINA

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombre completo /Cargo	Nombre completo /Cargo	Nombre completo /Cargo

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: IN.4.2.3.01
	<b>INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS</b>	Versión: 1
		Página 7 de 11

**ELABORÓ:** Hacer referencia al responsable de la elaboración del documento. El responsable de la elaboración firma en constancia de elaboración del documento.

Nombre Completo: Registrar nombres y apellidos de quien firma.

Cargo: Relacionar el nombre del cargo.

**REVISÓ:** Hacer referencia al responsable de la revisión del documento. El responsable de la revisión firma en constancia de aceptación del documento.

Nombre Completo: Registrar nombres y apellidos de quien firma.


Cargo: Relacionar el nombre del cargo.

**APROBÓ:** Hace referencia al responsable de la aprobación del documento. El responsable de aprobación firma en constancia de aceptación del documento.

Nombre Completo: Registrar nombres y apellidos de quien firma.


Cargo: Relacionar el nombre del cargo

#### 4.2.3 ENCABEZADO DE FORMATOS, REGISTROS

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN 	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO</b>		
Código:	Versión:	Fecha de emisión:	Página: X de Y

#### 4.3 CODIFICACIÓN DEL DOCUMENTO

Se realiza de la siguiente forma: **Tipo de documento + Apartado del manual de calidad al que da cumplimiento + Consecutivo**

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: IN.4.2.3.01
	<b>INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS</b>	Versión: 1
		Página 8 de 11

<b>Tipo de documento</b>	<b>Apartado de manual de calidad al que da cumplimiento</b>	<b>Consecutivo</b>
Se escribe las iniciales del tipo de documento según la clasificación de la tabla 1 Identificación de documentos	Número del apartado del manual de calidad al que le da cumplimiento, ejm: 4.2.1, si el apartado solamente posee 2 numerales se le agregara 0 en la tercera posición.	Se coloca el número consecutivo del documento, 01, 02, etc.

**Ejemplo: IN.4.2.3.01**


Tipo de documento: **Instructivo (IN)**

Apartado del SGC al que da cumplimiento: **4.2.3**

Consecutivo: **01**

**Tabla 1. Identificación del tipo de documento**

<b>Identificación</b>	<b>Tipo de documento</b>
<b>CP</b>	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS
<b>CP</b>	CARACTERIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS
<b>FO</b>	FORMATOS
<b>PL</b>	PLANES
<b>MA</b>	MANUAL
<b>IN</b>	INSTRUCTIVO
<b>LD</b>	LISTADO DE DOCUMENTOS
<b>NO</b>	NORMOGRAMA
<b>CO</b>	CÓDIGO
<b>PE</b>	PLATAFORMA ESTRATÉGICA
<b>FI</b>	FICHAS DE SERVICIOS
<b>HR</b>	HOJAS DE RUTA
<b>GU</b>	GUÍA
<b>EX</b>	EXPEDIENTE

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: IN.4.2.3.01
	<b>INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS</b>	Versión: 1
		Página 9 de 11

#### 4.4 LOS INSTRUCTIVOS

- 1 **Unidad/es ejecutante/s:** Unidad que utiliza el instructivo
- 2 **Objetivo:** (Debe definir el resultado que se obtendrá con la ejecución del procedimiento o de las instrucciones.)
- 3 **Alcance:** (quien aplica, donde inicia y termina)
- 4 **Definiciones:**
- 5 **Documentos internos de referencia:** (El respaldo legal y normativo para el procedimiento)

Código	Nombre

#### 6 Documentos externos:


Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción

Se deberá especificar las guías, manuales de usuarios, y otros documentos ilustrativos, de apoyo o de consulta utilizados en la ejecución del procedimiento o de las instrucciones,

#### 7 Registros:

El cuadro de registros se diligencia de acuerdo con el “Procedimiento para el control de registros.”

Código	Nombre	Almacenamiento temporal / final			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: IN.4.2.3.01
	<b>INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS</b>	Versión: 1
		Página 10 de 11

Ejmp	Acta de reunión	Jefe de la Unidad Organizativa de la calidad	Físico/electrónico	Unidad organizativa de la calidad /Archivo X, dirección web Z, etc.	3 años
------	-----------------	--	--------------------	---	--------

### 8 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos

### 9 Unidades de soporte


Tipo de soporte	Área proveedora

### 10 Descripción








RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
	1.	Nombre de actividad o encabezado ( si aplica)  Descripción de la actividad.. En caso de hacer referencia a un documento interno o externo especificar el Código (si aplica) y nombre
	2.	

### 11 Control de cambios:

N° Revisión	Fecha Revisión	Apartados modificados	Elaborado	Aprobado
01	Dd/mm/aa de aprobación		Responsable de la elaboración	Responsable de la aprobación del documento

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: IN.4.2.3.01
	<b>INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS</b>	Versión: 1
		Página 11 de 11

#### 4.5 SIMBOLOGÍA DE LOS FLUJO GRAMAS

Símbolo	Descripción
	<u>Terminador</u> : Indica el inicio ó el fin de una secuencia de actividades o pasos.
	<u>Actividad</u> : Se utiliza para realizar la descripción de las actividades o pasos.
	<u>Documento</u> : Indica que el resultado de la actividad.
	<u>Decisión</u> : Se utiliza para tomar una decisión con respecto a una actividad o paso.
	<u>Flujo de Información</u> : Indica la entrada y salida de información de una actividad o paso.
	<u>Conector</u> : sirve para unir actividades en la misma página.
	<u>Conector fuera de página</u> : sirve para unir actividades en páginas diferentes.

#### 12 Control de cambios:

Nº Revisión	Fecha Revisión	Apartados modificados	Elaborado	Aprobado

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN



**SOLICITUD DE ELABORACIÓN O  
MODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS DEL SGC  
(FORMATO)**

**Código: CP.4.2.3.01**

**Versión:  
1.0**

**Fecha de emisión:  
31/03/2013**

**Página: 1 de 1**

CREACIÓN	MODIFICACIÓN	DOC. EXTERNO	FECHA SOLICITUD	NOMBRE Y CARGO DE QUIEN SOLICITA	DOCUMENTO (si tiene código indicarlo)	VIABILIDAD		PERSONA QUE:				LISTA Y MEDIO DE DISTRIBUCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN O DEL DOCUMENTO
						SI	NO	ELABORA	REVISAR	APRUEBA	CAPACITA		

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO  
DE MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN



## DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS (FORMATO)

Código: FO.4.2.3.02

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 1 de 1

CONSECUTIVO:

1. NOMBRE

2. CARGO

***Me comprometo a implementar, sostener y mejorar los documentos que a continuación se mencionan.***

3. FECHA COMPROMISO	4. CODIGO DOCUMENTO	5. TITULO DEL DOCUMENTO	6. VERSION	7. FIRMA



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO  
DE MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN



## LISTA DE ASISTENCIA A DIVULGACIÓN DE DOCUMENTOS (FORMATO)

Código: FO.4.2.3.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 1 de 1

CONSECUTIVO:

1. NOMBRE

2. CARGO

*Me comprometo a implementar, sostener y mejorar los documentos que a continuación se mencionan.*

3. FECHA COMPROMISO	4. CODIGO DOCUMENTO	5. TITULO DEL DOCUMENTO	6. VERSION	7. FIRMA

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO  
DE MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN



## ACTA DE REUNIÓN (FORMATO)

Código: FO.4.2.3.04

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 1 de 1

<b>Entidad:</b>		<b>Cod.:</b>		
<b>Acta No.</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Lugar:</b>		
<b>Tema:</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>Hora de finalización:</b>		
<b>Nombre Completo -Cargo</b>		<b>Asistente</b>	<b>Ausente</b>	<b>Invitado</b>
<b>AGENDA</b>				
1. Lista de verificación. 2. observaciones. 3. compromisos. 4. Proposiciones y varios				
<b>DESARROLLO DE LA REUNIÓN</b>				
<b>SEGUIMIENTO DE COMPROMISOS:</b>				
<b>Actividad</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha programada</b>	<b>Fecha de ejecución</b>	
<b>COMPROMISOS ADQUIRIDOS:</b>				
<b>Actividad</b>	<b>Responsable Nombre -Cargo</b>		<b>Fecha programada</b>	
<b>DESICIONES TOMADAS</b>				
<b>APROBACIÓN DEL ACTA</b>				
<b>Nombre completo</b>			<b>Firma</b>	



**CÓDIGO : CP.4.2.4.01**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA: 31/3/13**

## PROCEDIMIENTO CONTROL DE LOS REGISTROS

**1 Unidad/es ejecutante/s:** Unidad Organizativa de la Calidad

**2 Objetivo:** Determinar los criterios para la identificación y control de los registros del Sistema de Gestión de la Calidad del HNEM

**3 Alcance:** A todos los registros del Sistema de Gestión de Calidad del HNEM.

**4 Definiciones:**

- Almacenamiento: Lugar donde se almacena el registro por el tiempo de retención establecido, bajo las condiciones que permitan asegurar su buen estado y permanencia.
- Disposición: Acciones tomadas luego de cumplido el tiempo de retención establecido para el registro de calidad. Por ejemplo: destrucción, enviar al archivo inactivo, entre otros.
- Identificación: Acción que permite reconocer los registros de calidad y relacionarlos con la actividad o procedimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Protección: Criterios que permiten la conservación del registro durante el tiempo de retención y evitan la pérdida, deterioro o consulta y manejo inadecuado de la información.
- Recuperación: Medidas establecidas para recuperar la información de los registros de calidad mediante consulta y clasificación en los lugares almacenados.
- Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- Tiempo de Retención: Tiempo durante el cual se retienen los registros de calidad.

**5 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
IN.4.2.3.01	Presentación de documentos

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: CP.4.2.4.01
	<b>PROCEDIMIENTO CONTROL DE LOS REGISTROS</b>	Versión: 1
		Página 2 de 4

## 6 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
NTC ISO 9001:2008	18/11/2008	ICONTEC	4.2.4. Control de registros

## 7 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento temporal / final			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	

## 8 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Administrativo	Personal con formación específica
Papelería	Papel para documentación	Registro formalizados por la unidad Organizativa de la calidad
Aparataje o Equipo	Computadora personal	Revisiones reglamentarias realizadas

## 9 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Sistemas de información	Unidad de informática

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: CP.4.2.4.01
	<b>PROCEDIMIENTO CONTROL DE LOS REGISTROS</b>	Versión: 1
		Página 3 de 4

## 10 Descripción

Actividad	Descripción	Responsable	Registro
<p>Inicio</p> <p><b>1. Identificar la necesidad.</b></p>	<p><b>1. Identificar la necesidad:</b> En el momento de elaborar ó modificar un documento del Sistema de Gestión de la Calidad, se definen los registros necesarios que permitan mostrar evidencia de la conformidad con los requisitos de los usuarios, requisitos legales, requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008, requisitos de la Administración del HNEM; los cuales quedan consignados en el ítem "Registros" de los documentos del SGC.</p>	Comité de calidad	No aplica
<p><b>2. Definir criterios para el control de registros</b></p>	<p><b>2. Definir criterios para el control de registros:</b> Ver 10.1 Criterios para el control de registros.</p>	Comité de calidad	No aplica
<p><b>3. Generar registro</b></p>	<p><b>3. Generar registro:</b> Los registros diligenciados a mano, deben ser legibles sin tachones ni enmendaduras y elaborados con bolígrafo y los registros generados por computador son producidos según la aplicación utilizada.</p>	Comité de calidad	No aplica
<p>Fin</p> <p><b>4. Consultar registro</b></p>	<p><b>4. Consultar registro:</b> Si se requiere la consulta de un registro se solicita autorización al personal responsable de mantenerlo.</p> <p><b>NOTA:</b> Los registros se deben devolver en las mismas condiciones en que fueron entregados (no pueden ser modificados).</p>	Responsable de la documentación del SGC	No aplica

### 10.1 CRITERIOS PARA EL CONTROL DE REGISTROS

Código	Nombre	Almacenamiento temporal / final			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: CP.4.2.4.01
	<b>PROCEDIMIENTO CONTROL DE LOS REGISTROS</b>	Versión: 1
		Página 4 de 4

**Código:** Es la identificación alfa-numérica del registro, cuando cuente con ésta, se realiza de acuerdo a lo establecido en el IN.4.2.3.01 Instructivo para la elaboración de documentos.

**Nombre:** Es la denominación del registro.

**Almacenamiento:** Se divide en responsable, lugar de almacenamiento y forma de archivo.

**Responsable.** La persona encargada de almacenar el registro

**Lugar:** Especifica el lugar donde se va a conservar el registro puede ser el nombre de la oficina o unidad, el archivador y su ubicación.

**Forma de archivo:** se especifica si es digital, magnético o impreso.

- **Digital:** Cuando el registro es una fotografía.
- **Magnético:** Cuando el registro está almacenado en un disco duro o en cinta de video, CD-ROM o DVD
- **Impreso:** Cuando el registro se encuentra en papel.

**Tiempo de Retención:** Se registra el tiempo de conservación, se especifica de acuerdo con lo establecido por la Dirección del HNEM y por la normatividad legal aplicable.

Una vez cumplido el tiempo de retención de los registros, se procede a eliminarlos o a conservarlos en el archivo histórico.

#### 11 Control de cambios:

N° Revisión	Fecha Revisión	Apartados modificados	Elaborado	Aprobado

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO  
DE MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN



## LISTADO MAESTRO DE REGISTROS

Código: LD.4.2.4.01


Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 1 de 1

CÓDIGO	TIPO Y SERIE DEL REGISTRO	PROCEDIMIENTO REFERENTE
FO.4.2.3.04	ACTAS DE REUNIÓN	
FO.4.2.3.04-01	DE COMITÉ DE SGC	
FO.4.2.3.04-02	DE LA DIRECCIÓN DEL HNEM	

**CONVENCIONES:** AG = Archivo de gestión, AC = Archivo central, CT = Conservación total, M = Microfilmacion, S = Selección, E= Eliminación

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN 		<b>TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL</b>		
<b>Código: LD.4.2.4.02</b>	<b>Versión: 1.0</b>	<b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b>	<b>Página: 1 de 1</b>	

CÓDIGO	SERIE Y TIPO DE DOCUMENTO	RETENCIÓN (AÑOS)		DISPOSICIÓN FINAL				PROCEDIMIENTO REFERENTE
		AG	AC	CT	M	S	E	
FO.4.2.3.04	ACTAS DE REUNIÓN							
FO.4.2.3.04-01	DE COMITÉ DE SGC	2	10	X				
FO.4.2.3.04-02	DE LA DIRECCIÓN DEL HNEM	2	10	X				

**CONVENCIONES:** AG = Archivo de gestión, AC = Archivo central, CT = Conservación total, M = Microfilmación, S = Selección, E= Eliminación



## 2 Documentos del Apartado 5: Responsabilidad de la Dirección

Apartado	TIPO	CODIGO	NOMBRE	Referencia
5.1.0	Procedimiento	CP.5.1.0.01	Procedimiento para la convocatoria a reuniones	708
5.1.0	Procedimiento	CP.5.1.0.02	Procedimiento de planificación de los recursos	712
5.1.0	Procedimiento	CP.5.1.0.03	Procedimiento de provisión de recursos	716
5.1.0	Procedimiento	CP.5.1.0.04	Procedimiento para comunicar al personal la importancia de satisfacer los requisitos de las pacientes y recién nacidos	720
5.1.0	Procedimiento	CP.5.1.0.05	Procedimiento para programar las revisiones periódicas del SGC	724
5.1.0	Formato	FO.5.1.0.01	Formato de registro del programa de revisión del sistema de gestión de calidad	729
5.1.0	Formato	FO.5.1.0.02	Formato de registro de convocatoria al personal	732
5.1.0	Formato	FO.5.1.0.03	Formato de registro del listado de personal para la comunicación de los requisitos del paciente	734
5.1.0	Formato	FO.5.1.0.04	Formato de registro de la Matriz de Comunicación	736
5.2.0	Procedimiento	CP.5.2.0.01	Procedimiento para la determinación de los requisitos principales de las pacientes y el recién nacido	737
5.2.0	Procedimiento	CP.5.2.0.02	Procedimiento para asegurar que se evalúa la satisfacción del paciente	744
5.3.0	Procedimiento	CP.5.3.0.01	Procedimiento de Revisión y actualización de política y objetivos de calidad	747
5.3.0	Formato	FO.5.3.0.01	Formato de registro definición de los objetivos de calidad	752
5.3.0	Formato	FO.5.3.0.02	Formato de registro de evaluación de la política de calidad	754
5.3.0	Formato	FO.5.3.0.03	Formato de registro criterios de evaluación de la política	755
5.3.0	Formato	FO.5.3.0.04	Formato de registro definición de la política y objetivos de calidad	757
5.3.0	Plan de calidad	PL.5.3.0.01	Despliegue de objetivos de la política de calidad	759
5.4.2	Plan de calidad	PL.5.4.2.01	Guía de planeación para implementar el sistema de gestión de calidad	774
5.4.2	Listado de documentos	LD.5.4.2.01	Matriz de indicadores de calidad	787

5.5.1	Procedimiento	CP.5.5.1.01	Procedimiento de actualización del manual de organización y funciones	791
5.5.1	Formato	FO.5.5.1.01	Formato de registro de actualización del manual de organización y funciones	795
5.5.2	Procedimiento	CP.5.5.2.01	Procedimiento para constituir el Comité de Calidad	798
5.5.2	Formato	FO.5.5.2.01	Registro de constitución del Comité de Calidad	808
5.5.3	Procedimiento	CP.5.5.3.01	Procedimientos para comunicar los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad	810
5.5.3	Formato	FO.5.5.3.01	Formato de Memorándum	814
5.5.3	Formato	FO.5.5.3.02	Formato de circulares	815
5.6.1	Procedimiento	CP.5.6.1.01	Procedimiento para la revisión por la Dirección	816
5.6.3	Formato	FO.5.6.3.01	Formato de Registro de revisión por la Dirección	823



**CÓDIGO : CP.5.1.0.01**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA:31/03/13**

**PROCEDIMIENTO PARA LA CONVOCATORIA A REUNIONES**

- 1 **Unidad Administrativa:** Dirección.
- 2 **Objetivo:** Realizar las convocatorias por parte de la Dirección a las reuniones requeridas para la revisión del Sistema de gestión de calidad, según la programación elaborada de las mismas.
- 3 **Alcance:** La dirección desde la planeación al inicio del año hasta el momento de citar al personal de interés a la reunión.
- 4 **Definiciones:**
  - 4.1 Convocatoria: Es la comunicación a los posibles interesados de las condiciones exigidas para poder participar en una reunión.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Haber realizado las actividades del procedimiento de la comunicación de los requisitos de las pacientes y los recién nacidos.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Firma de recibido y notificado del personal a participar en la capacitación.

7 **Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre

8 **Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción

9 **Indicadores:**

Código	Nombre
	Recepción de

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres

	Convocatoria
--	--------------

**10 Recursos:**

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Responsable de la UOC	Personal con formación específica en el SGC.
Papelería	Papel para elaborar la convocatoria	


**11 Unidades de soporte**

Tipo de soporte	Área proveedora
Notificaciones	Mensajería

**12 Registros:**


Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
FO.5.1 .02	Convocatoria a Reunión	Jefe de la Unidad Organizativa de la calidad/Director	Físico/electrónico	Dirección	3 años

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres

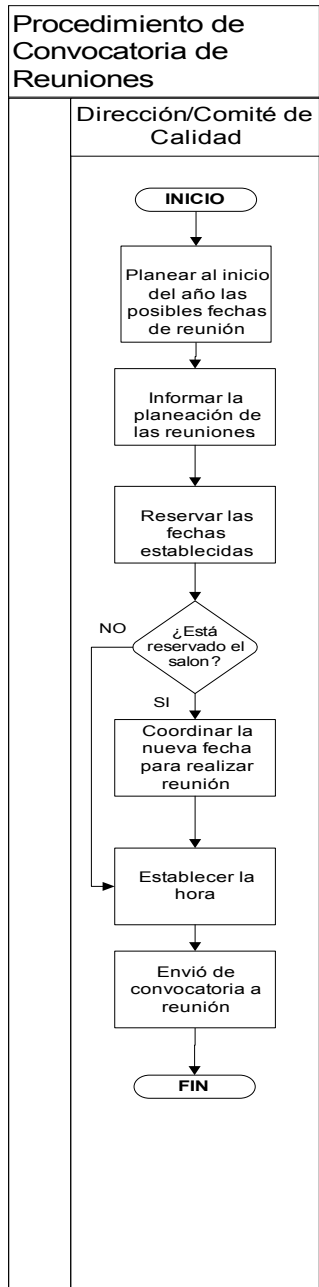
	<b>GESTION DE CALIDAD</b>	Código: <b>CP.5.1.0.01</b>
	<b>CONVOCATORIA A REUNIONES</b>	Versión: 1
		Página 3 de 6

### 13. Descripción

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Director/Representante de Calidad	1	En base al programa de revisiones del Sistema de Gestión de Calidad elaborado al inicio del año con las posibles fechas de reuniones.
Director/Representante de Calidad	2	Informar a todos los miembros del comité y la dirección la planificación de dichas reuniones.
Director/Representante de Calidad	3	Reservar las fechas establecidas. Si estuviese reservado para esa fecha coordinar la fecha para la nueva reunión.
Director/Representante de Calidad	4	Establecer la hora.
Director/Representante de Calidad	5	Envío de convocatoria a reunión una semana antes, remitiendo copia de los puntos a tratar y del tema a tratar.

	<b>GESTION DE CALIDAD</b>	Código: <b>CP.5.1.0.01</b>
	<b>CONVOCATORIA A REUNIONES</b>	Versión: 1
		Página 4 de 6

**14. DIAGRAMA DE FLUJO**





**CÓDIGO : CP.5.1.0.02**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA:31/01/13**

**PROCEDIMIENTO DE PLANIFICACION DE LOS RECURSOS**

- 1 **Unidades Ejecutantes:** Dirección y Finanzas.
- 2 **Objetivo:** Proyectar a corto y mediano plazo las inversiones requeridas para el Cumplimiento del Sistema de Gestión de Calidad.
- 3 **Alcance:** Aplica desde la identificación de ingresos y gastos por periodos trimestrales hasta la aprobación del Plan Financiero.
- 4 **Definiciones:**
  - 4.1 Plan Estratégico: Documento que establece las líneas estratégicas, programas y proyectos que se propone ejecutar la institución en un período de tres (3) años para el cumplimiento de las metas propuestas en el Plan de Desarrollo Institucional.
  - 4.2 UFI: Unidad Financiera.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Aprobación de Presupuesto oficial.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Aprobado por la Dirección del Hospital.

7 **Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Plan Anual Estratégico

8 **Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres

**9 Indicadores:**

Cod-Nombre	Responsable
	Déficit Presupuestario

**10 Registros:**

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	

**11 Recursos:**

Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Técnico de Unidad Financiera Jefe de UFI Director	Personal con formación específica
Papelería	Papel para presupuesto	Registro formalizados por la unidad de estadísticas

**12 Unidades de soporte**

Tipo de soporte	Área proveedora
Proyección de Recursos Humanos	Unidad Financiera

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres



	<b>GESTION FINANCIERA</b>	Código: CP.5.1.0.02
	<b>PROCEDIMIENTO DE PLANIFICACION DE LOS RECURSOS</b>	Versión: 1
		Página 3 de 5

### 13 Descripción

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Técnico Finanzas	1	Solicitar información sobre histórico de ingresos y gastos.
Técnico Finanzas	2	Formular proyecciones de ingresos y gastos.
Técnico Fianzas	3	Proyectar los recursos necesarios (Ver referencia en Apartado 6) para la ejecución del Plan Estratégico.
Jefe de UFI	4	Aprueba presupuesto preliminar
Director	5	Entrega de Informe a Dirección.
Director	6	Dirección aprueba el procedimiento de planificación de los recursos. En caso que no lo apruebe el técnico de finanzas debe de proyectar nuevamente los recursos.
UFI	7	Ejecutar presupuestó



**GESTION FINANCIERA**

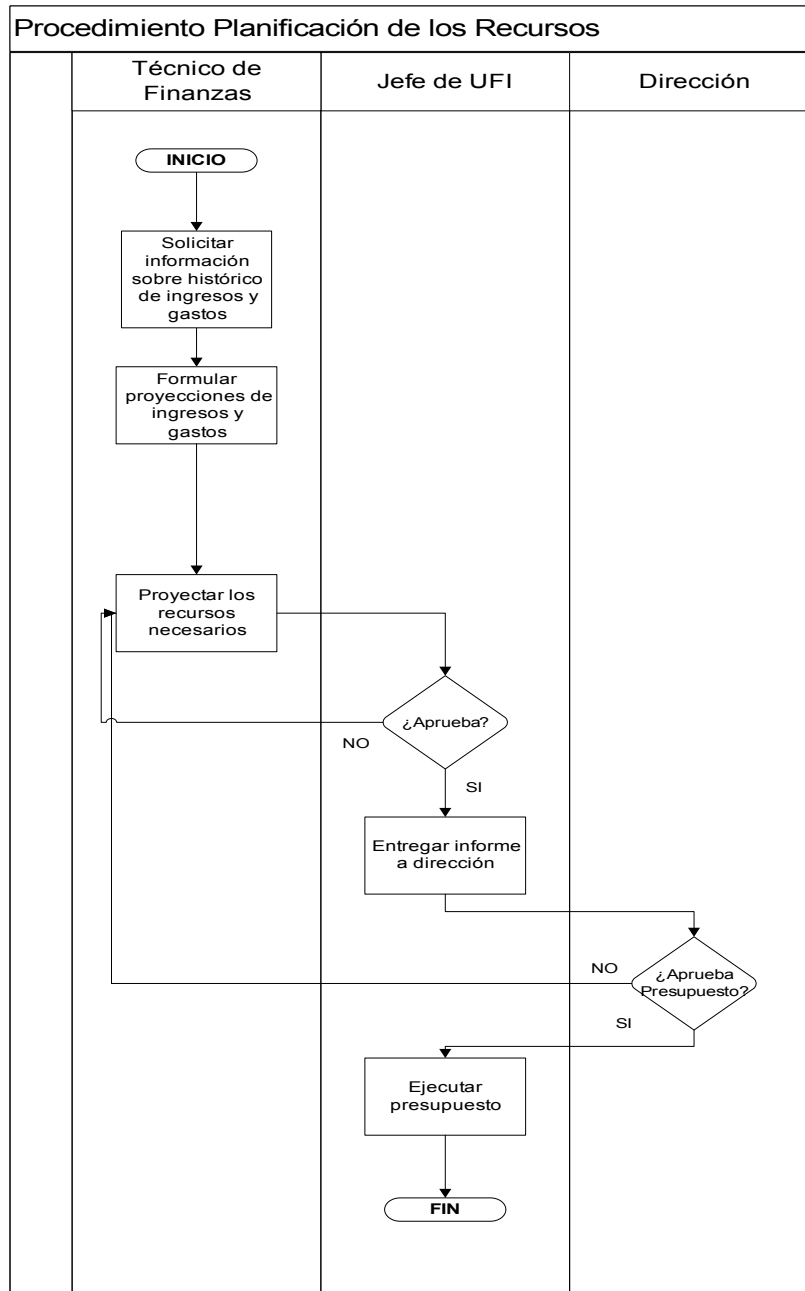
Código:  
CP.5.1.0.02

**PROCEDIMIENTO DE PLANIFICACION DE LOS RECURSOS**

Versión: 1

Página 4 de 5

**DIAGRAMA DE FLUJO**





<b>CÓDIGO : CP.5.1.0.03</b>	<b>VERSIÓN: 1</b>	<b>FECHA:31/01/13</b>
-----------------------------	-------------------	-----------------------

**PROCEDIMIENTO DE PROVISION DE RECURSOS**

- 1 **Unidad Administrativa:** Dirección y Finanzas.
- 2 **Objetivo:** Establecer actividades de contingencia para la provisión de recursos necesarios para garantizar un Sistema de Gestión de Calidad efectivo.
- 3 **Alcance:** Aplica a los procesos claves de interés, de apoyo y estratégicos, desde la lista de los recursos necesarios hasta la entrega de los mismos para que se brinde un servicio que cumpla con las necesidades de las pacientes y de los recién nacidos.
- 4 **Definiciones:**
  - 4.1 Provisión: una cantidad de recursos que conserva debido a haber contraído una obligación con el objetivo de guardar esos recursos hasta el momento en el que deba satisfacer la factura.
  - 4.2 UFI: Unidad Financiera.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Listado de Recursos necesarios para implementar el SGC.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Firma de aprobado por el Director de la institución.
- 7 **Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Presupuesto General de la Institución del año anterior.

8 **Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres


**9 Indicadores:**

<b>Código</b>	<b>Responsable</b>
	% de Provisión de Recursos

**10 Registros:**

<b>Código</b>	<b>Nombre</b>	<b>Almacenamiento</b>			<b>Tiempo de retención</b>
		<b>Responsable</b>	<b>Forma</b>	<b>Lugar</b>	
PG-1	Presupuesto General	Jefe de UFI	Físico/electrónico	UFI	1 año


**11 Recursos:**

<b>Tipo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Características generales. Requisitos</b>
Personal	Técnico en Finanzas Director	Personal con formación específica
Papelería	Papel	Registro formalizados por la unidad de estadísticas

**12 Unidades de soporte**

<b>Tipo de soporte</b>	<b>Área proveedora</b>
Sistemas de información	Unidad de informática
Presupuesto de la Institución	Unidad de Finanzas

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres

	<b>GESTION DEL ABASTECIMIENTO.</b>	Código: CP.5.1.0.03
	<b>PROCEDIMIENTO DE PROVISION DE RECURSOS</b>	Versión: 1
		Página 3 de 5

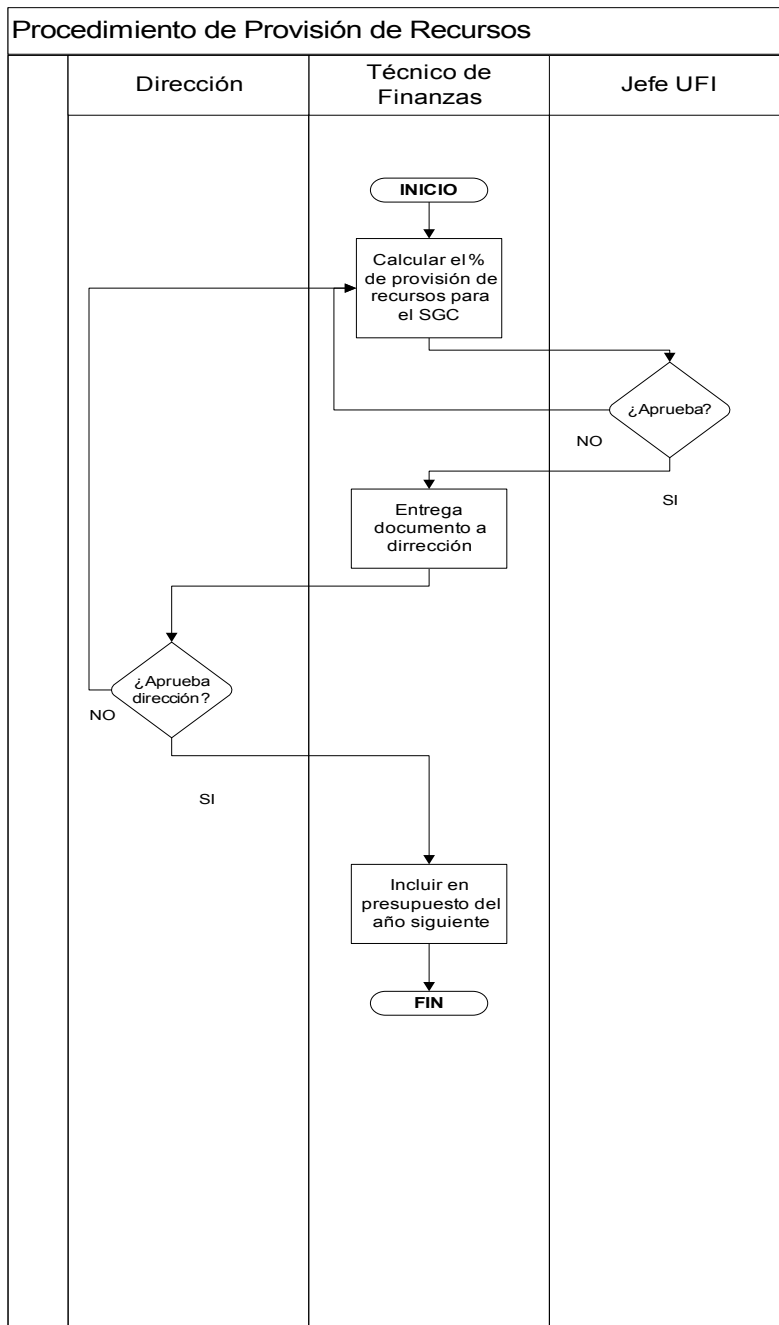
### 13 Descripción

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Técnico de Finanzas	1	Calcular el % de provisión de los recursos para el SGC en base a los requerimientos establecidos en la planificación de los recursos.
Jefe de UFI	2	Aprueba documento.
Director	3	Informar a Dirección por medio de la entrega de un documento.
Técnico de Finanzas	4	Incluir en el presupuesto para el año siguiente. Ir a procedimiento planificación de los recursos.



<b>NOMBRE DEL PROCESO</b>	Código:
	Versión:
	Página 4 de 4

### 14 DIAGRAMA DE FLUJO





**CÓDIGO : CP.5.1.0.04**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA:31/03/13**

**PROCEDIMIENTO PARA COMUNICAR AL PERSONAL LA IMPORTANCIA DE SATISFACER  
 LOS REQUISITOS DE LAS PACIENTES Y EL RECIEN NACIDO**

- 1 **Unidad Ejecutante:** Dirección.
- 2 **Objetivo:** Cumplir con los requisitos de las pacientes y de los recién nacidos para satisfacer y superar las expectativas de los mismos.
- 3 **Alcance:** Lo difunde la dirección al personal de los procesos de parto y post-parto y atención del recién nacido, desde la divulgación de los requisitos hasta el cumplimiento de los mismos.
- 4 **Definiciones:**
  - 4.1 PAO: Plan Anual Operativo
  - 4.2 RN: Recién Nacido
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Especificación del los servicios elaborados
  - 5.2 Fichas de los procesos elaborados
  - 5.3 Fichas de los procedimientos elaborados.
  - 5.4 Incluir este procedimiento en el Plan Anual de Capacitaciones.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Incluir en el Plan Anual Operativo de cada servicio el objetivo de la comunicación de los requisitos del paciente, así como las actividades y cronograma del mismo.
- 7 **Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Especificación del Servicio
	Ficha del proceso
	Fichas de los procedimientos
	Plan Anual Operativo

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres

**8 Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción

**9 Indicadores:**

Código	Nombre
	Nivel de Cumplimiento de Objetivos para próxima reunión

**10 Registros:**

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
FO.5.1.0.03	Listado del Personal de Capacitaciones	Jefe de la Unidad Organizativa de la calidad	Físico/electrónico	Dirección	1 año
FO.5.1.0.05	Matriz de comunicación	Jefe de la Unidad Organizativa de la calidad	Físico/electrónico	Dirección	1 año

**11 Recursos:**


Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Director Representante de la Calidad	Personal con formación específica
Papelería	Papel para Convocatorias y Programas	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Infraestructura	Salón de Capacitaciones	

**12 Unidades de soporte**

Tipo de soporte	Área proveedora
Convocatoria	Unidad de Comunicaciones


Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres



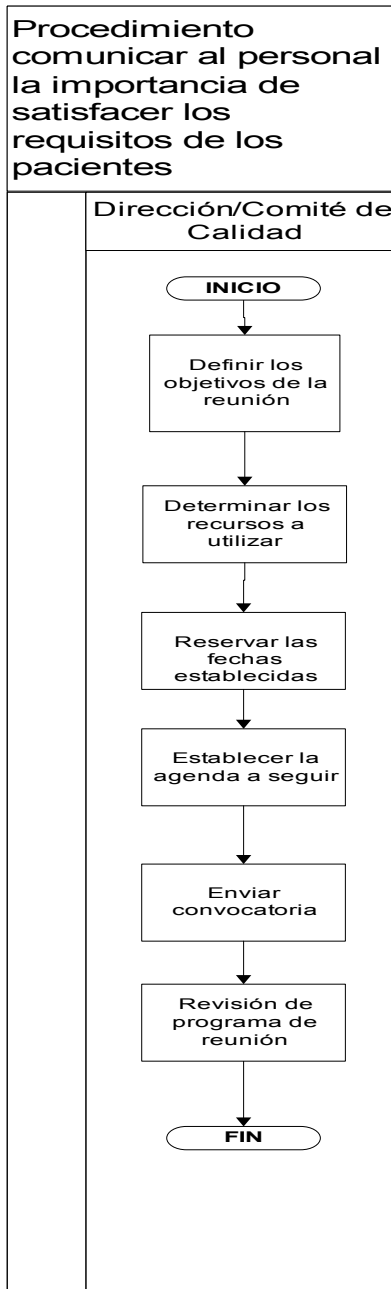
	<b>GESTION DE LA PLANIFICACION</b>	Código: CP.5.1.0.04
	<b>PROCEDIMIENTO PARA COMUNICAR AL PERSONAL LA IMPORTANCIA DE SATISFACER LOS REQUISITOS DE LAS PACIENTES Y EL RECIEN NACIDO</b>	Versión: 1
		Página 3 de 5

### 13 Descripción

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Director/Representante de Calidad	1	Definir los objetivos de la reunión para que se asegure la transmisión de los requisitos de la paciente y el recién nacido.
Director/Representante de Calidad	2	Determinar los recursos, locales e insumos a utilizar.
Director/Representante de Calidad	3	Determinar la agenda a seguir en la reunión: Saludo, Introducción, Justificación de la Reunión, Comunicación de los requisitos de las pacientes y recién nacidos, Retroalimentación, Asignación de responsabilidades (PAO), Preguntas y Respuestas y Despedida. Al final de la reunión se dará a conocer la próxima fecha en la que se reunirán para conocer el cumplimiento de los objetivos establecidos.
Director/Representante de Calidad	4	Enviar la convocatoria a las personas indicadas (Ver procedimiento: convocatoria de reuniones)
Director/Representante de Calidad	5	Revisión de programa de reunión (para realizar posibles correcciones o mejoras).

	<b>GESTION DE LA PLANIFICACION</b>	Código: CP.5.1.0.04
	<b>PROCEDIMIENTO PARA COMUNICAR AL PERSONAL LA IMPORTANCIA DE SATISFACER LOS REQUISITOS DE LAS PACIENTES Y EL RECIE NACIDO</b>	Versión: 1
		Página 4 de 5

**14 DIAGRAMA DE FLUJO**





<b>CÓDIGO : CP.5.1.0.05</b>	<b>VERSIÓN: 1</b>	<b>FECHA:31/03/13</b>
-----------------------------	-------------------	-----------------------

**PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR LAS REVISIONES PERIODICAS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**

- 1 **Unidad Ejecutante:** Dirección y Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 **Objetivo:** Programar las revisiones que sean necesarias para garantizar que el Sistema de Calidad es efectivo tanto para alcanzar los objetivos de calidad como para satisfacer los requisitos establecidos.
- 3 **Alcance:** La dirección aplicado en las revisiones del sistema anualmente.
- 4 **Definiciones:**
  - 4.1 **Revisión:** actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecido.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 No aplica.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Programa de revisión del Sistema de Gestión de Calidad debidamente firmada y sellada por el director de la institución.
- 7 **Documentos internos de referencia:**

<b>Código</b>	<b>Nombre</b>
	Política de Calidad
	Auditorías realizadas
	Control de No conformidades

8 **Documentos externos:**

<b>Nombre del documento</b>	<b>Fecha de expedición</b>	<b>Entidad que lo expide</b>	<b>Descripción</b>

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres

<b>externo</b>			

### 9 Indicadores:

<b>Cod-Nombre</b>	<b>Responsable</b>
	% de Inconformidades
	% Auditorias Aprobadas

### 10 Registros:

<b>Código</b>	<b>Nombre</b>	<b>Almacenamiento</b>			<b>Tiempo de retención</b>
		<b>Responsable</b>	<b>Forma</b>	<b>Lugar</b>	
<b>ANEXO 1</b>	Programa con puntos a tratar.	Jefe de la Unidad Organizativa de la calidad	Físico/electrónico	Unidad organizativa de la calidad	1 año
FO.5.1.0.01	Programa de revisión del Sistema de Gestión de Calidad	Dirección	Físico/electrónico	Unidad organizativa de la calidad	1 año


### 11 Recursos:

<b>Tipo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Características generales. requisitos</b>
Personal	Audidores Jefes de Unidades	Personal con formación específica
Papelería	Papel	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Mobiliario	Proyector	Revisiones reglamentarias realizadas

### 12 Unidades de soporte

<b>Tipo de soporte</b>	<b>Área proveedora</b>
Notificaciones	Comunicaciones

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres

	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	Código: CP.5.1.0.05
	<b>PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR LAS REVISIONES PERIODICAS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 3 de 7

### 13 Descripción

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Director/Representante de la Calidad.	1	Planificar y programar las revisiones del sistema anualmente, con las actividades que se consideren necesarias, para abordar los puntos establecidos en el ANEXO 1.
Representante de la Calidad	2	Elaborar un documento a través del cual informa al personal que deberá participar en la revisión: la fecha, hora y el listado de participantes que deben de asistir (Ver procedimiento convocatoria de reuniones); junto con el programa de la reunión indicando los puntos que serán analizados.
Representante de la Calidad	3	Recopilar y procesar la información cuando se requiera referente a los temas que serán objetos de discusión.
Director/Representante de la Calidad.	4	Al final de la reunión se deberá realizar el programa de revisión del Sistema de Gestión de Calidad



**GESTION DE LA CALIDAD**

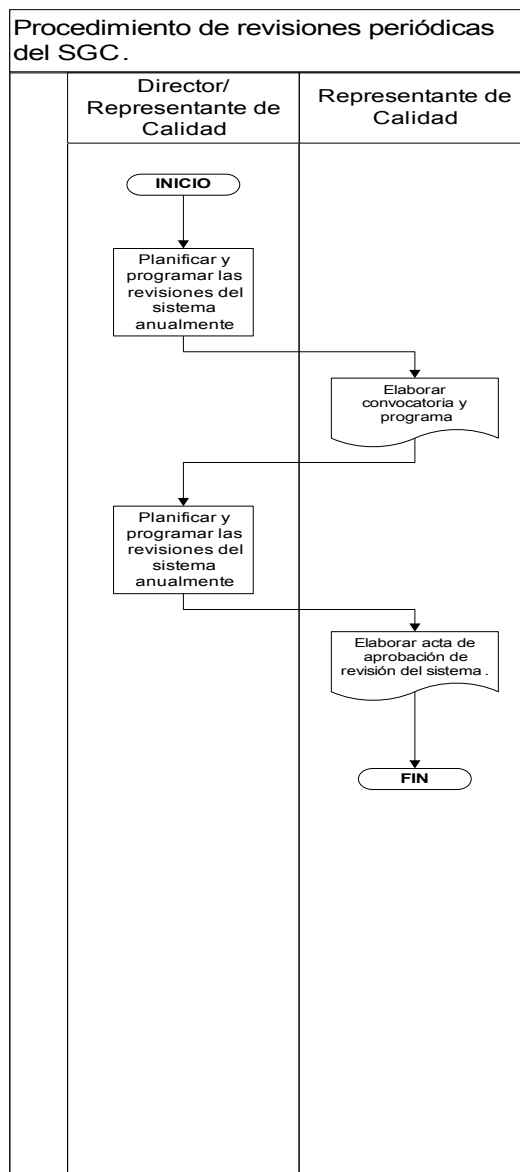
Código:  
CP.5.1.0.05


**PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR LAS REVISIONES PERIODICAS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**

Versión: 1

Página 4 de 7

**14 DIAGRAMA DE FLUJO**



	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	Código: CP.5.1.0.05
	<b>PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR LAS REVISIONES PERIODICAS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 5 de 7


## ANEXO 1

### TEMAS QUE DEBEN SER REVISADOS POR LA DIRECCION

1. Temas pendientes de la revisión anterior, cumplimiento de objetivos según política.
2. Política de Calidad (Difusión y cambios).
3. Objetivos de Calidad grado de cumplimiento de objetivos.
4. Retroalimentación del cliente.
5. Satisfacción del cliente (Informe de resultados).
6. Informes de auditorías externas, de clientes u otros organismos.
7. Resultados de auditorías internas desde la última revisión, resumen de auditorías.
8. Implementación de acciones correctivas.
9. Documentación del sistema y necesidades de cambios en la documentación.
10. Detalles de reclamos de los clientes, no conformidades y acciones correctivas.
11. Resultados de verificaciones internas.
12. Resumen de no conformidades última auditoría interna.
13. Responsabilidades del sistema de calidad.
14. Capacitación y entrenamiento del personal- actualización del personal existente.
15. Planes futuros y estimaciones de nuevos trabajos, personal, equipos, otras.

#### **15 Control de cambios:**

N° Revisión	Fecha Revisión	Apartados modificados	Elaborado	Aprobado

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>REGISTRO DEL PROGRAMA DE          REVISION DEL SISTEMA DE          GESTION DE CALIDAD          (FORMATO)</b>		
<b>Código: FO.5.1.0.01</b>	<b>Versión:</b> 1	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/12	<b>Página:</b> 1 de 3


<b>Registro de programa de Revisión del SGC</b>
<b>Código del Registro:</b>

### Contenido

1. REGISTRO DE ASISTENCIA	2
3. ACUERDOS Y COMPROMISOS	3
4. OBSERVACIONES	3
5. ANEXOS	3

Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración.  Rol: Comités de Calidad, etc.  Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión.  Rol: Comités  Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes  Cargo: Director, jefe, etc



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>REGISTRO DEL PROGRAMA DE          REVISION DEL SISTEMA DE          GESTION DE CALIDAD          (FORMATO)</b>	
<b>Código:</b> FO.5.1.0.01	<b>Versión:</b> 1	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/12	<b>Página:</b> 2 de 3

## 1. REGISTRO DE ASISTENCIA

Se indica las fechas en que fue elaborado el presente registro con los elementos de entrada del diseño:


Fecha: dd/mm/aa	Hora inicio:	Hora de terminación:	Lugar:
--------------------	--------------	----------------------	--------

- PARTICIPANTE – CARGO, ROL, etc.

## 1. PROGRAMA DE REVISION DEL SGC

La revisión puede ser en varias reuniones por componentes del sistema, pero todos los elementos del sistema deben ser considerados en el programa según lo establecido en el apartado 5.6

Revisiones del sistema		Fecha de inicio	Fecha de fin
<b>1.0 Primera revisión</b>			
1.1	Resultados de las auditorias		
1.2	Medición de la satisfacción del cliente		
1.3	Indicadores del SGC		
1.4	Indicadores de seguimiento de los procesos		
1.5	Indicadores de seguimiento de los servicios		
1.6	Acciones correctivas y preventivas implementadas		
1.7	Seguimiento a las revisiones anteriores		
<b>2.0 Segunda revisión</b>			
2.1	Resultados de las auditorias		
2.2	Medición de la satisfacción del cliente		

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>REGISTRO DEL PROGRAMA DE          REVISION DEL SISTEMA DE          GESTION DE CALIDAD          (FORMATO)</b>		
<b>Código: FO.5.1.0.01</b>	<b>Versión:</b> 1	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/12	<b>Página:</b> 3 de 3

<b>Revisiones del sistema</b>		<b>Fecha de inicio</b>	<b>Fecha de fin</b>
2.3	Indicadores del SGC		
2.4	Indicadores de seguimiento de los procesos		
2.5	Indicadores de seguimiento de los servicios		
2.6	Acciones correctivas y preventivas implementadas		
2.7	Seguimiento a las revisiones anteriores		
<b>3.0 Tercera revisión</b>			
3.1	Resultados de las auditorias		
3.2	Medición de la satisfacción del cliente		
3.3	Indicadores del SGC		
3.4	Indicadores de seguimiento de los procesos		
3.5	Indicadores de seguimiento de los servicios		
3.6	Acciones correctivas y preventivas implementadas		
3.7	Seguimiento a las revisiones anteriores		

**FIRMA DIRECTOR**

### **3. ACUERDOS Y COMPROMISOS**

Se deben identificar los acuerdos y acciones que surgen al momento de la programación de las revisiones del SGC (cuando aplique).

<b>Acuerdos/Compromisos/Acciones</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha de realización</b>

### **4. OBSERVACIONES**

Observaciones particulares que se deban especificar.

### **5. ANEXOS**

Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.


<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE CONVOCATORIA AL PERSONAL (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.5.1.0.02</p>	<p>Versión: 1</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/11</p>	<p>Página: 1 de 2</p>

<p><b>REGISTRO DE CONVOCATORIA DE PERSONAL</b></p>
<p>Código del Registro:</p>

### Contenido

1. REGISTRO DE ASISTENCIA	2
2. OBSERVACIONES	2
3. ANEXOS	2

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración.</p> <p>Rol: Comités de Calidad, etc.</p> <p>Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión.</p> <p>Rol: Comités</p> <p>Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes</p> <p>Cargo: Director, jefe, etc</p>

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>REGISTRO DE CONVOCATORIA          AL PERSONAL          (FORMATO)</b>	
Código: FO.5.1.0.02	Versión: 1	Fecha de emisión: 31/03/13	Página: 2 de 2

### 1. REGISTRO DE ASISTENCIA

Se indica las fechas en que fue revisado los requisitos del servicio.

Fecha: dd/mm/aa	Hora inicio:	Hora de terminación:	Lugar:
--------------------	--------------	----------------------	--------

- PARTICIPANTE – CARGO, ROL, etc.

### 2. OBSERVACIONES

Observaciones particulares que se deban especificar.

### 3. ANEXOS

Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario a la revisión realizada.

## REGISTRO DE CONVOCATORIA DE PERSONAL DE LOS PROCESOS DE ATENCION DE PARTO Y POST PARTO Y ATENCION DEL RECIEN NACIDO.

Por medio de la presente se les notifica que el próximo            a las            horas, se celebrará una reunión en el salón y tendrá una duración aproximada de una hora y media; el motivo de dicha reunión es para comunicar la importancia de satisfacer los requisitos de las pacientes y los recién nacidos. Esperando su puntual asistencia, agradezco su atención.

**ATENTAMENTE**

**Dr. Roberto Edmundo Sánchez**

**Director del Hospital Nacional Especializado de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán”.**



**Listado de Personal para las Capacitaciones de la comunicación  
de los requisitos del Paciente**


<b>Neonatología</b>	Médicos, enfermaras y auxiliares de enfermeras.
<b>Partos</b>	Médicos, enfermaras y auxiliares de enfermeras.
<b>Quirófano Obstétrico</b>	Médicos, enfermaras y auxiliares de enfermeras.
<b>Puerperio</b>	Médicos, enfermaras y auxiliares de enfermeras.
<b>Cirugía Obstétrica</b>	Médicos, enfermaras y auxiliares de enfermeras
<b>Laboratorio</b>	Licenciadas y técnicos.
<b>Farmacia</b>	Licenciadas, técnicos y despachador de farmacia.
<b>Nutrición y Dietas</b>	Licenciada
<b>Fuente: Elaboración Propia</b>	

## Contenido

### 1. OBSERVACIONES


2




Elaboró	Revisó	Aprobó



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>LISTADOS DEL PERSONAL PARA CAPACITACIONES DE COMUNICACIÓN DE LOS REQUISITOS DEL PACIENTE (FORMATO)</b></p>		
<p><b>Código: FO.5.1.0.03</b></p>	<p><b>Versión: 1</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/13</b></p>	<p><b>Página: 2 de 2</b></p>

## 1. OBSERVACIONES

Observaciones particulares que se deban especificar.

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>Registro de Matriz de comunicación (FORMATO)</b>		
<b>Código: FO.5.1.0.04</b>	<b>Versión:</b> 1	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/13	<b>Página:</b> 1 de 1

<b>Matriz de Comunicación</b>					
¿Qué se comunica?	¿Cómo se comunica?	Vía de Comunicación	¿Quién lo comunica?	¿Cuándo?	¿A quién?
<b>La importancia de satisfacer los requisitos de las pacientes.</b>	<b>Inducción/Reinducción</b>		Comité de Calidad	Ingreso de nuevo personal	Personal indicado anteriormente.
	<b>Reuniones</b>		Comité de Calidad	Una vez al mes.	Personal indicado anteriormente.
	<b>Avisos</b>		Comité de Calidad	Al final de reuniones.	Personal indicado anteriormente.
<b>Fuente: Elaboración Propia</b>					

	<b>Documento Oficial Impreso</b>
	Mensaje oficial vía e-mail. Boletín Electrónico
	Reunión Formal.

**Aspectos a considerar:**

1. Las palabras que se utilicen, se deben de emplear un lenguaje claro y conciso.
2. Las imágenes. Son importantes para captar la atención de nuestra audiencia.
3. Un modelo, una copia o un ejemplo de los requisitos de los pacientes.
4. Incluir dentro del Plan Anual Operativo el objetivo cumplir con los requisitos de las pacientes.



**CÓDIGO : CP.5.2.0.01**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA:31/03/31**

**PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACION DE LOS REQUISITOS PRINCIPALES DE LAS PACIENTES Y EL RECIEN NACIDO**

- 1 **Unidad Ejecutante:** Dirección.
- 2 **Objetivo:** Establecer los requisitos de las pacientes y los recién nacidos clínicos y legales fundamentales para asegurar que se tomen en cuenta en los procesos de interés y en la determinación y revisión de los requisitos del servicio en los apartados 7.2 de la norma.
- 3 **Alcance:** Este procedimiento será de aplicación en los procesos de Atención del Parto y Post-parto y atención del recién nacido desde la determinación de los requisitos médicos y legales hasta la revisión de los mismos.
- 4 **Definiciones:**
  - 4.1 **Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
  - 4.2 **Satisfacción del Cliente:** Percepción del cliente sobre el grado en el que se le han cumplido los requisitos.
 

**Nota 1:** Las quejas de los clientes son un indicador habitual de una baja satisfacción del cliente.

**Nota 2:** Incluso cuando los requisitos del cliente se han acordado con el mismo y estos han sido cumplidos, esto no asegura necesariamente una elevada satisfacción.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Definición de los líderes de los procesos.
  - 5.2 Determinación de los requisitos del cliente.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Requisitos aprobados por líderes de procesos.
  - 6.2 El representante de la dirección debe asegurarse que se implementa el presente procedimiento a fin de obtener y proporcionar información sobre la satisfacción de los requisitos de las pacientes y los recién nacidos.
- 7 **Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Código de Salud.
	Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública.
	Normas Técnicas de Control Interno Específico.
	Ley de Protección Integral a la Niñez y adolescencia.
	Guías Clínicas para la Atención Hospitalaria.
	Lineamientos Técnicos para la atención de la mujer en el periodo pre-concepcional, prenatal, parto y puerperio al recién nacido.

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres



**8 Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción


**9 Indicadores:**

Cod-Nombre	Fórmula de cálculo	Frecuencia de medición	Responsable

**10 Control de registros:**

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
<b>ANEXO 1 Y 2</b>	Formato de requisitos legales y médicos para pacientes y recién nacidos	Responsable de cada proceso	Físico/electrónico	<b>División medica.</b>	<b>1 año</b>

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres

	<b>DIRECCION/UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION</b>	Código: <b>CP.5.2.0.01</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACION DE LOS REQUISITOS PRINCIPALES DE LAS PACIENTES Y EL RECIEN NACIDO</b>	Versión: 1
		Página 3 de 9

## DESARROLLO

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Responsable de cada proceso	1	Formar un equipo con el personal que pueda contribuir a la determinación de los requisitos principales que se deben tener en cuenta para la determinación y revisión de los requisitos del servicio 7.2.1 y 7.2.2
Responsable de cada proceso y equipo seleccionado.	2	Identificar los clientes que requieren el servicio.
Responsable de cada proceso y equipo seleccionado.	3	Hacer un posible listado de los posibles requisitos principales que debe de cumplir cada uno de los procesos primero se enlistaran los legales y posteriormente los requisitos médicos. VER ANEXO 1.
Responsable de cada proceso y equipo seleccionado.	4	Realizar una retroalimentación a fin de determinar o evaluar cualquiera de los requerimientos legales y médicos.
Abogado	5	Consultar al abogado de la institución en referencia con los requisitos legales.
Jefe de la División Medica	6	Consultar al jefe de la división medica de la institución en referencia con los requisitos médicos.
Responsable de cada proceso	7	Realizar las recomendaciones establecidas ya sea por el abogado o por el Jefe de la División Medica.
Responsable de cada proceso	8	Realizar la carta de aprobación de los requisitos legales y clínicos de las pacientes y recién nacidos básicos que se deben tener presente para la elaboración y revisión de los requisitos de los servicios y revisión de los procesos y procedimientos a fin de aumentar la satisfacción de los mismos. VER ANEXO 2



**DIRECCION/UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD  
RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION**

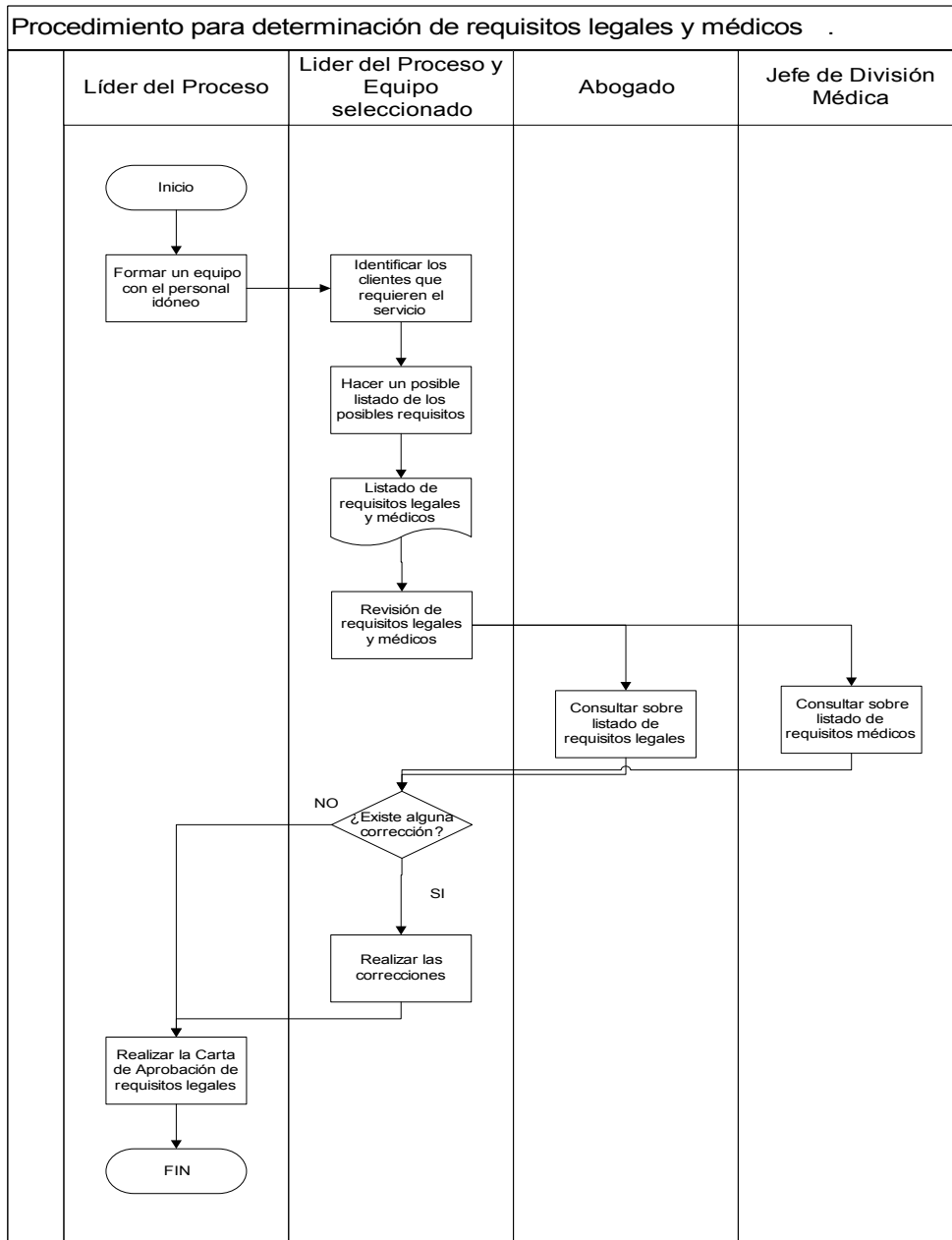
Código:  
**CP.5.2.0.01**


**PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACION DE LOS  
REQUISITOS PRINCIPALES DE LAS PACIENTES Y EL  
RECIEN NACIDO**

Versión: 1

Página 4 de 9

**DIAGRAMA DE FLUJO**



	<b>DIRECCION/UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION</b>	<b>Código: CP.5.2.0.01</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACION DE LOS REQUISITOS PRINCIPALES DE LAS PACIENTES Y EL RECIEN NACIDO</b>	<b>Versión: 1</b>
		<b>Página 5 de 9</b>

## ANEXO 1


### LISTADO DE LOS POSIBLES REQUISITOS

Requisitos Legales para el Proceso <<Nombre del Proceso>>

Requisito	Bibliografía
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Requisitos Clínicos para el <<Nombre del proceso>>

Requisito	Bibliografía
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

	<b>DIRECCION/UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION</b>	Código: <b>CP.5.2.0.01</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACION DE LOS REQUISITOS PRINCIPALES DE LAS PACIENTES Y EL RECIEN NACIDO</b>	Versión: 1 Página 6 de 9

**ANEXO 2**

**CARTA DE APROBACION DE REQUISITOS**

Requisitos Legales para el Proceso <Nombre del proceso>

Requisito

Bibliografía

- 1.
- 2.
- 3.
4. 2
5. 5
- 6.

Requisitos Clínicos para el Proceso <Nombre del Proceso>>

Requisito

Bibliografía

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Fecha y Firma del Coordinador de Calidad: \_\_\_\_\_

Fecha y Firma del Director: \_\_\_\_\_



**DIRECCION/UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD  
RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION**

Código:  
**CP.5.2.0.01**

**PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACION DE LOS  
REQUISITOS PRINCIPALES DE LAS PACIENTES Y EL  
RECIEN NACIDO**

Versión: 1

Página 7 de 9

### Requisitos Legales para el Proceso de Atención del Parto y Post Parto

Requisito

Bibliografía

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

### Requisitos Médicos para el Proceso de Atención del Parto y Post Parto

Requisito

Bibliografía

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Fecha y Firma del Coordinador de Calidad: \_\_\_\_\_

Fecha y Firma del Director: \_\_\_\_\_



**CÓDIGO : CP.5.2.0.02**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA: 31/03/13**

**PROCEDIMIENTO PARA ASEGURAR QUE SE EVALUA LA SATISFACCION DEL PACIENTE**

- 1 Unidad Ejecutante:** Dirección.
- 2 Objetivo:** Definir un mecanismo que asegure que se evalúa la satisfacción de la paciente y se toman medidas para una mejora en los resultados.
- 3 Alcance:** Lo aplicara la dirección como evaluación a la Unidad Organizativa de la Calidad para evaluar y tomar medidas con los resultados de la satisfacción de la paciente.
- 4 Definiciones:**
  - 4.1 Aseguramiento de la Calidad: Proceso sistemático de revisión de un procedimiento apoyado en las normas de la ISO.
- 5 Requisitos Previos:**
  - 5.1 Procedimiento para la medición de la satisfacción de la paciente.
- 6 Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Recomendaciones a ejecutar para mejorar los resultados obtenidos en la medición de la satisfacción de la paciente.
- 7 Documentos internos de referencia:**


Código	Nombre

**8 Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

**9 Indicadores:**

Cod-Nombre	Fórmula de cálculo
Numero de Reportes revisados y aprobados al año	$\left( \frac{\text{portres revisados y aprobados al año}}{\text{Número de reportes recibidos}} \right) \times 100$

	<b>DIRECCION</b>	Código: CP.5.2.0.02
	<b>PROCEDIMIENTO PARA ASEGURAR QUE SE EVALUA LA SATISFACCION DEL PACIENTE</b>	Versión: 1
		Página 2 de 3

### 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	

### 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Director y Representante de la Unidad Organizativa de la calidad.	Debe conocer el SGC.
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	


### 12 Unidades de soporte

Ninguna

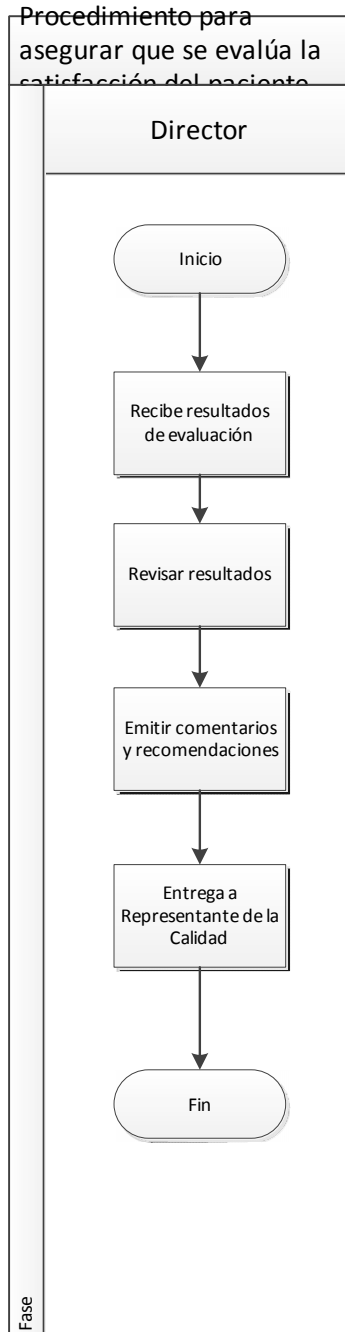
### 13. Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Director	1	Recibe el reporte de resultados de la evaluación de la satisfacción del paciente a medida que se vayan realizando, así como todas aquellas pruebas que respalden la gestión de la evaluación de la satisfacción del paciente.
Director	2	Revisa los resultados de la evaluación de la satisfacción del paciente.
Director	3	Emite comentarios y recomendaciones a las acciones a seguir.
Director	4	Entrega al Representante de Calidad el reporte con los comentarios y las recomendaciones a seguir para poder iniciar la ejecución de las mismas.



	<b>DIRECCION</b>	Código: CP.5.2.0.02
	<b>PROCEDIMIENTO PARA ASEGURAR QUE SE EVALUA LA SATISFACCION DEL PACIENTE</b>	Versión: 1
		Página 3 de 3

### 13 Diagrama de Flujo





**CÓDIGO : CP.5.3.0.01**


**VERSIÓN: 1**

**FECHA:31/03/13**

**PROCEDIMIENTO REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD**

- 1 **Unidad Ejecutante:** Dirección/Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 **Objetivo:** Establecer la sistemática a aplicar en la revisión y actualización de la política y objetivos de calidad para mantener permanentemente actualizado el compromiso institucional con los mecanismos y fuentes de información que permiten que la toma de decisiones se encaucen hacia la mejora continua con la participación de todos los grupos de interés.
- 3 **Alcance:** Este procedimiento será de aplicación para las revisiones periódicas que se efectuaran con carácter anual, afecta tanto a las actividades del mismo como a los distintos involucrados en el SGC.
- 4 **Definiciones:**
  - 4.1 **Eficiencia:** Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.
  - 4.2 **Eficacia:** Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
  - 4.3 **Efectividad:** Es el impacto en términos de rendimiento frente a lo programado
  - 4.4 **Acción Correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación.
  - 4.5 **Acción Preventiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.
  - 4.6 **Auditoría:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoria.
  - 4.7 **Conformidad:** Cumplimiento de un requisito.
  - 4.8 **Conveniencia:** Beneficio que proporciona el Sistema de Gestión de la Calidad a la Administración Institucional.
  - 4.9 **Objetivos de Calidad:** relación de aspectos, propuestas e intenciones a lograr con el propósito de mejorar la institución.
  - 4.10 **Política de Calidad:** Intenciones globales y orientación de una organización relativos al compromiso con la calidad del servicio hacia el usuario y hacia las partes interesadas

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres

	<b>GESTIÓN DE CALIDAD</b>	Código:
	<b>PROCEDIMIENTO REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 2 de 5

**5 Requisitos Previos:**

5.1 Política y Objetivos de Calidad vigentes.

**6 Criterios de aceptación:**

6.1 Acta de aprobación de la política de calidad.

**7 Control de documentos internos de referencia:** (El respaldo legal y normativo para el procedimiento)

Código	Nombre
	Plan Estratégico Institucional.
	Plataforma Estratégica

**8 Control de documentos externos:**


Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción

**9 Control de Indicadores:**

Cod-Nombre	Responsable
.	Evaluación de Política de Calidad.

**10 Control de registros:**

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
FO.5.3.0.01	Nota de revisión de objetivos.	Comité de Calidad	Físico/electrónico	Unidad Organizativa de la Calidad	1 año

	<b>GESTIÓN DE CALIDAD</b>	Código:
	<b>PROCEDIMIENTO REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 3 de 5


FO.5.3.0.01	Formulario de Análisis. Anexo 2	<b>Comité de Calidad</b>	Físico/electrónico	<b>Unidad Organizativa de la Calidad</b>	1 año
FO.5.3.0.03	Criterios de Evaluación de la Política.	<b>Comité de Calidad</b>	Físico/electrónico	<b>Unidad Organizativa de la Calidad</b>	1 año
FO.5.3.0.01	Borrador de Objetivos de Calidad	<b>Comité de Calidad</b>	Físico/electrónico	<b>Unidad Organizativa de la Calidad</b>	1 año
FO.5.3.0.04	Aprobación de la Política de Calidad	<b>Comité de Calidad</b>	Físico/electrónico	<b>Unidad Organizativa de la Calidad</b>	1 año
FO.5.3.0.04	Aprobación de Objetivos de Calidad	<b>Comité de Calidad</b>	Físico/electrónico	<b>Unidad Organizativa de la Calidad</b>	1 año

#### 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Médicos que pertenecen al Comité de Calidad	Personal con formación específica
Papelería	Papel	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Mobiliario	Proyector, salón de reuniones	Revisiones reglamentarias realizadas

#### 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Sistemas de información	Unidad de informática

	<b>GESTION DE CALIDAD</b>	Código:
	<b>REVISIÓN DE POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD.</b>	Versión: 1
		Página 4 de 5

### 13 DESARROLLO

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Comité de Calidad	1	Realizar el informe de la revisión y mejora de la política y objetivos de calidad por medio de análisis de puntos fuertes, débiles y propuestas de mejora para conocer la situación real por la que se está atravesando. Ver registro 2 Formulario 1
Comité de Calidad	2	Realizar el diagnóstico de las necesidades sobre la política y los objetivos de calidad.
Comité de Calidad	3	En base al diagnóstico realizado el equipo se plantea la interrogante: es necesario re-formular la política de calidad. Si fuese necesario realizarla se elabora un borrador de la política de calidad. Ver Registro Criterios de evaluación de la política.
Comité de Calidad	4	Elaborar un borrador de los objetivos de calidad en base al nivel de cumplimiento de los criterios de evaluación de los mismos. Ver registro
Comité de Calidad	5	Revisión de borradores.
Comité de Calidad	6	Realizar las enmiendas o sugerencias encontradas.
Comité de Calidad	7	Entrega de documento a Dirección.
Dirección	8	Revisión técnica de los objetivos de calidad y política de calidad.
Comité de Calidad	9	Modificar las mejoras propuestas por la dirección (Si hubiese recomendaciones).
Comité de Calidad	10	Aprobación de la política de calidad (Registro) y/o los objetivos de calidad (Registro)



**GESTION DE CALIDAD**

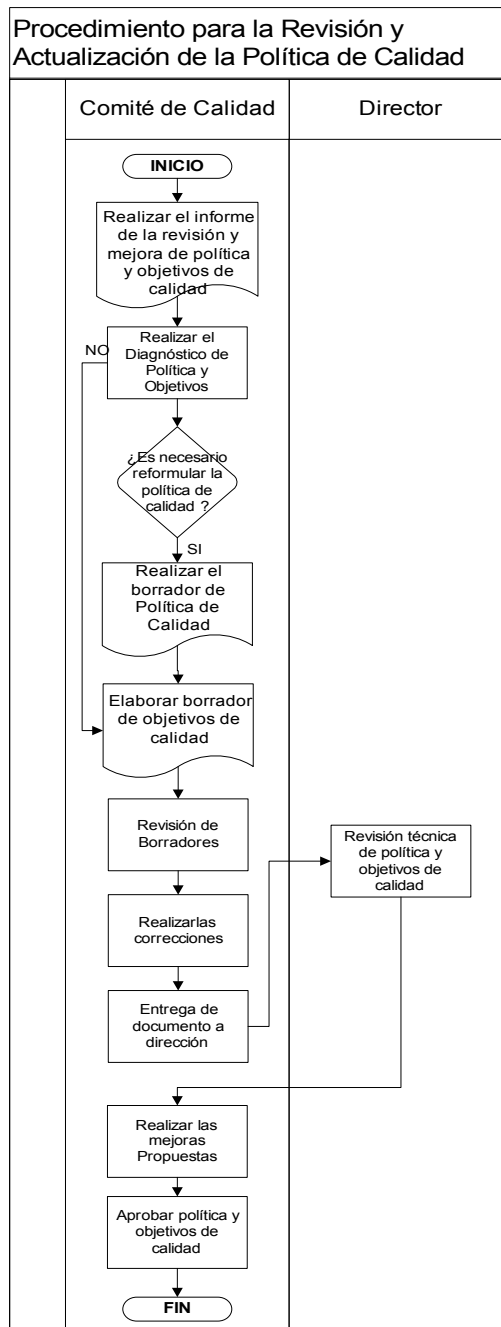
Código:

**REVISIÓN DE POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD.**

Versión: 1

Página 5 de 5

**14 DIAGRAMA DE FLUJO**



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>REGISTRO DE OBJETIVOS DE CALIDAD (FORMATO)</b>		
<b>Código: FO.5.3.0.01</b>	<b>Versión:</b> 1	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/13	<b>Página:</b> 1 de 2

<b>Denominación del Registro</b>
<b>Código del Registro:</b>

### Contenido

1.	REGISTRO DE ASISTENCIA	2
2.	DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD	2
3.	OBSERVACIONES	2
4.	ANEXOS	2

Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración.  Rol: Comités de Calidad, etc.  Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión.  Rol: Comités  Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes  Cargo: Director, jefe, etc



HOSPITAL NACIONAL  
ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO  
ESCOLÁN

## REGISTRO DE DEFINICIÓN DE OBJETIVOS DE CALIDAD (FORMATO)

Código: FO.5.3.0.01

Versión: 1

Fecha de emisión: 31/03/13

Página: 2 de 2

### 1. REGISTRO DE ASISTENCIA

Se indica las fechas en que fue revisado los requisitos del servicio.

Fecha: dd/mm/aa	Hora inicio:	Hora de terminación:	Lugar:
--------------------	--------------	----------------------	--------

- PARTICIPANTE – CARGO, ROL, etc.

### 2. DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD

Se deben listar los requisitos del servicio que se revisaron con su respectiva observación.

OBJETIVO	META	INDICADORES	FUENTE DE DATOS	ESTRATEGIA PARA LOGRARLO	RESPONSABLE	RECURSO	FECHA INICIO	FECHA DE TERMINO

### 3. OBSERVACIONES

Observaciones particulares que se deban especificar.

### 4. ANEXOS

Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO  
DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO  
ESCOLAN



## REGISTRO DE EVALUACIÓN DE LA POLITICA DE CALIDAD (FORMATO)

Código: FO.5.3.0.02

Versión:  
1

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 1 de 1


### REGISTRO EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE CALIDAD

#### 1- Puntos débiles de la política

#### 2- Puntos fuertes la política

#### 3- Propuestas de Mejora la política

Fecha y Firma del Coordinador de Calidad: \_\_\_\_\_


<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE CRITERIOS DE EVALUACION DE LA POLITICA (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.5.3.0.03</p>	<p>Versión: 1</p>	<p>Fecha de emisión: 20/01/13</p>	<p>Página: 1 de 2</p>

<p><b>REGISTRO DE CRITERIOS DE EVALUACION DE LA POLITICA</b></p>
<p><b>Código del Registro:</b></p>

### Contenido

1.	REGISTRO DE ASISTENCIA	2
2.	CRITERIOS DE EVALUACION DE LA POLITICA	2
3.	OBSERVACIONES	2
4.	ANEXOS	2

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración.</p> <p>Rol: Comités de Calidad, etc.</p> <p>Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión.</p> <p>Rol: Comités</p> <p>Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes</p> <p>Cargo: Director, jefe, etc</p>

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>REGISTRO DE CRITERIOS DE          EVALUACION DE LA POLITICA          (FORMATO)</b>		
<b>Código: FO.5.3.0.03</b>	<b>Versión: 1</b>	<b>Fecha de emisión: 31/03/13</b>	<b>Página: 2 de 2</b>

### 1. REGISTRO DE ASISTENCIA

Se indica las fechas en que fue revisado los requisitos del servicio.

Fecha: dd/mm/aa	Hora inicio:	Hora de terminación:	Lugar:
--------------------	--------------	----------------------	--------

- PARTICIPANTE – CARGO, ROL, etc.

### 2. CRITERIOS DE EVALUACION DE LA POLITICA

Se deben listar los requisitos del servicio que se revisaron con su respectiva observación.

CM No.	Criterios	Evaluación				
		5	4	3	2	1
1	Divulgación de la Política con todo el personal.					
2	Conocimiento de la Política por parte del personal.					
3	Cumplimiento de la Política.					
4	Cumplimiento de los objetivos de relacionados con la política de calidad conforme al Plan Anual Operativo de cada área.					
5	Otras...					

### 3. OBSERVACIONES

Observaciones particulares que se deban especificar.

### 4. ANEXOS

Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO  
DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO  
ESCOLAN



## REGISTRO DE DEFINICIÓN DE LA POLITICA DE CALIDAD Y OBJETIVOS DE CALIDAD (FORMATO)

Código: FO.5.3.0.04

Versión:  
1

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 1 de 2

Justificación

Declaración de la Política:

Directrices u Objetivos Generales de Calidad:

Fecha y Firma del Jefe de la UOC: \_\_\_\_\_

Fecha y Firma del Director: \_\_\_\_\_

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO  
DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO  
ESCOLAN



## REGISTRO DE DEFINICIÓN DE LA POLITICA DE CALIDAD Y OBJETIVOS DE CALIDAD (FORMATO)

Código: FO.5.3.0.04

Versión:  
1

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 2 de 2


### FORMATO PARA ESTABLECER LOS OBJETIVOS DE CALIDAD

Objetivos:

Indicadores por objetivo:

Fecha y Firma del Jefe de la UOC: \_\_\_\_\_

Fecha y Firma del Director: \_\_\_\_\_

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>DESPLIEGUE DE OBJETIVOS DE CALIDAD</b></p>		
<p>Código: FL.5.3.0.01</p>	<p>Versión: 1</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/13</p>	<p>Página: 1 de 15</p>

# DESPLIEGUE DE OBJETIVOS DE CALIDAD

	<p>Elaboró:</p>	<p>Autorizó:</p>
<p>Nombre</p>	<p>Dr. Eduardo Manfredo Abrego. Unidad Organizativa de la Calidad.</p>	<p>Dr. Roberto Edmundo Sánchez Ochoa Director</p>
<p>Firma</p>		
<p>Fecha</p>		



**DESPLIEGUE DE OBJETIVOS DE CALIDAD**

Código: FL.5.3.0.01

Versión: 1

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 2 de 15

OBJETIVO	META	MEDIBLE				ALCANZABLE		RECURSOS			
		INDICADORES	FORMULA	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS	ESTRATEGIA PARA LOGRARLO	RESPONSABLE	Financieros	Humano	Equipo e infraestructura	Tiempo
Aumentar la satisfacción del receptor del servicio o brindado	Aumentar a un 70% las pacientes encuestas que declaran haber recibido una atención buena o muy buena	Índice de satisfacción	(Encuestas que han sido atendidas en el último año que declaran haber recibido una atención buena o muy buena / Encuestas que han utilizado dichos	Porcentaje	Encuestas de satisfacción	Auditoria del cumplimiento de los requisitos del paciente	Planificación		2 personas de la unidad de Planificación		



**DESPLIEGUE DE OBJETIVOS DE CALIDAD**

Código: FL.5.3.0.01


Versión: 1

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 3 de 15

OBJE TIVO	META	MEDIBLE				ALCANZABLE		RECURSOS			
		INDICADO RES	FORMU LA	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS	ESTRATEGIA PARA LOGRARLO	RESPO NSABLE	Finan cios	Human o	Equipo e infraest ructura	Tiempo
			servicio s en el último año) *100								
Aumen tar la particip ación de los usuari os en los proces os	Ubicaci ón de 4 buzone s de sugere ncias	Porcentaje de quejas resueltas antes de los 15 días hábiles	(Número de quejas resuelta s antes de 15 días hábiles / total de	Porcentaje	Reporte de seguimiento de quejas	Promover 4 buzones de sugerencias en los servicios identificados para la participación de los usuarios	Comité de calidad		6 persona s miembr os del comité de calidad	Sala de reunione s	24 horas laborale s



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN 		<b>DESPLIEGUE DE OBJETIVOS DE CALIDAD</b>		
Código: FL.5.3.0.01		Versión: 1	Fecha de emisión: 31/03/13	Página: 4 de 15

OBJETIVO	META	MEDIBLE				ALCANZABLE		RECURSOS			
		INDICADORES	FORMULA	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS	ESTRATEGIA PARA LOGRARLO	RESPONSABLE	Financieros	Humano	Equipo e infraestructura	Tiempo
claves			quejas)*100								
Aumentar el número de empleados que conocen los resultados de las mediciones anuales	Socialización del resultado anual de los 28 estándares de calidad, con el 100% del personal	Porcentaje del personal que ha asistido a las reuniones de socialización de los resultados de los estándares	(Personal asistente a las reuniones de socialización / total de empleados) *100	Porcentaje	Lista de asistencia de reuniones de socialización de los resultados de los 28 estándares de calidad	Programación de reuniones con todo el personal para socializar los resultados de los 28 estándares de calidad en el Hospital de Maternidad	Comité de calidad				



**DESPLIEGUE DE OBJETIVOS DE CALIDAD**

Código: FL.5.3.0.01

Versión: 1

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 5 de 15

OBJETIVO	META	MEDIBLE				ALCANZABLE		RECURSOS			
		INDICADORES	FORMULA	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS	ESTRATEGIA PARA LOGRARLO	RESPONSABLE	Financieros	Humano	Equipo e infraestructura	Tiempo
s de los 28 estándares de la Mejora Continua de la Calidad.	al del hospital										
Optimización de los procesos asistenciales brindador por	Reducción a 0% la tasa bruta de mortalidad	Tasa bruta de mortalidad	(Total de fallecidos / Total de egresos) *100	Porcentaje	Defunciones	Investigación de las causas de mortalidad materno neonatal, con la finalidad de combatirlas y lograr el descenso de la tasa bruta de mortalidad					



**DESPLIEGUE DE OBJETIVOS DE CALIDAD**

Código: FL.5.3.0.01

Versión: 1

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 6 de 15

OBJETIVO	META	MEDIBLE				ALCANZABLE		RECURSOS			
		INDICADORES	FORMULA	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS	ESTRATEGIA PARA LOGRARLO	RESPONSABLE	Financieros	Humano	Equipo e infraestructura	Tiempo
el hospital	Reducción a 0% la tasa neta de mortalidad materno neonatal	Tasa neta de mortalidad	(Total de fallecidos después de 48 horas / Total de egresos) *100	Porcentaje	Defunciones	Investigación de las causas de mortalidad materno neonatal, con la finalidad de combatirlas y lograr el descenso de la tasa neta de mortalidad					
	Reducir un 30% el índice de infecciones nosocomiales respect	Índice de Infecciones nosocomiales	(Número de pacientes con infección nosocomial / Total egresos	Porcentaje	reporte de infecciones nosocomiales	Investigación de los factores involucrados en la adquisición de infecciones intrahospitalarias					



**DESPLIEGUE DE OBJETIVOS DE CALIDAD**


Código: FL.5.3.0.01

Versión: 1

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 7 de 15

OBJETIVO	META	MEDIBLE				ALCANZABLE		RECURSOS			
		INDICADORES	FORMULA	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS	ESTRATEGIA PARA LOGRARLO	RESPONSABLE	Financieros	Humano	Equipo e infraestructura	Tiempo
	o al año anterior		) *100								
	Reducción a 0% el porcentaje de partos con más de 18 horas de duración	Porcentaje de partos con más de 18 horas de duración	(Número de partos vaginales con más de 18 horas de duración / total de partos)*100	Porcentaje	Expediente clínico	Investigación de los casos en los que se el parto ha durado más de 18 horas, estableciendo las causas y las recomendaciones respectivas para su disminución					

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN 		<b>DESPLIEGUE DE OBJETIVOS DE CALIDAD</b>		
Código: FL.5.3.0.01		Versión: 1	Fecha de emisión: 31/03/13	Página: 8 de 15

OBJE TIVO	META	MEDIBLE				ALCANZABLE		RECURSOS			
		INDICADO RES	FORMU LA	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS	ESTRATEGIA PARA LOGRARLO	RESPO NSABLE	Finan ceros	Human o	Equipo e infraest ructura	Tiempo
	Cumpli miento de más del 75% de cada estándar de calidad matern o- perinat ales en el Hospit al de materni dad	Porcentaje de estándares de calidad con un cumplimien to superior al 75%	(Estánd ares con cumpli miento mayor del 75% / total de estándar es de calidad) *100	Porcentaje	Instrumento de evaluación de los estándares	Investigación de los incumplimientos de los estándares, proponiendo soluciones para su alcanzar la conformidad	Comité de calidad				



**DESPLIEGUE DE OBJETIVOS DE CALIDAD**

Código: FL.5.3.0.01

Versión: 1

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 9 de 15

OBJE TIVO	META	MEDIBLE				ALCANZABLE		RECURSOS			
		INDICADO RES	FORMU LA	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS	ESTRATEGIA PARA LOGRARLO	RESPO NSABLE	Finan ceros	Human o	Equipo e infraest ructura	Tiempo
Aumen tar la divulga ción de la política de calidad del Hospit al	Sociali zación de la política de calidad con el 100% del person al del Hospit al	Porcentaje del personal que ha asistido a las reuniones de socializació n de la política de calidad	(Person al asistent e a las reunion es de socializ ación de la política de calidad/ total de emplea dos) *100	Porcentaje	Lista de asistencia de reuniones de socialización de la política de calidad	Programación de reuniones con todo el personal para socializar la política de calidad de la institución					



**DESPLIEGUE DE OBJETIVOS DE CALIDAD**

Código: FL.5.3.0.01

Versión: 1

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 10 de 15

OBJE TIVO	META	MEDIBLE				ALCANZABLE		RECURSOS			
		INDICADO RES	FORMU LA	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS	ESTRATEGIA PARA LOGRARLO	RESPO NSABLE	Finan cios	Human o	Equipo e infraest ructura	Tiempo
Aumen tar el conoci miento técnico del personal involuc rado en la Gestió n de la Calida d de la Instituc ión	Capaci tar el 90% de las jefatura s Hospit alarias y miembr os del comité de calidad local, sobre la gestión de la calidad e	Porcentaje del personal objetivo que ha asistido a las capacitacio nes sobre calidad e indicadores	(númer o de emplea dos seleccio nados asistent es a las capacit aciones de calidad e indicad ores / total de persona s seleccio nadas) *100	Porcentaje	Lista de asistencia de las capacitacione s de calidad	Desarrollo de 5 talleres de capacitación sobre calidad e indicadores.	Dr. Arévalo, Dra. Arauz y Dr. Abrego.				



**DESPLIEGUE DE OBJETIVOS DE CALIDAD**

Código: FL.5.3.0.01

Versión: 1

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 11 de 15

OBJETIVO	META	MEDIBLE				ALCANZABLE		RECURSOS			
		INDICADORES	FORMULA	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS	ESTRATEGIA PARA LOGRARLO	RESPONSABLE	Financieros	Humano	Equipo e infraestructura	Tiempo
	indicadores de calidad										
Optimización del uso de los recursos utilizados para la prestación del servicio	Mantener el avance del consumo del presupuesto institucional proporcional	Avance de gasto presupuestario	(Monto invertido a la fecha / Presupuesto total) * 100	Porcentaje		Identificación de los componentes del hospital que consumen un porcentaje mayor del 30% del presupuesto institucional, estableciendo alternativas viables para cubrir la demanda financiera vigente					





**DESPLIEGUE DE OBJETIVOS DE CALIDAD**

Código: FL.5.3.0.01

Versión: 1

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 12 de 15

OBJETIVO	META	MEDIBLE				ALCANZABLE		RECURSOS			
		INDICADORES	FORMULA	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS	ESTRATEGIA PARA LOGRARLO	RESPONSABLE	Financieros	Humano	Equipo e infraestructura	Tiempo
o ginecológicas y perinatal	tiempo transcurrido										
	Disminución anual del 7% de atenciones de partos únicos espontáneos	Porcentaje de partos únicos espontáneos	(Número de partos únicos espontáneos / total de partos atendidos) *100	Porcentaje	Producción del servicio de partos	Capacitación del personal de instituciones de salud del primer y segundo nivel de atención	Unidad de Formación Profesional		12 Facilitadores de capacitaciones y 1 persona de la UFP	Auditorio	12 capacitaciones de 3 horas cada una
						Seguimiento de los controles prenatales de las pacientes que se les atendió un parto normal en el	Comité de Calidad		6 personas miembros del comité	Sala de reuniones	24 horas laborales



**DESPLIEGUE DE OBJETIVOS DE CALIDAD**

Código: FL.5.3.0.01

Versión: 1

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 13 de 15

OBJE TIVO	META	MEDIBLE				ALCANZABLE		RECURSOS			
		INDICADO RES	FORMU LA	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS	ESTRATEGIA PARA LOGRARLO	RESPO NSABLE	Finan ceros	Human o	Equipo e infraest ructura	Tiempo
						Hospital			de calidad		
						Refuerzo de los criterios y requisitos para referir a pacientes a Hospitales de tercer nivel de atención médica					
	Dismin ución en un 5% el prome dio de estancia	Promedio de estancias por servicio final	Días pacient e egresad o/total egresos	Promedio de días	Estadísticas institucionales	Evaluación de los procedimientos con el propósito de estandarizar los criterios médicos para dar de alta a las pacientes					



**DESPLIEGUE DE OBJETIVOS DE CALIDAD**

Código: FL.5.3.0.01

Versión: 1

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 14 de 15

OBJETIVO	META	MEDIBLE				ALCANZABLE		RECURSOS			
		INDICADORES	FORMULA	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS	ESTRATEGIA PARA LOGRARLO	RESPONSABLE	Financieros	Humano	Equipo e infraestructura	Tiempo
	hospitalaria por servicio										
	Disminución en un 5% los días de estancia a por atención de partos eutócicos	Promedio de días de estancia por atención de parto eutócico	Total de días de estancia de paciente por partos por cesárea / total de egresos por partos	Promedio de días	Estadísticas institucionales	Evaluación de los factores involucrados en la cantidad de días de estancia de la paciente a la que se le ha atendido partos eutócicos					



**DESPLIEGUE DE OBJETIVOS DE CALIDAD**


Código: FL.5.3.0.01

Versión: 1

Fecha de emisión:  
31/03/13


Página: 15 de 15

OBJETIVO	META	MEDIBLE				ALCANZABLE		RECURSOS			
		INDICADORES	FORMULA	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS	ESTRATEGIA PARA LOGRARLO	RESPONSABLE	Financieros	Humano	Equipo e infraestructura	Tiempo
			por cesárea								
	Aumento al 85% de utilización de RRHH por actividad sustantiva	Porcentaje de utilización de RRHH por actividad sustantiva	(Horas dedicadas a la actividad sustantiva / total de horas disponibles) * 100	Porcentaje	Estadísticas institucionales	Identificación que añaden valor al servicio enfocando las horas del personal en ellas					

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>GUÍA DE PLANEACIÓN PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b></p>		
<p><b>Código: PL.5.4.2.01</b></p>	<p><b>Versión:</b> <b>1</b></p>	<p><b>Fecha de emisión:</b> <b>31/03/12</b></p>	<p><b>Página:</b> 1 de 13</p>

## Contenido

INTRODUCCION.....	2
1. GENERALIDADES .....	3
2. CONSIDERACIONES PREVIAS A LA FASE DE PLANEACIÓN .....	3
3. ¿QUÉ ES LA FASE DE PLANEACIÓN?.....	4
4. ¿POR QUÉ ES CONVENIENTE REALIZAR LA FASE DE PLANEACIÓN? .....	4
5. ¿CÓMO SE REALIZA LA FASE DE PLANEACIÓN?.....	5
6. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA FASE DE PLANEACIÓN:.....	6
6.1. Planificar la realización de la Fase de Planeación .....	6
6.2. Ejecutar la Planeación.....	6


<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>GUÍA DE PLANEACIÓN PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b></p>		
<p><b>Código: PL.5.4.2.01</b></p>	<p><b>Versión: 1</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/12</b></p>	<p><b>Página: 2 de 13</b></p>

## INTRODUCCION

La implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en las entidades del Estado implica desarrollar fases secuenciales que conlleven a cerrar la brecha existente, tal es el caso del Hospital Nacional Especializado “Dr. Raúl Arguello Escollan”, para que pueda existir, entre la gestión administrativa actual y los requisitos de la norma técnica.

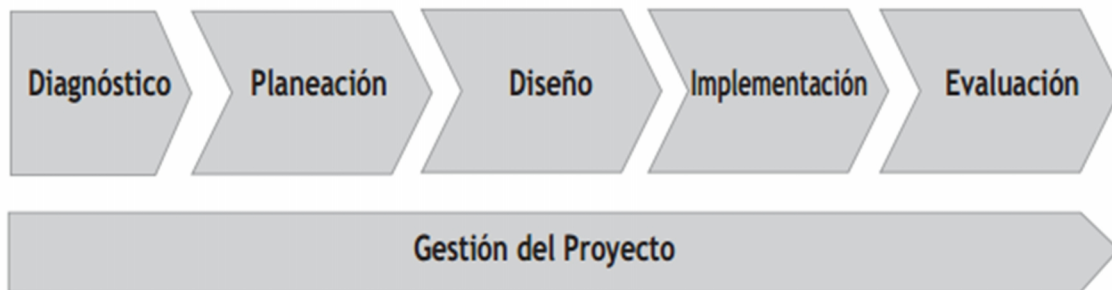
Siendo la fase de planeación una de las más importantes para el proyecto de implementación del Sistema, se ha desarrollado la presente guía que contiene unos pasos sugeridos, los cuales inician con el diseño de un programa que determine una estructura organizativa, un cronograma y un esquema de comunicaciones, para definir un plan detallado que incluya plazos y responsables de cada una de las actividades a ejecutar, así como también los recursos que se necesiten.

La guía se presenta como una propuesta metodológica que les permitirá a las entidades del Estado desarrollar la fase de planeación, para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, a través de un esquema lógico y secuencial.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>GUÍA DE PLANEACIÓN PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b></p>		
<p><b>Código: PL.5.4.2.01</b></p>	<p><b>Versión: 1</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/12</b></p>	<p><b>Página: 3 de 13</b></p>

## 1. GENERALIDADES

En el proyecto de puesta en marcha del Sistema de Gestión de la Calidad se identifican varias etapas básicas que se deben desarrollar de manera secuencial y sistemática para lograr el propósito, tal como se representa en el siguiente esquema.




La presente guía describe la manera como se desarrolla la fase de planeación que corresponde a la segunda fase de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

## 2. CONSIDERACIONES PREVIAS A LA FASE DE PLANEACIÓN

Antes de realizar la fase de Planeación es conveniente socializar el diagnóstico a todo el personal de la entidad y el programa que se va a desarrollar para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, explicar las fases, plazos y responsables.

Así mismo se debe designar el grupo de personas responsables de adelantar la Planeación, el cual debe tener conocimiento de la entidad y de la norma ISO 9001:2008.

En el caso que la entidad acuda a una firma de consultoría, esta fase la debe realizar el consultor y validarla con el responsable del proyecto por parte de la entidad.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>GUÍA DE PLANEACIÓN PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b></p>		
<p><b>Código: PL.5.4.2.01</b></p>	<p><b>Versión: 1</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/12</b></p>	<p><b>Página: 4 de 13</b></p>

Un insumo clave para esta fase es el informe de diagnóstico aprobado, resultante de la fase de diagnóstico.

El proyecto de puesta en marcha del Sistema de Gestión de la Calidad debe estar articulado con el sistema de planeación de la entidad, con el fin de asegurar los recursos necesarios y la sostenibilidad del mismo.

### 3. ¿QUÉ ES LA FASE DE PLANEACIÓN?

Es la fase en la que se define la estructura organizativa del proyecto, el cronograma general y el plan de comunicaciones, así mismo se determinan las actividades a efectuar paracerrar la brecha existente entre el Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad y losrequisitos establecidos en la norma ISO 9001:2008. El producto resultante de la mismaes un plan detallado de actividades que describe responsables, tiempos de ejecución yplazos.


### 4. ¿POR QUÉ ES CONVENIENTEREALIZAR LA FASE DE PLANEACIÓN?

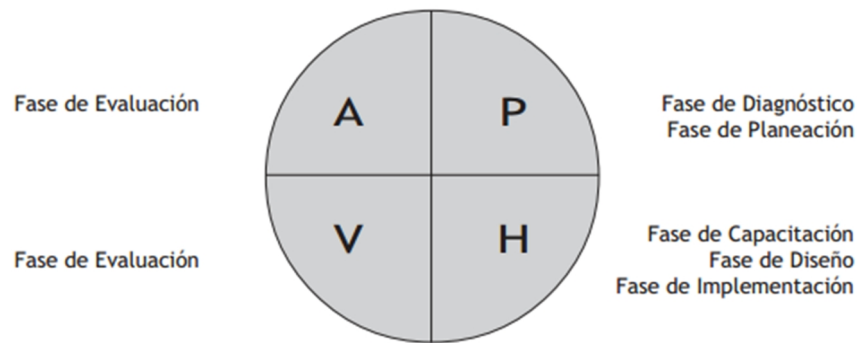
Es conveniente realizar esta fase, porque permite determinar las actividades a desarrollar, los recursos, los plazos de ejecución y los responsables. La planeación establece el horizonte para dar cumplimiento a los objetivos de un proyecto, evitando pérdida de tiempo y de recursos.

Así como el Sistema de Gestión de la Calidad debe estar estructurado bajo el ciclo PHVA (Planear – Hacer – Verificar – Actuar), el proyecto mismo también lo debe estar. Por tanto las fases de diagnóstico y planeación conforman la etapa de “planear” del ciclo PHVA del proyecto.

La gráfica 1 ilustra la manera como se articulan las fases del proyecto al ciclo PHVA.



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>GUÍA DE PLANEACIÓN PARA          IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE          GESTIÓN DE CALIDAD</b>		
<b>Código: PL.5.4.2.01</b>	<b>Versión: 1</b>	<b>Fecha de emisión: 31/03/12</b>	<b>Página: 5 de 13</b>




**Gráfica 1: Fases del proyecto bajo el ciclo PHVA**

## 5. ¿CÓMO SE REALIZA LA FASE DE PLANEACIÓN?

La gráfica 2 presenta la fase de planeación con un enfoque de procesos (entradas, actividades y salidas) de tal manera que facilite su aplicación.

FASE DE PLANEACION		
Entradas	Actividades	Salidas
-Compromiso formal de la Alta Dirección. -Informe de Diagnostico aprobado. -Servidores Públicos con conocimientos de la ISO 9001:2008. -Estructura Organizativa del Proyecto. -Otros recursos necesarios para la fase de planeación tales como: Infraestructura física, equipos y software, entre otros.	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; text-align: center;">Planificar la realización de la Fase de Planeación</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; text-align: center;">Ejecutar de la Fase de Planeación</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Aprobar los resultados de la Fase de Planeación</div>	-Estructura organizativa del proyecto: Listado de Personal que conformara los grupos de trabajo. -Cronograma General. - Plan detallado del Proyecto. - Recursos necesarios para el Proyecto.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>GUÍA DE PLANEACIÓN PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b></p>		
<p><b>Código: PL.5.4.2.01</b></p>	<p><b>Versión: 1</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/12</b></p>	<p><b>Página: 6 de 13</b></p>

## 6. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA FASE DE PLANEACIÓN:

### 6.1. Planificar la realización de la Fase de Planeación

En el documento Administración del Proyecto se ha detallado el plan que se producirán documentos tales como cronograma general, la estructura organizativa del proyecto, roles y responsabilidad y el plan de comunicaciones.

Es importante asegurar la disponibilidad de tiempo de dedicación al proyecto del Equipo de Calidad responsable de planear la Fase de Planeación. Como se mencionó en la guía de diagnóstico este equipo de calidad debe ser conformado mediante acto administrativo con personal de distintas áreas de la organización y de diversas disciplinas médicas.


### 6.2. Ejecutar la Planeación

En esta etapa se determina el plan de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad (Ver Documento Administración del Proyecto).

El Equipo de Calidad tendrá bajo su responsabilidad adelantar los procesos de diseño, apoyo y coordinación con las diferentes dependencias organizacionales de la entidad, para lograr una óptima implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Posteriormente a la implementación, los integrantes de dicho equipo deberán asumir el rol de facilitadores al interior de sus respectivas dependencias, apoyando el adecuado funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

Las responsabilidades y autoridades en los roles que conforman la estructura organizativa del proyecto deben estar claramente definidas. El anexo 1 presenta un ejemplo de los roles y responsabilidades de la estructura organizativa propuesta.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>GUÍA DE PLANEACIÓN PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b></p>		
<p><b>Código: PL.5.4.2.01</b></p>	<p><b>Versión: 1</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/12</b></p>	<p><b>Página: 7 de 13</b></p>

### **Elaboración del cronograma general**

Corresponde a un documento que presenta de manera resumida las fases del proyecto y los tiempos de ejecución. Se basa en el plan detallado del proyecto y sirve como instrumento de socialización y a su vez como mecanismo de control. El responsable de elaborar este cronograma es el representante de la Dirección junto con el equipo de calidad (Ver Documento Administración del Proyecto).

### **Elaboración del plan de comunicaciones para el proyecto.**

La implantación del Sistema de Gestión de la Calidad es, fundamentalmente un proceso de comunicación, pues a través de él se pretende homologar las mejores prácticas de la Entidad, ponerlas en común entre quienes las deben aplicar y recibir de ellos las propuestas de mejoramiento que permitan que el proyecto de implementación no solo sea exitoso sino participativo.

En ese orden de ideas, el establecimiento de un plan de comunicaciones es una herramienta necesaria para que el sistema se construya con la participación activa de todos los funcionarios y para que la dirección pueda hacer manifiesto su compromiso con la localidad. Este plan debe además servir de plataforma para que, una vez implementado el sistema, se garantice una comunicación interna que contribuya al mantenimiento y mejoramiento del sistema.

Generalmente el plan de comunicaciones se estructura bajo el modelo Mensaje-Emisor-Medio-Frecuencia-Perceptor-Respuesta, que describe la secuencia básica de cualquier proceso de comunicación. Se identifican así sus elementos constitutivos:


Mensaje: Aquello que se quiere comunicar.

Emisor: Responsable de la comunicación, (quien comunica el mensaje)

Medio: Mecanismo a través del cual el emisor comunica el mensaje.

Frecuencia: Periodicidad con la que el mensaje debe ser comunicado.

Perceptor: Aquel a quien se le va a comunicar el mensaje.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>GUÍA DE PLANEACIÓN PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b></p>		
<p><b>Código: PL.5.4.2.01</b></p>	<p><b>Versión: 1</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/12</b></p>	<p><b>Página: 8 de 13</b></p>

Respuesta: Mecanismo a través del cual el receptor retroalimenta al emisor acerca de su entendimiento y análisis del mensaje recibido.

El Anexo No. 2 presenta un ejemplo de un plan de comunicaciones.

d) Elaboración del plan detallado del proyecto

El plan detallado debe contener las fases que componen el proyecto y a partir de ellas se describen las actividades y subactividades que se deben desarrollar para lograr el propósito de cumplir con los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2008.

Cada entidad tendrá un plan detallado específico a partir de su situación real que se reflejara en el informe de diagnóstico. Sin embargo, el Anexo No. 3 presenta un plantío que puede servir de referencia, el cual contiene las actividades más comunes que normalmente se ejecutan al momento de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad.

6.3. Aprobar los resultados de la Planeación


Corresponde a la socialización del plan detallado del proyecto, la estructura organizativa, los roles y responsabilidades, el cronograma general y el plan de comunicaciones ante el grupo de responsables de las actividades descritas en dichos documentos, con el fin de precisar detalles o aclarar inquietudes.

Se realizan los cambios y ajustes pertinentes de los documentos y se hace oficial a todas las personas de la Entidad.


**7. RECOMENDACIONES GENERALES**

PARA EL DESARROLLO DE ESTA FASE

- Es importante asegurar la disponibilidad de tiempo de dedicación al proyecto de los integrantes del Equipo de calidad. Se recomienda oficializar mediante acto administrativo, la delegación dada a estas personas y su tiempo de dedicación al proyecto.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>GUÍA DE PLANEACIÓN PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b></p>		
<p><b>Código: PL.5.4.2.01</b></p>	<p><b>Versión: 1</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/12</b></p>	<p><b>Página: 9 de 13</b></p>

- El plan detallado se podrá ajustar durante la ejecución del mismo, pero se recomienda mantener la fecha de finalización como una referencia, para evaluar la eficiencia y eficacia del proyecto.
- Es importante difundir toda la documentación de esta etapa a los miembros que conforman la estructura del proyecto. Ello con el fin de facilitar el control de las agendas y evitar que las actividades críticas de proyecto caigan en retraso o se incumpla con lo planeado.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>GUÍA DE PLANEACIÓN PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b></p>		
<p><b>Código: PL.5.4.2.01</b></p>	<p><b>Versión: 1</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/12</b></p>	<p><b>Página: 10 de 13</b></p>

## **ANEXO 1 ROLES Y RESPONSABILIDADES**


### **DIRECCION DEL HOSPITAL**

- Establecer directrices generales para el sistema de gestión de la calidad.
- Garantizar la disponibilidad oportuna de los recursos necesarios para la realización del proyecto.
- Evaluar el proyecto con el Representante de la Dirección a intervalos definidos.
- Asegurar el establecimiento de los procesos de comunicación apropiados para dar a conocer la eficacia del proyecto.
- Evaluar el cumplimiento de las funciones del equipo de calidad y del comité de calidad acorde a las funciones asignadas en base a al cumplimiento o no de estas.

### **REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN**

- Controlar el cumplimiento del programa de trabajo.
- Definir el modelo de procesos del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Revisar con los responsables de los procesos la documentación de los mismos.
- Establecer las estrategias de comunicación para informar a todos los funcionarios de la entidad sobre el estado y avance del proyecto.
- Proponer acciones correctivas y preventivas ante la aparición de problemas reales y potenciales en la realización del proyecto.


### **EQUIPO DE CALIDAD**

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>GUÍA DE PLANEACIÓN PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b></p>		
<p><b>Código: PL.5.4.2.01</b></p>	<p><b>Versión: 1</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/12</b></p>	<p><b>Página: 11 de 13</b></p>

- Aportar el conocimiento técnico y el soporte administrativo requerido para la realización de los trabajos de levantamiento de los procesos y procedimientos restantes de la institución.
- Realizar todas las actividades requeridas para el desarrollo del proyecto.
- Adoptar las directrices, procedimientos, instructivos etc. divulgados durante la fase de implementación del sistema de calidad y mantener la evidencia objetiva de que ello se realizó.
- Validar y homologar la información referente al sistema de calidad.
- Revisar y homologar la documentación elaborada.
- Divulgar los procedimientos documentados y demás información propia del proceso a todos las personas que intervienen.
- Proponer acciones correctivas y preventivas ante la aparición de problemas reales y potenciales en la realización del proyecto.
- Participar en la sensibilización, capacitación y toma de conciencia del personal respecto a los objetivos del proyecto.

**ASESOR (En los casos que se utilice)**


- Coordinar, revisar, aprobar los planes y programas resultantes de cada una de las fases del proyecto.
- Acompañar y brindar asesoría en las diferentes fases definidas para la realización del proyecto.
- Efectuar el diagnóstico y elaborar el informe correspondiente.
- Validar y ajustar el informe de diagnóstico.
- Elaborar programa de trabajo para el diseño, implantación y verificación del Sistema de Gestión de la Calidad.

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>GUÍA DE PLANEACIÓN PARA          IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE          GESTIÓN DE CALIDAD</b>		
<b>Código: PL.5.4.2.01</b>		<b>Versión: 1</b>	<b>Fecha de emisión: 31/03/12</b>	<b>Página: 12 de 13</b>

- Revisar los documentos elaborados de acuerdo con los requisitos de la norma, y proponer mejoras de acuerdo con los resultados de la revisión.
- Acompañar a los funcionarios de la entidad en la determinación de las acciones correctivas y orientar su implementación.

FASE	MENSAJE	EMISOR	MEDIO	FRECUENCIA	PRECEPTO
	¿Qué se comunica?	¿Quién comunica?	¿Cómo le comunica?	¿Cuándo le comunica?	¿A quién se le comunica?
Todo el proyecto	Noticias de Avance del proyecto de implementación del SGC.	Representante de la Dirección	Boletín propio para el proyecto.	Cada 2 meses	Todo el personal
			Cartelera en las dependencias	Cada mes.	Todo el personal
			Página Web	Cada mes.	Publico
Todo el proyecto	Mensajes de compromiso de la dirección con la implantación del sistema y de información sobre el proyecto.	Representante de la Dirección	Reuniones con el personal	Dos veces durante el proyecto	Todo el personal
Planeación	Plan de trabajo detallado	Representante de la Dirección	Reuniones con el personal	Cuando se elabora la administración del proyecto	Personal involucrado
Capacitación	Convocatoria y selección del grupo objetivo.	Comité de Calidad	Cartelera, memorandos y recordatorios en reuniones.	Por lo menos un mes antes de iniciar las capacitaciones.	Personal de cada uno de los procesos.



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 		<p><b>GUÍA DE PLANEACIÓN PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b></p>		
<p><b>Código: PL.5.4.2.01</b></p>		<p><b>Versión:</b> <b>1</b></p>	<p><b>Fecha de emisión:</b> <b>31/03/12</b></p>	<p><b>Página:</b> 13 de 13</p>

Implantación	Documentos del SGC incluyendo política y objetivos de calidad.	Representante de la dirección y equipo de calidad.	Reuniones con el personal.	Según plan de implementación.	Funcionarios de actividades responsables que se describen en los documentos.
Evaluación	Resultados de Auditoría	Control Interno	Reunión de presentación al personal con responsabilidad ejecutiva en los procesos auditados.	Según plan de implementación.	Personal con responsabilidad ejecutiva en los procesos auditados.



## MATRIZ DE INDICADORES

Código: LD.5.4.2.01

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 1 de 4

N°	Código	Nombre	Fórmula de cálculo	Frecuencia de medición	Responsable	Procedimiento propietario
1		Calificación de Proveedor	Sumatoria de Item / Numero de Items	Semestral	Especialista de Compra.	
2		Recepción de Convocatoria	(Personas q reciben convocatoria/personas convocadas) *100	Mensual	Representante de Calidad	
3		Déficit Presupuestario	Ingresos- Gastos- Adquisición Neta de Activos No financieros	Anual	Técnico de UFI	
4		% de Provisión de Recursos	(Monto provisión requerido/Monto presupuestado) *100	Anual	Técnico UFI	
5		Nivel de Cumplimiento de Objetivos para próxima reunión	(OBJETIVOS ASIGNADOS/OBJETIVOS PLANTEADOS) *100	Semestral	Representante de Calidad	



## MATRIZ DE INDICADORES

Código: LD.5.4.2.01

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 2 de 4

6		% de Inconformidades	N de inconformidades / Ctdad de servicios ofrecidos	Anual	Representante de Calidad	
7		% Auditorias Aprobadas	(Auditorias Aprobadas/ Auditorías realizadas) *100	Anual	Representante de Calidad	
8		Evaluación de Política de Calidad.	SUMATORIA DE CALIFICACIONES/NUMERO DE CALIFICACIONES	Anual	Representante de la Dirección	
9		% Cumplimiento de acciones correctivas	(tiempo de cumplimiento de acción / tiempo de cumplimiento programado)*100	Anual	Líder del Proceso	
10		% de Aprobaciones de No conformidad	(solicitudes aprobadas/solicitudes recibidas) *100	Semestral	Presidente del Control de No conformidades	
11		% de equipos de seguimiento y medición verificados	(EQUIPOS VERIFICADOS/EQUIPOS PROGRAMADOS A VERIFICAR)*100	Semestral	Técnico de Unidad Biomédica	



**MATRIZ DE INDICADORES**

**Código: LD.5.4.2.01**

**Versión:  
1.0**

**Fecha de emisión:  
31/03/2013**

**Página: 3 de 4**

12		% de Productos aceptados	(productos aceptados/productos revisados)*100	Semestral	Jefe de UACI	
13	7.4.3	% de compras efectuadas dentro del tiempo programado	(Compras realizadas en tiempo programado/Compras programadas)*100	Semestral	Jefe de UACI	
14	7.4.3	% Contrataciones directas por urgencia	(Contrataciones directas por urgencia adjudicadas/Contrataciones directas por urgencias totales)*100	Semestral	Jefe de UACI	
15	5.5.1	% de transmision de requisitos	Personas q reciben transmision de requisitos/ personas planificadas a recibir requisitos*100	Semestral	Tecnico de comunicaciones	



## MATRIZ DE INDICADORES

Código: LD.5.4.2.01

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 4 de 4

16	7.4.1	% de licitaciones adjudicadas respecto de licitaciones totales	(licitaciones adjudicadas/licitaciones totales)*100	Semestral	Jefe de UACI	
17	7.5.4	% de daños ocurridos en pertenencias de pacientes	(# de daños ocurridos en pertenencias/Total de entregas de pertenencias a pacientes)*100	Mensual	Jefe de Enfermeras de cada servicio	
18	5.5.2	Índice de participación por convocatoria	(#Participantes/#de convocados)*100	Mensual	Representante de Calidad	
19	8.3	Servicios No conformes corregidos	(#de servicios no conformes corregidos/#de servicios no conformes encontrados)*100	Mensual	representante de Calidad	
20	5.2	Numero de Reportes revisados y aprobados al año	(# de reportes revisados y aprobados/numero de reportes recibidos)*100	ANUAL	DIRECTOR	



<b>CÓDIGO : CP.5.5.1.02</b>	<b>VERSIÓN: 1</b>	<b>FECHA:26/03/13</b>
-----------------------------	-------------------	-----------------------

## PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACION DE MANUAL DE FUNCIONES Y ORGANIZACIÓN

- 1 Unidad ejecutante:** Planificación
- 2 Objetivo:** Establecer los pasos que se deben de seguir para actualizar el manual de funciones y organización de la institución.
- 3 Alcance:** La unidad de planificación debe ejecutarlo junto con Jefe de división médica hasta la ejecución del mismo en toda la institución.
- 4 Definiciones:**

**Manual de Organización y funciones:** documento que establece la misión, visión, mapa de procesos institucional, marco legal donde se señalan las funciones del personal del hospital.

**Organigrama:** Representación grafica de la estructura orgánica básica de la institución y de las relaciones que guardan entre sí.
- 5 Requisitos Previos:**

5.1 Manual de Funciones/Organización Vigente.
- 6 Criterios de aceptación:**


6.1 Manual de Funciones/organización actualizado.
- 7 Control de documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Manual de Organización
	Manual de Funciones

**8 Control de documentos externos:**

Nombre del	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

	<b>GESTION DE PLANIFICACION</b>	Código: CP.5.5.1.02
	<b>PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACION DEL MANUAL DE FUNCIONES Y ORGANIZACION</b>	Versión: 1
		Página 2 de 4

<b>documento externo</b>			

### 9 Control de Indicadores:

Código	Nombre

### 10 Control de registros:


Código	Nombre	Almacenamiento temporal / final			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
FO.5.5.1.01	"Actualización del Manual de Organización-Funciones"	Jefe de Planificación	Físico/electrónico	Unidad de Planificación /Archivo X, dirección web Z, etc.	3 años

### 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Jefe de División Medica Administrativo	Personal con formación específica
Papelería	Papel	Registro formalizados por la unidad de estadísticas

### 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos

	<b>GESTION DE PLANIFICACION</b>	Código: CP.5.5.1.02
	<b>PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACION DEL MANUAL DE FUNCIONES Y ORGANIZACION</b>	Versión: 1
		Página 3 de 4

### 13 Descripción

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Jefe de cada una de las unidades	1.	Procede a llenar el formulario de registro "Actualización del Manual de Organización-Funciones", indicando los cambios que desean realizar de acuerdo a la información reflejado en el formato.
Jefe de cada una de las unidades	2.	Enviar el formulario "Actualización del Manual de Organización-Funciones" a la Unidad de Planificación.
Jefe de Planificación	3.	<p>Recibe formulario "Actualización del Manual de Organización-Funciones" y revisa el contenido del formulario.</p> <p>3.1. Si es una aprobación y tramitación para el cambio en la estructura organizativa, indica la Dependencia que debe cumplir con lo descrito en el Manual de Normas y Procedimientos de los Cambios.</p> <p>3.2. De ser una actualización de la ficha del Manual de Organización-Funciones, asigna número secuencial al formulario.</p>
Jefe de Planificación	4.	<p>Verifica que se cumplan las normas establecidas en el instructivo correspondiente.</p> <p>4.1. Si hay observaciones, remite formulario con observaciones a la dependencia correspondiente, para su corrección.</p> <p>4.2 No hay observaciones, realiza los cambios solicitados, archiva el Formulario "Actualización del Manual de Organización-Funciones" en la carpeta de la dependencia/facultad para su control.</p>
Jefe de Recursos Humanos	5.	Envía a recursos humanos la(s) página(s) sustituidas de la ficha organizativa, para obtener la aprobación de la autoridad correspondiente.
Director	6.	Recibe la descripción del cambio solicitado y de no haber objeciones, firma la(s) página(s) sustituida(s) en el pie de página en señal de aprobación de las mismas





**GESTION DE PLANIFICACION**

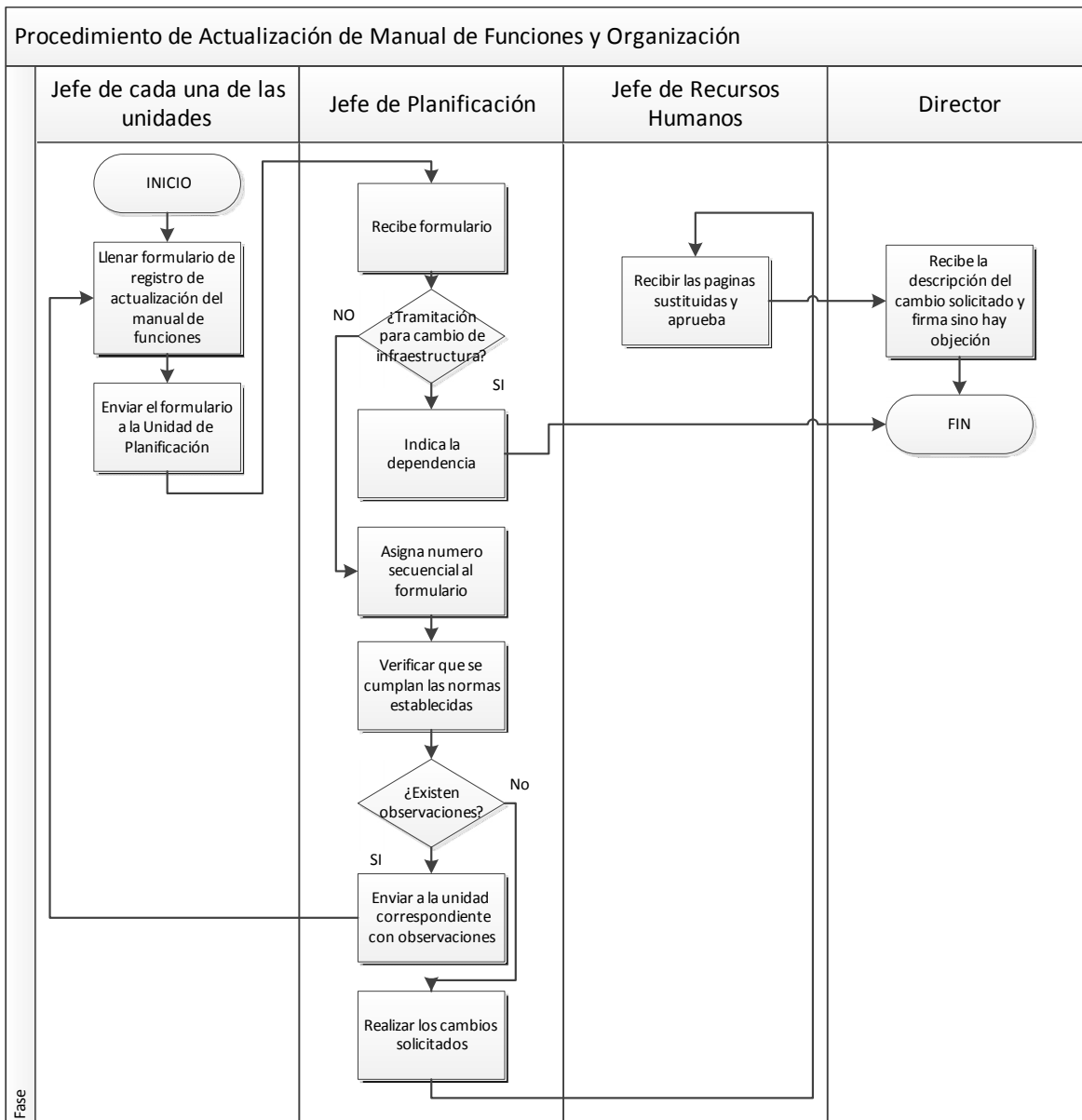
**PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACION DEL MANUAL DE FUNCIONES Y ORGANIZACION**

Código:  
CP.5.5.1.02

Versión: 1

Página 4 de 4

**14 Diagrama de flujo**



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>REGISTRO DE ACTUALIZACIÓN          DE MANUAL DE ORGANIZACIÓN          Y FUNCIONES          (FORMATO)</b>	
<b>Código: FO.5.5.1.01</b>		<b>Versión:</b> <b>1</b>	<b>Fecha de emisión:</b> <b>31/03/13</b>
		<b>Página: 1 de 3</b>	

<b>REGISTROS DE ACTUALIZACION DE MANUAL DE FUNCIONES</b>
<b>Código del Registro:</b>

### Contenido

1. ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES	2
2. ACUERDOS Y COMPROMISOS	3
3. OBSERVACIONES	3
4. ANEXOS	3

Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración.  Rol: Comités de Calidad, etc.  Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión.  Rol: Comités  Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes  Cargo: Director, jefe, etc

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>REGISTRO DE ACTUALIZACIÓN          DE MANUAL DE ORGANIZACIÓN          Y FUNCIONES          (FORMATO)</b>	
<b>Código: FO.5.5.1.01</b>		<b>Versión:</b> 1	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/13
		<b>Página: 2 de 3</b>	

## 1. ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES

Fecha: \_\_\_\_\_

Datos del Solicitante (Jefe de cada uno de los servicios)

<b>Unidad</b>	
<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>
<b>Correo Electrónico</b>	

Tipo de cambio solicitado

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Creación | <input type="checkbox"/> Disposiciones legales |
| <input type="checkbox"/> Misión   | <input type="checkbox"/> Funciones             |
| <input type="checkbox"/> Visión   | <input type="checkbox"/> Otro: _____           |
| <input type="checkbox"/> Objetivo |  |

Descripción del Cambio Solicitado


<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE ACTUALIZACIÓN DE MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.5.5.1.01</p>	<p>Versión: 1</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/13</p>	<p>Página: 3 de 3</p>

## 2. ACUERDOS Y COMPROMISOS

Se deben identificar los acuerdos y acciones que surgen de la revisión con su respectivo responsable y fecha de cumplimiento.

Acuerdos/Compromisos/Acciones	Responsable	Fecha de realización

## 3. OBSERVACIONES

Observaciones particulares que se deban especificar.

## 4. ANEXOS

Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario a la revisión realizada.



<b>CÓDIGO : CP.5.5.2.01</b>	<b>VERSIÓN: 1</b>	<b>FECHA: 31/03/13</b>
-----------------------------	-------------------	------------------------

**PROCEDIMIENTO PARA CONSTITUIR EL COMITÉ DE CALIDAD**

- 1 Unidad Administrativa:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 Objetivo:** Definir el comité de calidad y establecer la sistemática a realizar para que vele por la calidad del SGC.
- 3 Alcance:** A toda la estructura y actividades del SGC.
- 4 Definiciones:**
  - 4.1 Comité de Calidad: es el máximo órgano encargado en los tema de calidad.
  - 4.2 Plan de Calidad: documento que adapta el SGC a las nuevas necesidades generadas por la implantación de nuevas titulaciones.
  - 4.3 Líder del Proceso: persona encargada de planificar, organizar y controlar el proceso de interés.
  - 4.4 Representante de la Dirección: Funciones Asegurarse de que el sistema de calidad se implemente y mantenga; Informar a la dirección sobre el rendimiento del Sistema de Gestión de Calidad; Asegurarse de que la conciencia de los requisitos del cliente se promueva en toda la organización.
- 5 Requisitos Previos:**
  - 5.1 Definición de responsabilidades del comité de calidad que se darán a conocer por medio de este procedimiento también.
- 6 Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Elección de comité de calidad acorde al procedimiento.
- 7 Documentos internos de referencia:**

<b>Código</b>	<b>Nombre</b>
	Manuales de funciones de las unidades involucradas con los procesos.

**8 Documentos externos:**

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

## 9 Indicadores:

Cod-Nombre	Fórmula de cálculo
Índice de participación por convocatoria	$\frac{\text{Número de participantes}}{\text{Número de convocados}} \times 100$

## 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
<b>FO.5.5.2.02</b>	Constitución de Comité de Calidad y especificaciones técnicas de reuniones	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años


## 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Representante de la Unidad Organizativa de la calidad.	Debe conocer el SGC.
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	

## 12 Unidades de soporte


Ninguna

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres

	<b>PROCEDIMIENTO PARA CONSTITUIR EL COMITÉ DE CALIDAD</b>	Código: CP.5.5.2.01
	<b>DIRECCION</b>	Versión: 1
	<b>UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Página 3 de 10


### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Unidad Organizativa de la Calidad	1	Con el fin de que el Hospital de Maternidad adquiriera un compromiso con el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) que impulse la cultura de la calidad, se constituye el Comité de Calidad con la Unidad Organizativa de la Calidad ya existente, para liderar las titulaciones impartidas en dicho centro. Esta implicación conlleva la aceptación de los resultados obtenidos y la implantación del SGC definido. Ver Registro: Ficha de Constitución del Comité de Calidad, representante de la dirección y líder del proceso.
Comité de Calidad	2	<p>Reuniones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reuniones del comité de la calidad. Ver en anexos las responsabilidades de calidad</li> </ul> <p>El CC, en su fase de funcionamiento normal, se reunirá con carácter ordinario cada tres meses, y nunca menos de 4 veces por año.</p> <p>Las reuniones extraordinarias se convocan por parte del director del hospital, por su iniciativa o por la de otros miembros del CC. Las reuniones ordinarias de la Comisión serán convocadas por el Presidente (Representante de la dirección) con al menos 96 horas de antelación, mediante comunicación personalizada a todos sus componentes, en la que se especificará el orden del día y se remitirá la pertinente documentación.</p> <p>Las reuniones extraordinarias serán convocadas por el Director del Hospital con una antelación mínima de 48 horas; en ellas se tratará un único tema.</p> <p>La frecuencia de las reuniones ordinarias será de, al menos una por trimestre.</p> <p>La iniciativa de convocatoria podrá ser por parte del</p>

	<b>PROCEDIMIENTO PARA CONSTITUIR EL COMITÉ DE CALIDAD</b>	Código: CP.5.5.2.01
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1 Página 4 de 10

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
		<p>Presidente, por un tercio de los miembros de la misma o por solicitud de la dirección.</p> <p>El Secretario de la comisión levantará un acta de cada reunión, a la que anexará los documentos utilizados o generados en la misma. Mientras dure su cargo, el Secretario deberá hacer públicas las actas y custodiarlas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunión para la revisión por la Dirección</li> </ul> <p>La revisión por la Dirección, generalmente es la consecuencia de la reunión del CC del último trimestre, pero pudiera ser variada según sea conveniente, siempre que se respete una periodicidad mínima anual. Ver procedimiento de revisión del SGC por la Dirección.</p>
Comité de Calidad	3	<p>Convocar formalmente para la reunión técnica a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrantes del Comité de Calidad.</li> <li>• Personal técnico que considere conveniente.</li> </ul> <p>En la convocatoria se especifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La agenda de la reunión que como mínimo debe contener <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Punteo de Antecedentes</li> <li>○ El propósito de la reunión</li> <li>○ Referencia de la documentación que sirva de apoyo.</li> <li>○ Fecha y hora de la reunión.</li> </ul> </li> </ul> <p>Ver registro de convocatoria de reuniones.</p>
Comité de Calidad	4	<p>Los miembros del comité de calidad, revisan la documentación recabada por la UOC.</p>
Comité de Calidad	5	<p>Los miembros del comité deberán elaborar acta de la reunión con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de los participantes con roles y firmas.</li> </ul>



	<b>PROCEDIMIENTO PARA CONSTITUIR EL COMITÉ DE CALIDAD</b>	Código: CP.5.5.2.01
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1 Página 5 de 10

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la reunión con código correlativo y fecha.</li> <li>• Agenda de la reunión</li> </ul>
Comité de Calidad	6	Hacer el cierre de la reunión y se redactan los acuerdos.



## PROCEDIMIENTO PARA CONSTITUIR EL COMITÉ DE CALIDAD

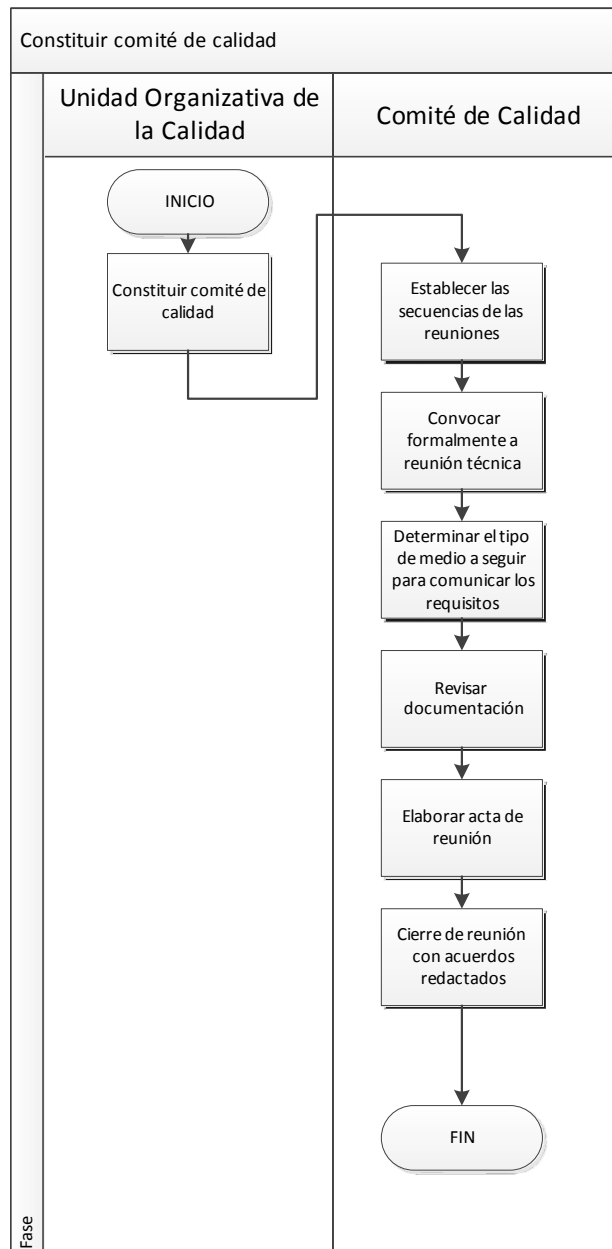
Código:  
CP.5.5.2.01


DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD

Versión: 1

Página 6 de 10

### 14 Diagrama de Flujo




	<b>PROCEDIMIENTO PARA CONSTITUIR EL COMITÉ DE CALIDAD</b>	Código: CP.5.5.2.01
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1 Página 7 de 10

## 15 Control de cambios:

N° Revisión	Fecha Revisión	Apartados modificados	Elaborado	Aprobado

## Responsabilidades del Comité de Calidad:


- a) Analizar la evolución de las No Conformidades y Reclamos.
- b) Analizar las Sugerencias recibidas.
- c) Analizar la eficacia de las Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.
- d) Definir y proponer la política y los objetivos de la calidad del SGC, que se plasmará posteriormente en la Planificación Estratégica.
- e) Observar la evolución de los objetivos y tomar acciones correctivas en el caso de que la evolución sea no satisfactoria.
- f) Aprobar los Planes de la Calidad que fuesen necesarios realizar.
- g) Evaluar los planes de formación en calidad y gestión de la Dirección.
- h) Definir, evaluar y revisar las estructuras básicas de apoyo (organigrama de responsabilidades) que servirán como punto partida para su desarrollo.
- i) Promover la formación de sus miembros y de los diferentes grupos de interés en materia de evaluación y calidad, y de forma específica, en el diseño de Sistemas de Garantía Interna de Calidad.

	<b>PROCEDIMIENTO PARA CONSTITUIR EL COMITÉ DE CALIDAD</b>	Código: CP.5.5.2.01
	<b>DIRECCION  UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1 Página 8 de 10


- j) Identificar y solicitar la información relevante para el proceso. Contará para ello con el apoyo de los servicios correspondientes del Hospital.
- k) Favorecer la participación de la comunidad universitaria en los procesos de recogida de información.
- l) Definir los medios utilizados para involucrar al personal y transmitir los objetivos y aspectos básicos del Sistema (difusión pública).
- m) Definir, evaluar y revisar todos los procedimientos incluidos en el Sistema de Garantía de Calidad.
- n) Reunir la información y analizar los datos que se generen del desarrollo de los diferentes procedimientos que se recogen en el Sistema de Garantía de Calidad del Título.
- o) Realizar un Informe Anual a partir del análisis los datos de los diferentes procedimientos, proponiendo a su vez las acciones de mejora que considere necesarias.
- p) Contribuir a la renovación de la acreditación del título.
- q) Todas aquellas funciones o cometidos que la Dirección atribuya al comité, dentro del ámbito de su competencia.

## **Responsabilidades de la Unidad Organizativa de la Calidad**

- a) Velar por una atención de salud segura, oportuna y efectiva a nuestros usuarios, mediante la aplicación del mejoramiento continuo de la calidad de los procesos asistenciales, de apoyo clínico y administrativos centrada en el usuario externo.
- b) Orientar la conformación de los Comités que formaran parte de la Unidad Organizativa de la Calidad y aportar elementos técnicos en su dinámica de funcionamiento, participar directa e indirectamente de sus sesiones de trabajo y mantener líneas de coordinación expeditas y activas de manera permanente.

	<b>PROCEDIMIENTO PARA CONSTITUIR EL COMITÉ DE CALIDAD</b>	Código: CP.5.5.2.01
	<b>DIRECCION  UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1 Página 9 de 10

- c) Manejo gerencial de los comités a través de la elaboración de planes de mejora, documentos y actividades que contribuyan a implementar el sistema de gestión de calidad.
- d) Trabajar en conjunto con todos los comités involucrados en el logro de las metas, de las actividades, de las Estrategias de Calidad contenidas en la Política correspondiente.
- e) Promover y colaborar en la confección de instructivos, protocolos, normas, manuales, guías clínicas, consentimientos informados y otros documentos que pudiesen ser necesarios para la sistematización monitoreo y evaluación del trabajo a realizar por la UOC y los comités.
- f) Identificar los tipos de documentación requerida para el funcionamiento administrativo tanto de la UOC como de los comités que la conforman y colaborar en propuesta de formato estándar para cada una de ellas.
- g) Construir el Plan Anual de Actividades de la Planificación Estratégica en lo que se refiere a Calidad, con el fin de darle coherencia con el trabajo emprendido en la Unidad Organizativa de la Calidad y responder de manera oportuna a las exigencias de cumplimiento de dicho Plan.
- h) Orientar el trabajo conjunto con los comités de apoyo a la UOC hacia la priorización, elaboración, aplicación, desarrollo y evaluación de programas de intervención de las áreas en la que se detecten brechas para el logro de la atención de Calidad de los Prestadores Institucionales.
- i) Contribuir a mejorar la competencia y excelencia técnica en la atención de salud, al disminuir la variabilidad de los procesos asistenciales, a través de la aplicación de los

	<b>PROCEDIMIENTO PARA CONSTITUIR EL COMITÉ DE CALIDAD</b>	Código: CP.5.5.2.01
	<b>DIRECCION  UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1 Página 10 de 10

estándares para la medición de la calidad aplicada en los procesos clínicos, de apoyo, administrativos y de los insumos y equipamientos.

- j) Proponer y poner en marcha un Plan de Difusión de la Calidad a través del uso y potenciación de herramientas existentes tales como el Boletín Informativo elaborado por la Unidad de Comunicaciones, la página WEB del establecimiento y otros, además de elaborar nuevos instrumentos de difusión de acuerdo a la realidad.
  
- k) Promover la toma de conciencia del cumplimiento de los requisitos de los servicios brindados al paciente.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÛELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE CONSTITUCION DEL COMITÉ DE CALIDAD (FORMATO)</b></p>		
<p><b>Código: FO.5.5.2.01</b></p>	<p><b>Versión: 1</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/13</b></p>	<p><b>Página: 1 de 2</b></p>

<p><b>REGISTRO DE CONSTITUCION DE COMITÉ DE CALIDAD</b></p>
<p><b>Código del Registro:</b></p>

### Contenido

1. COMITÉ DE CALIDAD	2
2. OBSERVACIONES	2
3. ANEXOS	2

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración.</p> <p>Rol: Comités de Calidad, etc.</p> <p>Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión.</p> <p>Rol: Comités</p> <p>Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes</p> <p>Cargo: Director, jefe, etc</p>

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>REGISTRO DE CONSTITUCION DEL          COMITÉ DE CALIDAD          (FORMATO)</b>		
<b>Código: FO.5.5.2.01</b>		<b>Versión: 1</b>	<b>Fecha de emisión:          31/03/13</b>	<b>Página: 2 de 2</b>

### 1. COMITÉ DE CALIDAD

Cargo	Apellidos	Nombres	Teléfono	E-mail	Alta	Baja
Presidente/ Representante de Dirección						
Vicepresidente						
Administradora						
Secretario						
Vocal 1						
Vocal 2						
Representante de Calidad						

La permanencia de los miembros la decidirá la propia Unidad Organizativa de la Calidad, siempre y cuando no pierdan la condición por la cual fueron elegidos, momento en el que causarán baja de forma automática.

En el proceso de renovación se procurará que los cambios garanticen la continuidad de las tareas.

Líderes de Procesos

Cargo	Apellidos	Nombres	Teléfono	E-mail	Alta	Baja

### 2. OBSERVACIONES

Observaciones particulares que se deban especificar.

### 3. ANEXOS

Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.





<b>CÓDIGO : CP.5.5.3.01</b>	<b>VERSIÓN: 1</b>	<b>FECHA:31/03/13</b>
-----------------------------	-------------------	-----------------------

## PROCEDIMIENTO PARA COMUNICAR LOS REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

**1 Unidad ejecutante:** Comunicaciones

**2 Objetivo:** Dar a conocer los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad según la competencia de cada miembro del hospital.

**3 Alcance:** La unidad de comunicaciones será la encargada de ejecutarlo en las distintas unidades involucradas según cada miembro del hospital.

**4 Definiciones:**

**Requisitos del Cliente:** necesidad documentada sobre el contenido, forma o funcionalidad del servicio que se brinda en el hospital.

**5 Requisitos Previos:**

5.1 Procedimiento de determinación de los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad.

**6 Criterios de aceptación:**

6.1 Unidad de Comunicación ejecute las actividades de acuerdo al procedimiento.

**7 Control de documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Procedimiento de determinación de requisitos del SGC.

**8 Control de documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:



<b>GESTION DE PLANIFICACION</b>	Código: CP.5.5.3.01
	Versión: 1
	Página 2 de 4


### 9 Control de Indicadores:

Código	Nombre
	% de Transmisión de requisitos

### 10 Control de registros:


Código	Nombre	Almacenamiento temporal / final			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
CP.5.5.1.02 FO.5.5.1.01	"Actualización del Manual de Organización-Funciones"	Jefe de Planificación	Físico/electrónico	Unidad de Planificación /Archivo X, dirección web Z, etc.	3 años

### 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Técnico de Comunicaciones	Personal con formación específica
Papelería	Papel, poster, etc.	Registro formalizados por la unidad de estadísticas

### 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Enfermería	Unidad de Enfermería

	<b>GESTION DE PLANIFICACION</b>	Código: CP.5.5.3.01
	<b>PROCEDIMIENTO PARA COMUNICAR LOS REQUISITOS DEL SGC</b>	Versión: 1
		Página 3 de 4

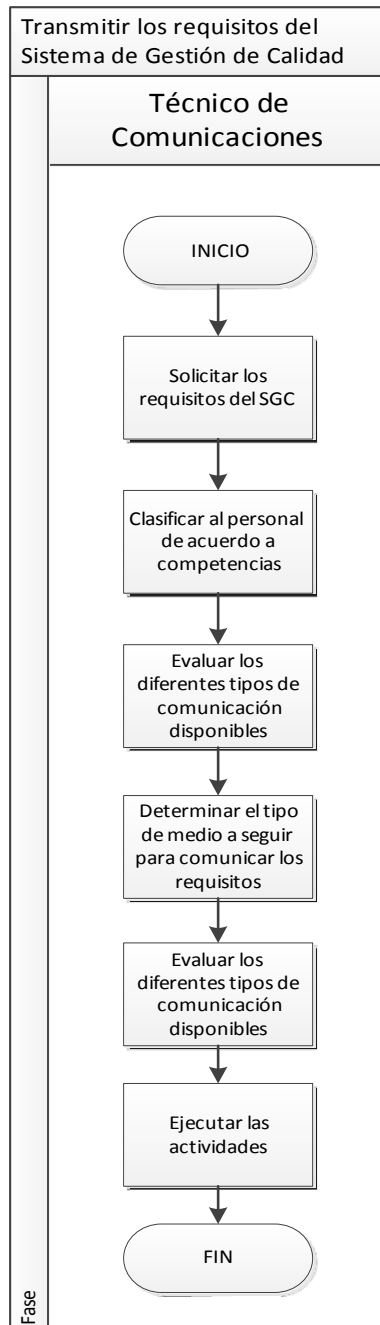
### 13 Descripción


<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Técnico de comunicaciones	1.	Solicitar los requisitos del SGC al representante de la calidad
Técnico de comunicaciones	2.	Reunirse todos los miembros de la unidad de comunicaciones para comunicar los requisitos del SGC de acuerdo a la competencia de cada miembro del hospital
Técnico de comunicaciones	3.	Clasificar de acuerdo a la competencia de cada miembro del hospital de acuerdo a los siguiente: -Enfermeras. -Doctores. - Personal de Laboratorio. -Personal de Farmacia. -Recepción. -Limpieza. -Lavandería.
Técnico de comunicaciones	4.	Evaluar los diferentes tipos de comunicación disponibles para comunicar los requisitos del SGC: -Poster- banner en cada unidad como recordatorio de los requisitos que debe de cumplir. -Capacitaciones dependiendo del personal. - Memorándums. -Reuniones Mensuales.
Técnico de comunicaciones	5.	Determinar para cada miembro del hospital el tipo de medio a seguir para comunicar los requisitos del SGC, así como la programación a seguir.
Técnico de comunicaciones	6.	Ejecutar actividades en el tiempo y con las características seleccionadas.



<b>GESTION DE PLANIFICACION</b>	Código: CP.5.5.3.01
	Versión: 1
	Página 4 de 4

## 14 Diagrama de flujo



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>FORMATO DE MEMORANDUM</b></p>		
<p>Código: FO.5.5.3.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 1 de 1</p>

**MEMORANDUM**

San Salvador, xx de xx de 2013.  
Hospital Nacional de Maternidad

**Para:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Nombre                      Cargo

**De:**

**Asunto:**

La \_\_\_\_\_ llevará a cabo una reunión con carácter urgente el día xx de xx del corriente. En la reunión se discutirán los temas referentes a la \_\_\_\_\_.

Es sumamente importante contar con la participación suya.

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Cargo

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>FORMATO DE CIRCULAR</b></p>		
<p><b>Código:</b> FO.5.5.3.02</p>	<p><b>Versión:</b> 1.0</p>	<p><b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013</p>	<p><b>Página:</b> 1 de 1</p>

San Salvador, xx de xxxx de 2014.

**AL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE XXXXXXXXXXXXX**

A fin de adoptar las medidas conducentes para preservar la seguridad interna, comunico a ustedes que a partir de esta fecha, los integrantes de ese Departamento deberán verificar que todos los empleados sin excepción porten su gafete de identificación al entrar y salir de las instalaciones, así como durante su permanencia dentro de las oficinas y demás áreas del hospital. También es obligación de todas las personas que ingresen al edificio, mostrar el contenido de sus bolsas de mano, portafolios, maletas, etc. y en su caso las cajuelas e interiores de sus vehículos. Cualquier irregularidad que atente contra las normas de seguridad, reportarla inmediatamente al Encargado de Seguridad.

Atentamente

---



**CÓDIGO : CP.5.6.1.01**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31/03/2013**

**PROCEDIMIENTO PARA LA REVISION POR LA DIRECCION**

- 1 Unidad Administrativa:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 Objetivo:** Establecer un marco común de actuación para revisar el sistema de gestión de calidad con sus diferentes componentes, para asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia y la mejora continua del mismo.
- 3 Alcance:** El alcance de este procedimiento se extiende a los servicios, procesos y apartados del sistema de gestión de calidad.
- 4 Definiciones:**
  - 4.1 Revisión: Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia del tema objeto de revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.
  - 4.2 Requisito: Necesidad o expectativa generalmente implícita u obligatoria.
  - 4.3 Registros: Documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos.
  - 4.4 UOC: Unidad Organizativa de la Calidad.
- 5 Requisitos Previos:**
  - 5.1 Se debe contar con los registros de los resultados de las auditorias.
  - 5.2 Se debe contar con los registros de los indicadores del SGC
  - 5.3 Se debe contar con los registros de los indicadores de seguimiento de los procesos.
  - 5.4 Se debe contar con los registros del seguimiento a los requisitos de los servicios.
  - 5.5 Se debe contar con los registros de las acciones correctivas y preventivas implementadas.
  - 5.6 Se debe contar con los registros de las revisiones anteriores por la Dirección.
- 6 Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Registro de revisión por la Dirección del SGC.

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres

**7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre

**8 Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

**9 Indicadores:**

Código	Nombre
	Índice de participación por convocatoria

**10 Registros:**

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
	Registro de revisión por la dirección	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años

**11 Recursos:**


Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Representante de la Unidad Organizativa de la calidad.	Debe conocer el proceso de diseño de nuevos servicios establecidos en el SGC.
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	

**12 Unidades de soporte**

Ninguna

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres




	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA REVISION POR LA DIRECCION</b>	Código: <b>CP.5.6.1.01</b>
	<b>DIRECCION</b> <b>UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 3 de 7

### 13 Descripción


RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Unidad Organizativa de la Calidad	1	Preparar la información de entrada para la revisión con los siguientes documentos y elaborar un resumen ejecutivo de los mismos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registros de los resultados de las auditorias.</li> <li>• Registros de la medición de la satisfacción del cliente.</li> <li>• Registros de los indicadores del SGC.</li> <li>• Registros de los indicadores de seguimiento de los procesos.</li> <li>• Registros del seguimiento a los requisitos de los servicios.</li> <li>• Registros de las acciones correctivas y preventivas implementadas.</li> <li>• Registros de las revisiones anteriores por la Dirección (en el resumen ejecutivo hacer énfasis en las decisiones y acciones cumplidas y las que no se han implementado).</li> </ul>
Unidad Organizativa de la Calidad	2	Convocar formalmente a los responsables para la revisión por la Dirección del sistema de gestión de calidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Director</li> <li>• Subdirector</li> <li>• Jefe de la UOC</li> <li>• Personal técnico adicional que se considere conveniente tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jefe de la División medica</li> <li>○ Jefe de la División Administrativa</li> <li>○ Integrantes del Comité de Calidad u otros comités.</li> <li>○ Jefes y Subjefes de las unidades médicas.</li> <li>○ Personal de enfermería.</li> </ul> </li> </ul>
Unidad Organizativa de la Calidad	3	Distribuir a todo el equipo que participara en la revisión del sistema de gestión, los resúmenes ejecutivos de los documentos mencionados en el paso 1 y los registros de los mismos.

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres

	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA REVISION POR LA DIRECCION</b>	Código: <b>CP.5.6.1.01</b>
	<b>DIRECCION</b>	Versión: 1
	<b>UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Página 4 de 7

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Dirección	4	La Dirección y los participantes en la revisión del sistema deberán revisar los resúmenes ejecutivos y los registros establecidos como documentos de entrada.
Dirección	5	La Dirección y los responsables de la revisión del sistema de gestión de calidad deberán elaborar acta de la reunión con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de los participantes con roles y firmas.</li> </ul>
Dirección	6	<p>Los participantes a la convocatoria en base a la información de entrada establecida para la revisión del SGC deberán establecer las observaciones más relevantes relacionadas con los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS DEL SGC (según los registros de las auditorías realizadas)</li> <li>✓ RESULTADOS DE LA MEDICION DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE (según los registros de las mediciones realizadas).</li> <li>✓ DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD (según los registros de los indicadores del SGC)</li> <li>✓ RENDIMIENTOS DE LOS PROCESOS (según los registros de los indicadores de los procesos)</li> <li>✓ RENDIMIENTOS DE LOS SERVICIOS (según los registros del seguimiento al cumplimiento de los requisitos del servicio).</li> <li>✓ ACCIONES CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS (según los registros de las acciones correctivas)</li> <li>✓ ACCIONES PREVENTIVAS IMPLEMENTADAS (según los registros de las acciones preventivas)</li> <li>✓ ESTADO DE LAS REVISIONES ANTERIORES (según los registros)</li> <li>✓ CAMBIOS QUE AFECTEN EL SGC</li> </ul> <p>Nota: En caso de que no aplique alguno de los aspectos anteriores</p>

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres

	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA REVISION POR LA DIRECCION</b>	Código: <b>CP.5.6.1.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1 Página 5 de 7

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
		o sea necesario agregar algún aspecto adicional deberá ser acordado por los participantes a la convocatoria y se deberá establecer en el alcance de la revisión.
Dirección	7	Establecer los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ANÁLISIS FODA: en base a la información presentada y a las observaciones más relevantes a la misma elaborar un FODA donde se indiquen las oportunidades de mejora para los diferentes elementos del SGC.</li> <li>✓ ACCIONES Y DECISIONES: Concretizar las acciones, compromisos, cambios que se deben implementar con su respectiva fecha y responsable de ejecución que conlleven a mejorar los servicios, procesos y el sistema para alcanzar los objetivos de calidad y del Hospital.</li> <li>✓ CONCLUSIONES: Entre las conclusiones de debe establecer la fecha para la siguiente revisión.</li> </ul> Hacer cierre de la reunión.
Unidad Organizativa de la Calidad	8	Elaborar el Registro de revisión del por la dirección (según el formato definido) donde se plasme el resultado de la ejecución del presente procedimiento.
Unidad Organizativa de la Calidad	9	Distribuir el registro de la revisión del diseño del servicio a los miembros del Comité de Calidad y los participantes que apoyaron en su elaboración.
Unidad Organizativa de la Calidad	10	Colocar el registro de la revisión por la Dirección en el repositorio de documentos del SGC.  Fin del procedimiento.

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres



**PROCEDIMIENTO PARA LA REVISION POR LA DIRECCION**

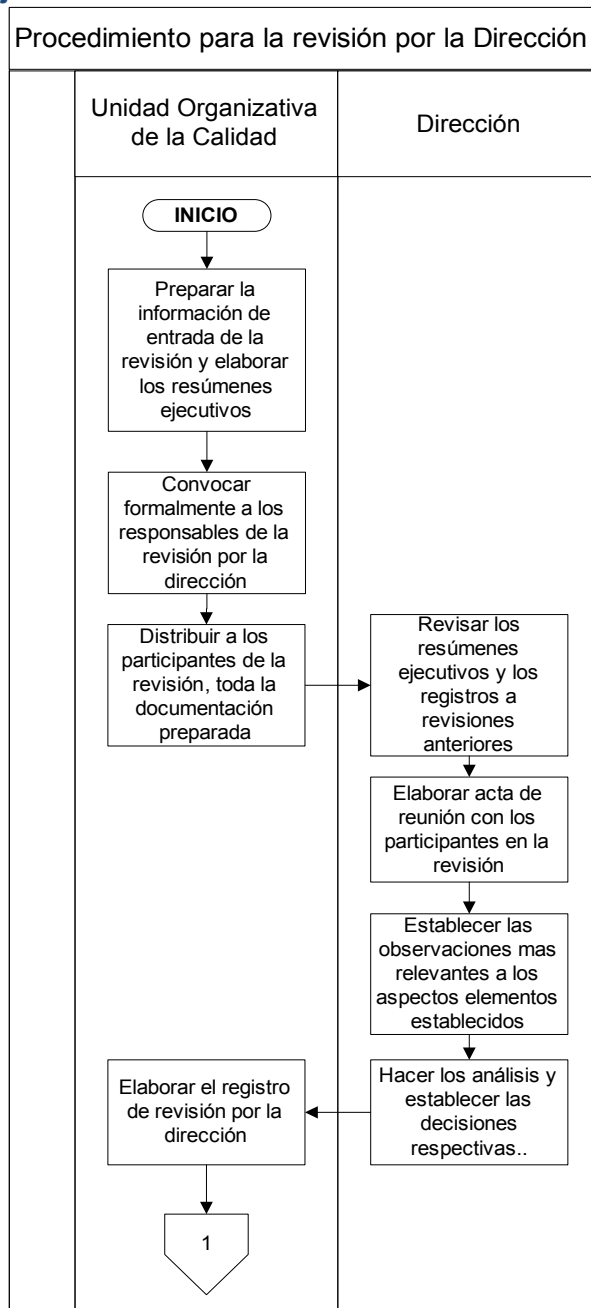
Código:  
**CP.5.6.1.01**

**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 6 de 7

**14 Diagrama de Flujo**





**PROCEDIMIENTO PARA LA REVISION POR LA DIRECCION**

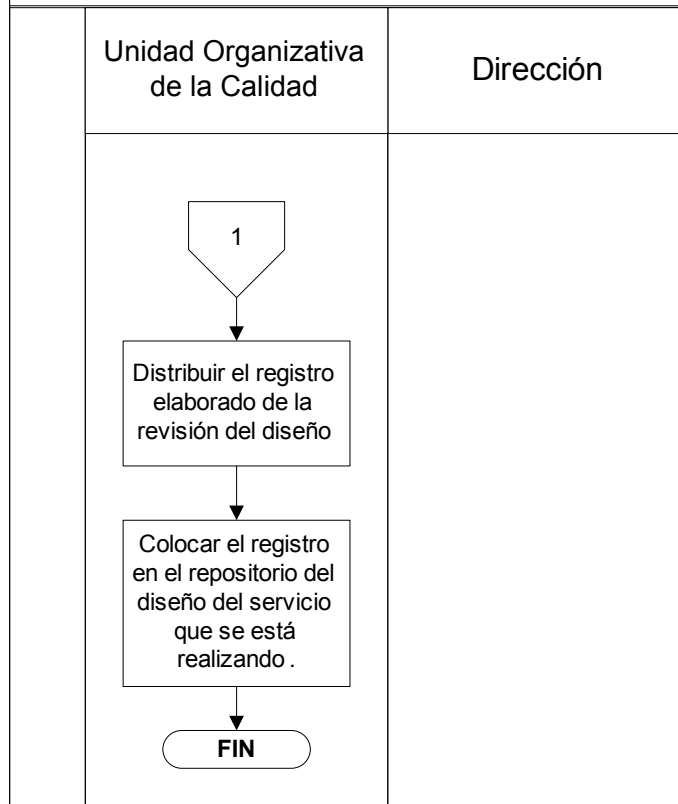
Código:  
**CP.5.6.1.01**

**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1


Página 7 de 7

Procedimiento para la revisión por la Dirección



**15 Control de cambios:**

N° Revisión	Fecha Revisión	Apartados modificados	Elaborado	Aprobado


<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE REVISION POR LA DIRECCION (FORMATO)</b></p>		
<p><b>Código: FO.5.6.3.01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 1.0</p>	<p><b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013</p>	<p><b>Página:</b> 1 de 3</p>

<p><b>Denominación del Registro</b></p> <p>Ingrese en este campo la denominación registro en texto claro usando la terminología a que haya lugar. Este debe corresponder al término estandarizado.</p>
<p><b>Código del Registro:</b></p> <p>Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad.</p>

**Contenido**

1. REGISTRO DE ASISTENCIA	2
2. RESULTADOS DE LA REVISION	2
3. ACUERDOS Y COMPROMISOS	3
4. OBSERVACIONES	3
5. ANEXOS	3

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes Cargo: Director, jefe, etc</p>

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE REVISION POR LA DIRECCION (FORMATO)</b></p>		
<p><b>Código: FO.5.6.3.01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 1.0</p>	<p><b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013</p>	<p><b>Página:</b> 2 de 3</p>

## 1. PARTICIPANTES DE LA REVISION

- Se indica las fechas en que fue revisado el SGC.
- PARTICIPANTES – CARGO, ROL, etc.


## 2. ALCANCE DE LA REVISION

Se establecen los puntos que se revisaron, en caso de que se haya priorizado algunos temas, deberá indicarse.

## 2. RESULTADOS DE LA REVISION

Se registrar las observaciones a los siguientes elementos:

- RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS DEL SGC (según los registros de las auditorías realizadas)
- RESULTADOS DE LA MEDICION DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE (según los registros de las mediciones realizadas).
- DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD (según los registros de los indicadores del SGC)
- RENDIMIENTOS DE LOS PROCESOS (según los registros de los indicadores de los procesos)
- RENDIMIENTOS DE LOS SERVICIOS (según los registros del seguimiento al cumplimiento de los requisitos del servicio).
- ACCIONES CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS (según los registros de las acciones correctivas)
- ACCIONES PREVENTIVAS IMPLEMENTADAS (según los registros de las acciones preventivas)
- ESTADO DE LAS REVISIONES ANTERIORES (según los registros)
- CAMBIOS QUE AFECTEN EL SGC

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE REVISION POR LA DIRECCION (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.5.6.3.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 3 de 3</p>

### 3. ANALISIS FODA

Establecer las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas encontradas luego de establecer los resultados de la revisión.

### 4. ACCIONES Y DECISIONES

Se deben identificar los acuerdos, acciones o decisiones que surgen de la revisión con su respectivo responsable y fecha de cumplimiento. Con el propósito de proporcionar cambios beneficiosos en los servicios, procesos y el sistema de gestión.

Acuerdos/Compromisos/Acciones	Responsable	Fecha de realización

### 4. CONCLUSIONES

Conclusiones luego de la revisión, se debe establecer además la fecha próxima de la revisión al sistema de gestión de calidad.

### 5. ANEXOS

Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario a la revisión realizada.



### 3 Documentos del Apartado 6: Gestión de Recursos

Apartado	TIPO	CODIGO	NOMBRE	Referencia
6.2.2	Formato	FO.6.2.2.01	Formato de lista de asistencia	827
6.2.2	Formato	FO.6.2.2.02	Formato de solicitud de necesidad de capacitación	828
6.2.3	Formato	FO.6.2.2.03	Fichas de detección de las necesidades de Capacitación	829
6.3.0	Procedimiento	CP.6.3.0.01	Procedimiento para determinar la infraestructura requerida para los procesos	831
6.3.0	Procedimiento	CP.6.3.0.02	Procedimiento para establecer el mantenimiento requerido de la infraestructura de los procesos	838
6.3.0	Formato	FO.6.3.0.01	Formato de Especificación de la infraestructura requerida para el proceso	846
6.3.0	Formato	FO.6.3.0.02	Formato de Plan de mantenimiento para la infraestructura del proceso	849
6.3.0	Formato	FO.6.3.0.03	Formato del Registro del mantenimiento a la infraestructura del proceso	853
6.3.0	Formato	FO.6.3.0.04	Formato de Plan de contingencia para la infraestructura del proceso	856
6.4.0	Procedimiento	CP.6.4.0.01	Procedimiento para establecer y mantener el ambiente de trabajo del los procesos	860
6.4.0	Formato	FO.6.4.0.01	Formato de Plan de mantenimiento del ambiente de trabajo del proceso	868
6.4.0	Formato	FO.6.4.0.02	Formato del Registro del mantenimiento al ambiente de trabajo	872



**LISTA DE ASISTENCIA  
(FORMATO)**

Código: FO.6.2.2.01

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 1 de 1

Correlativo:

Lugar:

Fecha:

Temas:

Nombre del Facilitador:

**ASISTENTES**

Nombres y Apellidos	No. doc. de identidad	Teléfono	Correo Electrónico	Firma

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO  
DE MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN



## SOLICITUD DE NECESIDAD DE CAPACITACIÓN (FORMATO)

Código: FO.6.2.2.02

Versión:  
1.0


Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 1 de 1

FECHA: DD MM AA

IDENTIFICACION DEL CARGO			
Nivel:			
Denominación del empleo:			
Código:			
Grado:			
Nro de cargos:			
Dependencia:			
Cargo del jefe inmediato:			
INFORMACION DE LA CAPACITACION			
Nombre:		Fecha:	
Tema:		Intensidad horaria:	
Lugar:		Valor:	
JUSTIFICACION DE LA CAPACITACION			

SOLICITADO POR	V.B JEFE INMEDIATO	APROBADO POR

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>FORMATO DE DETECCIÓN DE          NECESIDADES</b>		
<b>Código: FO.6.2.2.03</b>	<b>Versión: 1.0</b>	<b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b>	<b>Página: 1 de 2</b>

DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN ES IMPORTANTE QUE LEA LAS INSTRUCCIONES ANTES DE ESCRIBIR, DEDIQUE UNOS MINUTOS DE SU TIEMPO PARA CONTESTAR ESTE CUESTIONARIO, SUS RESPUESTAS SON MUY IMPORTANTES PARA PODER CONOCER CUALES SON SUS NECESIDADES DE CAPACITACIÓN PARA EL PUESTO QUE DESEMPEÑA.

FECHA	/	/
-------	---	---

Datos de Identificación de la Dependencia:

NOMBRE:
---------

JEFE INMEDIATO:
-----------------

Datos de la/el Servidor Público:

Nombre:	Sexo		Nombre del Puesto:
	F	M	
Nombre del Servicio:			# de Sub Alternos:
# de Empleado:	Tipo de Plaza:	Antigüedad en el Puesto:	

Información Complementaria:

Mencione quien es el usuario/a a quien usted proporciona el Servicio:
---

Menciones los proyectos de su dependencia:
--



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

## FORMATO DE DETECCIÓN DE NECEDIDADES

Código: FO.6.2.2.03

Versión: 1.0

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 2 de 2

CON BASE EN LA DESCRIPCIÓN DEL PUESTO QUE DESEMPEÑA, LE SOLICITO RESPONDA A LO SIGUIENTE, TOME EN CUENTA LOS PUNTOS, QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN:

1. Si desconoce la Descripción de su Puesto, consulte el Manual de Organización de su Dirección de adscripción.
2. Si es personal de apoyo, de confianza tome en cuenta las actividades o funciones que realiza.
3. Entiéndase como competencia: al conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que le permiten realizar exitosamente su trabajo.
4. Entiéndase competencia institucional, el conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que se requiere para el cumplimiento de los objetivos del Plan Estatal de Desarrollo.
5. Las competencias especializadas son aquellas que requiere el personal, que sean específicas de la Dependencia a la que pertenece.

1. Escriba las cinco competencias más importantes de su puesto	2. De las competencias que escribió, marque con una (X), en una escala de 5 a 10 en qué grado Usted es competente.	3. Escriba otras competencias institucionales y especializadas, que si las adquiriese o las profundizara, le ayudaría a desempeñarse exitosamente.
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
<b>Información proporcionada exclusivamente por la/el Jefe inmediato</b>	5. Marque con una (X) la prioridad en que requiere capacitarse su colaborador (a).	6. Escriba otras competencias institucionales y/o especializadas que requiere su colaborador (a).
4. De acuerdo con la información anterior, escriba que tipo de capacitación requiere el colaborador/a bajo su mando para su óptimo desempeño laboral.		
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		



**CÓDIGO : CP.6.3.0.01**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31/03/2013**

**PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR LA INFRAESTRUCTURA REQUERIDA PARA LOS PROCESOS**

- 1 Unidad Administrativa:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 Objetivo:** Establecer un marco común de actuación para identificar y definir los la infraestructura requerida para realizar los procesos y proporcionar los servicios relacionados; según las normativas clínicas, legales, institucionales o gubernamentales aplicables.
- 3 Alcance:** El alcance de este procedimiento se extiende a los servicios proporcionados por los procesos:
  - Proceso de Atención del Parto y Postparto
  - Proceso de Atención del Recién Nacido
- 4 Definiciones:**
  - 4.1 Especificaciones: Documento donde se establecen los requisitos.
  - 4.2 Infraestructura: sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una organización.
  - 4.3 Requisito: Necesidad o expectativa generalmente implícita u obligatoria.
  - 4.4 Registros: Documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos.
  - 4.5 UOC: Unidad Organizativa de la Calidad.
- 5 Requisitos Previos:**
  - 5.1 Caracterización de los procesos y procedimientos claves
  - 5.2 Especificación de los servicios debidamente elaborados
- 6 Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Especificación de la infraestructura requerida del proceso.
- 7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Plan quinquenal de desarrollo 2010 - 2014 del hospital de Maternidad.
	Manuales de funciones de las unidades involucradas con los procesos.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres

## 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Código de Salud			
Política Nacional de Salud 2009-2014 "Construyendo la Esperanza"			
Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIIS			
Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

## 9 Indicadores:

Código	Nombre

## 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
	Especificación de la infraestructura requerida por el proceso	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años


## 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Representante de la Unidad Organizativa de la calidad.	Debe conocer el SGC.
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	

## 12 Unidades de soporte

Ninguna


Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres

	<b>PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR LA INFRAESTRUCTURA REQUERIDA PARA LOS PROCESOS</b>	Código: <b>CP.6.3.0.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 3 de 7


### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Unidad Organizativa de la Calidad	1	Identificar el proceso y los servicios asociados, al cual se le determinará la infraestructura requerida.  Verificar que para el proceso seleccionado se cuente con la caracterización del proceso y sus procedimientos y con las especificaciones elaboradas de los servicios que produce.
Unidad Organizativa de la Calidad	2	Especificar y reunir la documentación de apoyo, normativas internas, protocolos, guías clínicas, normas de atención y lineamientos técnicos relacionados con el proceso.
Unidad Organizativa de la Calidad	3	Convocar formalmente para la reunión técnica a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrantes del Comité de Calidad.</li> <li>• Jefes y Subjefes de las unidades médicas que participen en la prestación del servicio especificado.</li> <li>• Personal técnico que considere conveniente.</li> </ul> En la convocatoria se especifica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La agenda de la reunión que como mínimo debe contener <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Punteo de Antecedentes</li> <li>○ El propósito de la reunión</li> <li>○ Referencia de la documentación que sirva de apoyo.</li> <li>○ Fecha y hora de la reunión.</li> </ul> </li> </ul>
Comité de Calidad	4	Los miembros del comité de calidad, jefes y subjefes de las unidades involucradas revisan la documentación recabada por la UOC.
Comité de Calidad	5	Los miembros del comité, jefes, subjefes y personal técnico considerado en la convocatoria deberán elaborar acta de la reunión con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de los participantes con roles y firmas.</li> <li>• Identificar la reunión con código correlativo y fecha.</li> <li>• Agenda de la reunión</li> </ul>



	<b>PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR LA INFRAESTRUCTURA REQUERIDA PARA LOS PROCESOS</b>	Código: <b>CP.6.3.0.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 4 de 7

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Comité de Calidad	6	<p>Los participantes a la convocatoria en base a la caracterización del proceso y sus especificaciones del servicio, deberán determinar la infraestructura necesaria de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar para las actividades relevantes del proceso (según la caracterización del mismo) la infraestructura requerida. Y</li> <li>• Determinar para los requisitos de los servicios (de dicho proceso) establecidos en la respectiva especificación, la infraestructura e instalaciones necesarias para satisfacer dichos requisitos.</li> </ul> <p>En caso de que la infraestructura se encuentre identificada en la especificación del servicio o en la caracterización del proceso, retomar lo que ya se tiene definido en dichos documentos técnicos.</p> <p>Los elementos de la infraestructura que se deben determinar para los puntos anteriores pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Área de Trabajo o Zonas con su respectiva tipología, particularidades y/o acondicionamiento.</li> <li>○ Ingeniería Hospitalaria, es decir, sistemas específicos (tipo de iluminación, oxígeno, aire comprimido, aire acondicionado, accesos, conexiones eléctricas, etc).</li> <li>○ Equipos biomédicos requeridos.</li> <li>○ Servicios de apoyo requeridos (existentes o nuevos).</li> </ul> <p>Nota1: No se deben repetir la infraestructura requerida para las actividades de los procesos y los requisitos del servicio. En caso de que coincidan dejarlo del lado del proceso.</p> <p>Nota2: En caso de que sea necesario agregar algún aspecto adicional deberá ser acordado por los participantes a la</p>

	<b>PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR LA INFRAESTRUCTURA REQUERIDA PARA LOS PROCESOS</b>	<b>Código: CP.6.3.0.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	<b>Versión: 1</b>
		<b>Página 5 de 7</b>

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
		convocatoria.
Comité de Calidad	7	Hacer el cierre de la reunión y se redactar los acuerdos.  Si el comité junto a los participantes considera que se ha determinado totalmente la infraestructura requerida para el proceso continuar con el paso 8, caso contrario volver a paso 3.
Unidad Organizativa de la Calidad	8	Elaborar el documento de la especificación de la infraestructura requerida para el proceso según el formato especificado, donde se plasme el resultado de la ejecución del presente procedimiento.  En anexos de la especificación deberá colocarse listado de las reuniones en las que se elaboró con la fecha, participantes en las mismas.
Unidad Organizativa de la Calidad	9	Distribuir la especificación de la infraestructura requerida para el proceso a los miembros del Comité de Calidad y los participantes que apoyaron en su elaboración.  En caso de que surjan observaciones deberá considerarse convocar a otra reunión para superarlas.
Unidad Organizativa de la Calidad	10	Recabar firmas de los miembros del comité de calidad y los demás participantes que respaldan la especificación técnica.
Unidad Organizativa de la Calidad	11	Colocar la especificación de la infraestructura en el repositorio de documentos del Sistema de Gestión de Calidad y actualizar el inventario de documentos.  Fin del procedimiento.



**PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR LA INFRAESTRUCTURA REQUERIDA PARA LOS PROCESOS**

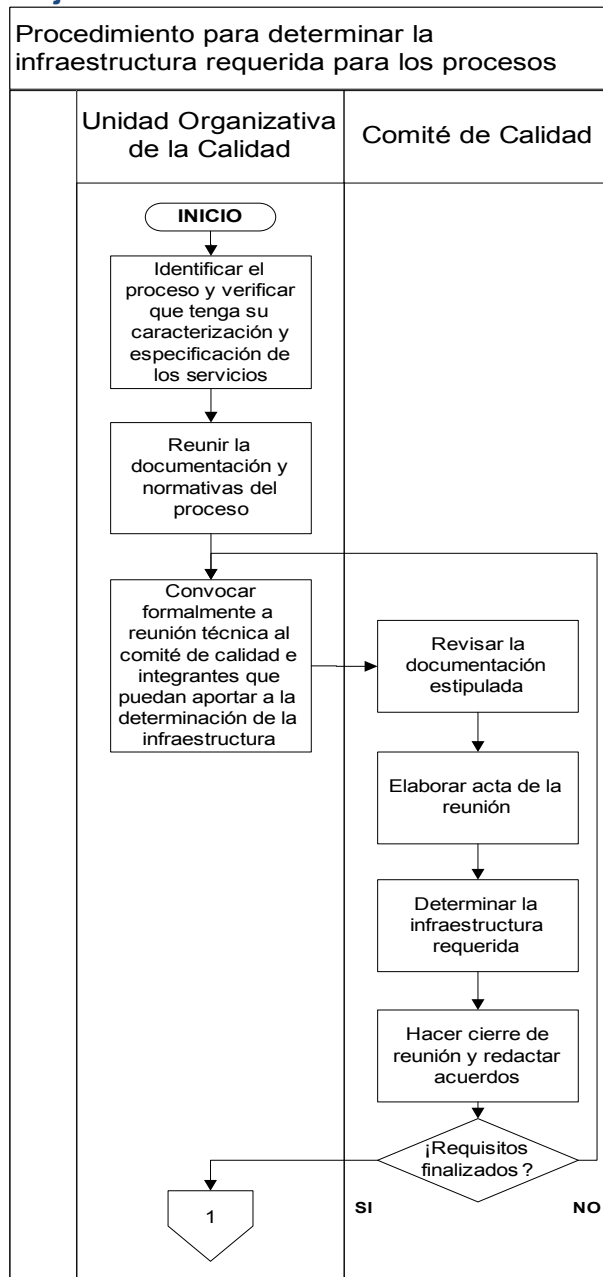
Código:  
**CP.6.3.0.01**

**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 6 de 7

**14 Diagrama de Flujo**





**PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR LA  
INFRAESTRUCTURA REQUERIDA PARA LOS  
PROCESOS**

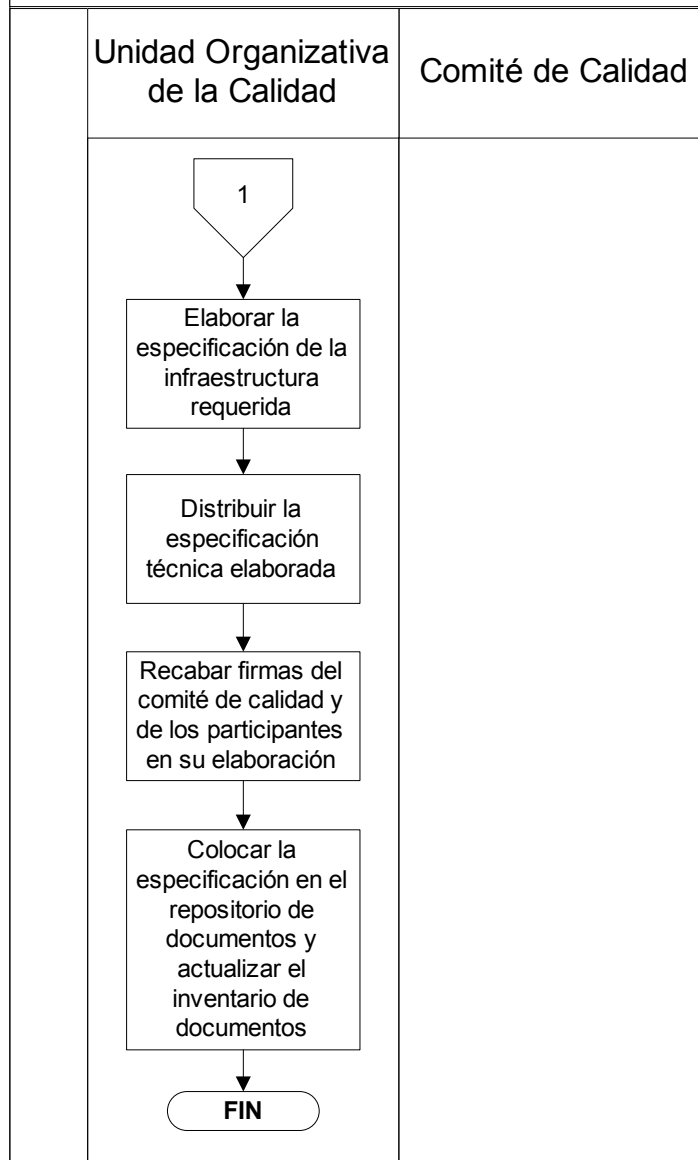
Código:  
**CP.6.3.0.01**

**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 7 de 7

**Procedimiento para determinar la  
infraestructura requerida para los procesos**





**CÓDIGO : CP.6.3.0.02**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31/03/2013**

**PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER EL MANTENIMIENTO REQUERIDO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS PROCESOS**

- 1 Unidad Administrativa:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 Objetivo:** Establecer un marco común de actuación definir y planear el mantenimiento requerido a la infraestructura der los procesos, a fin garantizar la continuidad en la capacidad de prestación de los servicios en condiciones controladas.
- 3 Alcance:** El alcance de este procedimiento se extiende a los servicios proporcionados por los procesos:
  - Proceso de Atención del Parto y Postparto
  - Proceso de Atención del Recién Nacido
- 4 Definiciones:**
  - 4.1 Especificaciones: Documento donde se establecen los requisitos.
  - 4.2 Infraestructura: sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una organización.
  - 4.3 plan de la calidad: documento que especifica qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un proyecto, servicio, proceso o contrato específico.
  - 4.4 Requisito: Necesidad o expectativa generalmente implícita u obligatoria.
  - 4.5 Registros: Documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos.
  - 4.6 UOC: Unidad Organizativa de la Calidad.
- 5 Requisitos Previos:**
  - 5.1 Especificación de la infraestructura requerida por el proceso
- 6 Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Plan de mantenimiento de la infraestructura del proceso elaborado
  - 6.2 Plan de contingencia de la infraestructura del proceso elaborado
- 7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Plan quinquenal de desarrollo 2010 - 2014 del hospital de Maternidad.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres

	Manuales de funciones de las unidades involucradas con los procesos.
--	--

### 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Código de Salud			
Política Nacional de Salud 2009-2014 "Construyendo la Esperanza"			
Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIIS			
Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

### 9 Indicadores:

Código	Nombre

### 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
	Plan de mantenimiento de la infraestructura del proceso	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años
	Plan de contingencia de la infraestructura del proceso.	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años


### 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Representante de la Unidad Organizativa de la calidad.	Debe conocer el SGC.
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	

### 12 Unidades de soporte


Ninguna

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres

	<b>PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER EL MANTENIMIENTO REQUERIDO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS PROCESOS</b>	Código: <b>CP.6.3.0.02</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 3 de 8


### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Unidad Organizativa de la Calidad	1	Identificar la especificación donde se establece la infraestructura del proceso, a la que se le elaborará establecerá el mantenimiento requerido.
Unidad Organizativa de la Calidad	2	Especificar y reunir la documentación de apoyo, normativas internas, protocolos, guías clínicas, normas de atención y lineamientos técnicos relacionados con el proceso y su infraestructura.
Unidad Organizativa de la Calidad	3	<p>Convocar formalmente para la reunión técnica a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrantes del Comité de Calidad.</li> <li>• Jefes y Subjefes de las unidades médicas que participen en la prestación del servicio especificado.</li> <li>• Personal técnico que considere conveniente.</li> </ul> <p>En la convocatoria se especifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La agenda de la reunión que como mínimo debe contener <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Punteo de Antecedentes</li> <li>○ El propósito de la reunión</li> <li>○ Referencia de la documentación que sirva de apoyo.</li> <li>○ Fecha y hora de la reunión.</li> </ul> </li> </ul>
Comité de Calidad	4	Los miembros del comité de calidad, jefes y subjefes de las unidades involucradas revisan la documentación recabada por la UOC.
Comité de Calidad	5	<p>Los miembros del comité, jefes, subjefes y personal técnico considerado en la convocatoria deberán elaborar acta de la reunión con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de los participantes con roles y firmas.</li> <li>• Identificar la reunión con código correlativo y fecha.</li> <li>• Agenda de la reunión</li> </ul>


	<b>PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER EL MANTENIMIENTO REQUERIDO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS PROCESOS</b>	Código: <b>CP.6.3.0.02</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 4 de 8

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Comité de Calidad	6	<p>Los participantes a la convocatoria en base a la infraestructura determinada para el proceso, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de Trabajo o Zonas con su respectiva tipología, particularidades y/o acondicionamiento.</li> <li>• Ingeniería Hospitalaria, es decir, sistemas específicos (tipo de iluminación, oxígeno, aire comprimido, aire acondicionado, accesos, conexiones eléctricas, etc).</li> <li>• Equipos biomédicos.</li> <li>• Servicios de apoyo requeridos con sus instalaciones y equipos propios.</li> </ul> <p>Establecer los siguientes elementos para el mantenimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Listado de tareas de mantenimiento que son requeridas para que la infraestructura, instalaciones o equipos biomédicos se encuentren en óptimas condiciones.</li> <li>• Para cada tarea se debe establecer <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El plazo en el que se deben realizar.</li> <li>○ Las normas técnicas, protocolos de mantenimiento o lineamientos técnicos que se deben seguir ( en caso de que el hospital ya cuente con ellos)</li> <li>○ El personal y la unidad responsable de ejecutar las tareas de mantenimiento.</li> </ul> </li> </ul> <p>Nota: En caso de que ya se tenga un plan de mantenimiento actualizado que sea particular para un equipo o instalación, hacer referencia a dicho documento. Pero debe ser un plan que reunta las tareas a ejecutar, responsables y plazos.</p> <p>Analizar el riesgo de la infraestructura y equipos ante posibles eventualidades que afecten la continuidad en los procesos, estableciendo los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Identificar los riesgos en la infraestructura e</li> </ul>



	<b>PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER EL MANTENIMIENTO REQUERIDO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS PROCESOS</b>	<b>Código: CP.6.3.0.02</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	<b>Versión: 1</b>
		<b>Página 5 de 8</b>

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
		instalaciones determinadas que afecten la continuidad de la realización del proceso.
		ii. Determinar las causas o eventos que pueden generar la interrupción del funcionamiento de la infraestructura e instalaciones determinadas. iii. Identificar la probabilidad de ocurrencia de dichos eventos o causas: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Para los eventos de alta probabilidad determinar las formas de reducir la probabilidad de ocurrencia.</li> <li>b. Para los eventos de baja probabilidad determinar las acciones para minimizar el efecto o impacto en la interrupción.</li> </ul>
Comité de Calidad	7	Hacer el cierre de la reunión y se redactar los acuerdos.  Si el comité junto a los participantes considera que se ha completado a satisfacción el plan de mantenimiento y el plan de contingencia de la infraestructura requerida para el proceso X continuar con el paso 8, caso contrario volver a paso 3.
Unidad Organizativa de la Calidad	8	Elaborar los documentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de mantenimiento de la infraestructura del proceso</li> <li>• Plan de contingencia de la infraestructura del proceso</li> </ul> Según los formatos especificados, donde se plasmen el resultados de la ejecución del presente procedimiento.  En anexos de los planes deberán colocarse listado de las reuniones en las que se elaboró con la fecha, participantes en las mismas.
Unidad Organizativa de la Calidad	9	Distribuir el plan de mantenimiento de la infraestructura requerida para el proceso a los miembros del Comité de Calidad y los participantes que apoyaron en su elaboración.  En caso de que surjan observaciones deberá considerarse convocar a otra reunión para superarlas.

	<b>PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER EL MANTENIMIENTO REQUERIDO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS PROCESOS</b>	<b>Código: CP.6.3.0.02</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	<b>Versión: 1</b>
		<b>Página 6 de 8</b>

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Unidad Organizativa de la Calidad	10	Recabar firmas de los miembros del comité de calidad y los demás participantes que respaldan el plan de mantenimiento y de contingencia.
Unidad Organizativa de la Calidad	11	Colocar el plan de mantenimiento y el plan de contingencia de la infraestructura en el repositorio de documentos del Sistema de Gestión de Calidad y actualizar el inventario de documentos.  Fin del procedimiento.



**PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER EL  
MANTENIMIENTO REQUERIDO DE LA  
INFRAESTRUCTURA DE LOS PROCESOS**

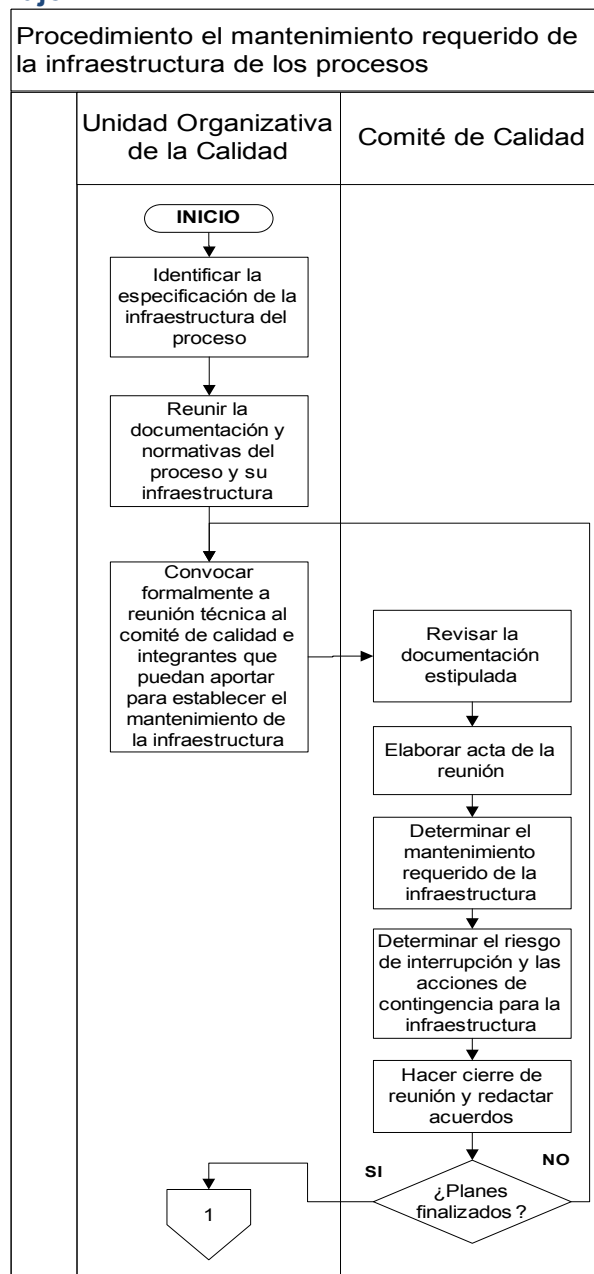
Código:  
**CP.6.3.0.02**

**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 7 de 8

**14 Diagrama de Flujo**





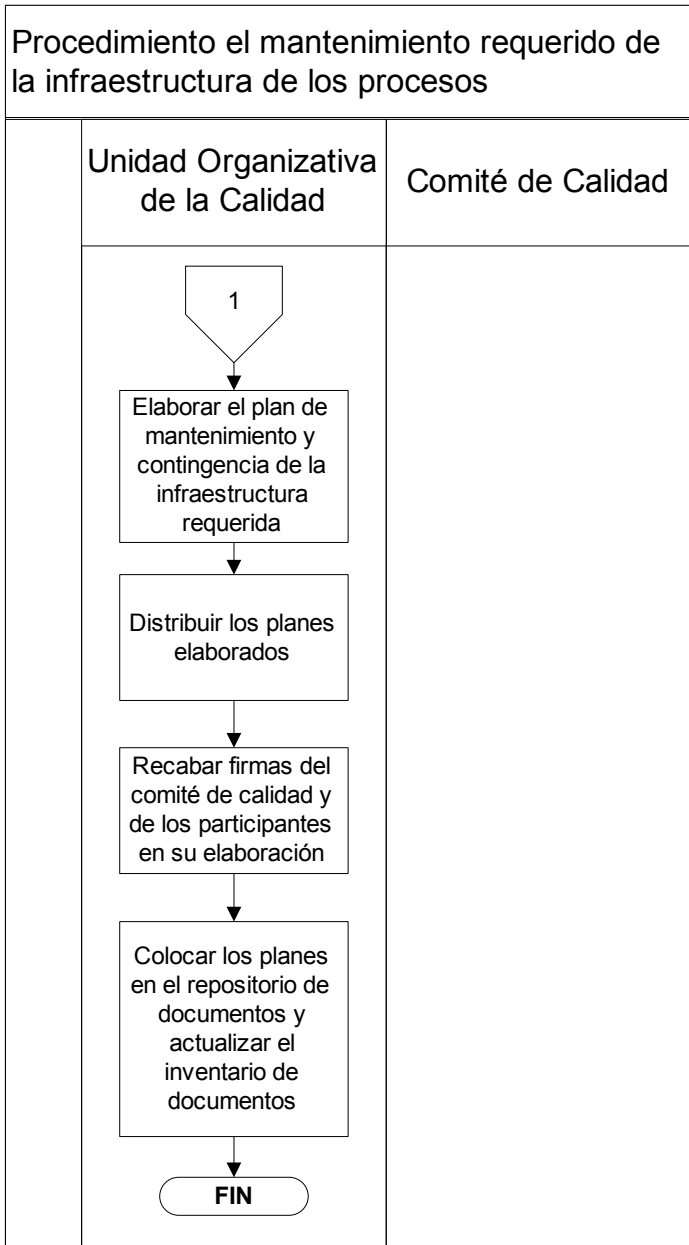
**PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER EL  
MANTENIMIENTO REQUERIDO DE LA  
INFRAESTRUCTURA DE LOS PROCESOS**


Código:  
**CP.6.3.0.02**

**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 8 de 8



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>ESPECIFICACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA REQUERIDA PARA EL PROCESO (FORMATO)</b></p>		
<p><b>Código: FO.6.3.0.01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 1.0</p>	<p><b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013</p>	<p><b>Página:</b> 1 de 3</p>

<p><b>Denominación del Proceso</b></p> <p>Ingrese en este campo la denominación del proceso según corresponda: CODIGO DEL PROCESO – NOMBRE DEL PROCESO</p>
<p style="text-align: center;"><b>Denominación de los Servicio que genera</b></p> <p>Ingrese en este campo la denominación técnica de los servicios que genera el proceso en texto claro usando la terminología a que haya lugar. Estos deben corresponder al término estandarizado.</p>
<p><b>Código Especificación Técnica:</b></p> <p>Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad.</p>

## Contenido

1. OBJETO	2
2. DEFINICIONES	2
3. INFRAESTRUCTURA REQUERIDA	2
4. NORMATIVA APLICABLE	3
5. ANEXOS	3

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes Cargo: Director, jefe, etc</p>

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>ESPECIFICACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA REQUERIDA PARA EL PROCESO (FORMATO)</b></p>		
<p><b>Código: FO.6.3.0.01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 1.0</p>	<p><b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013</p>	<p><b>Página:</b> 2 de 3</p>

### 1. OBJETO

Se indica en forma breve y clara el qué? y para qué? de la especificación de la infraestructura requerida para el proceso.

### 2. DEFINICIONES

Los términos y/o explicaciones necesarias para el entendimiento del contenido de la Especificación.

### 3. INFRAESTRUCTURA REQUERIDA

Definir la infraestructura requerida para el proceso de la siguiente manera:

<<Tabla 1>>

ACTIVIDAD o ETAPA DEL PROCESO	INFRAESTRUCTURA REQUERIDA
<p>Nombre de la actividad o etapa del proceso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de Trabajo o Zonas con su respectiva tipología, particularidades y/o acondicionamiento.</li> <li>• Ingeniería Hospitalaria, es decir, sistemas específicos (tipo de iluminación, oxígeno, aire comprimido, aire acondicionado, accesos, conexiones eléctricas, etc).</li> <li>• Equipos biomédicos requeridos.</li> <li>• Servicios de apoyo requeridos (existentes o nuevos).</li> </ul>

<<Tabla 2>>

REQUISITO DEL <<NOMBRE DEL SERVICIO>>	INFRAESTRUCTURA REQUERIDA
<p>Nombre del requisito del servicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de Trabajo o Zonas con su respectiva tipología, particularidades y/o acondicionamiento.</li> <li>• Ingeniería Hospitalaria, es decir, sistemas específicos (tipo de iluminación, oxígeno, aire comprimido, aire acondicionado, accesos, conexiones eléctricas, etc).</li> <li>• Equipos biomédicos requeridos.</li> </ul>

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO  
DE MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN



## ESPECIFICACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA REQUERIDA PARA EL PROCESO (FORMATO)

Código: FO.6.3.0.01

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 3 de 3

	<ul style="list-style-type: none"><li>Servicios de apoyo requeridos (existentes o nuevos).</li></ul>


Nota: No se deben repetir la infraestructura requerida para las actividades de los procesos y los requisitos del servicio. En caso de que coincidan dejarlo del lado del proceso (en la tabla 1).

#### 4. **NORMATIVA APLICABLE**

Relacionar la normativa legal y reglamentaria aplicable que respalden los requisitos de infraestructura.

#### 5. **ANEXOS**

Indicar si la especificación tiene algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PROCESO (FORMATO)</b></p>		
<p><b>Código: FO.6.3.0.02</b></p>	<p><b>Versión:</b> 1.0</p>	<p><b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013</p>	<p><b>Página:</b> 1 de 4</p>


<p><b>Denominación del plan de mantenimiento</b></p> <p>Ingrese en este campo la denominación técnica del plan de mantenimiento que corresponde. Estos deben corresponder al término estandarizado.</p>
<p><b>Denominación del Proceso</b></p> <p>Ingrese en este campo la denominación del proceso según corresponda: CODIGO DEL PROCESO – NOMBRE DEL PROCESO</p>
<p><b>Código del plan:</b></p> <p>Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad.</p>

## Contenido

1. OBJETO	2
2. DEFINICIONES	2
3. INFRAESTRUCTURA REQUERIDA	3
4. NORMATIVA APLICABLE	4
5. ANEXOS	4

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes Cargo: Director, jefe, etc</p>




<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PROCESO (FORMATO)</b></p>		
<p><b>Código: FO.6.3.0.02</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 2 de 4</b></p>

## 1. OBJETO

Se indica en forma breve y clara el qué? y para qué? del plan de mantenimiento de la infraestructura requerida del proceso.

## 2. DEFINICIONES

Los términos y/o explicaciones necesarias para el entendimiento del contenido del plan.

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA          INFRAESTRUCTURA DEL PROCESO          (FORMATO)</b>		
<b>Código: FO.6.3.0.02</b>	<b>Versión: 1.0</b>	<b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b>	<b>Página: 3 de 4</b>


### 3. INFRAESTRUCTURA REQUERIDA

Definir la infraestructura requerida para el proceso de la siguiente manera:

<<Tabla 1>>

INFRAESTRUCTURA	Tareas de mantenimiento	Plazo de realización	Responsable	Normas aplicables
<ul style="list-style-type: none"> <li>Área de Trabajo o Zonas con su respectiva tipología, particularidades y/o acondicionamiento.</li> <li>Ingeniería Hospitalaria, es decir, sistemas específicos (tipo de iluminación, oxígeno, aire comprimido, aire acondicionado, accesos, conexiones eléctricas, etc).</li> <li>Equipos biomédicos requeridos.</li> <li>Servicios de apoyo con sus instalaciones y equipos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Especificar la tarea particular requerida.</li> <li>En caso de que ya se cuente con un plan puntual para dicho equipo o infraestructura. Hacer referencia al nombre del documento y colocarlo en ANEXOS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para cada tarea establecer, las fechas, frecuencias de realización, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre del puesto y al unidad a la que pertenece.</li> <li>Ejemplo: Técnico – Mantenimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documentos técnicos.</li> <li>Lineamientos técnicos</li> <li>Normativas internas</li> <li>Protocolos.</li> <li>Etc.</li> </ul>

Nota: Se deben listar toda la infraestructura determinada para el proceso y sus respectivos servicios.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PROCESO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.6.3.0.02</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 4 de 4</p>

#### 4. **NORMATIVA APLICABLE**

Relacionar la normativa legal y reglamentaria aplicable que respalden el presente plan.

#### 5. **ANEXOS**

Indicar si la especificación tiene algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.


<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DEL MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PROCESO (FORMATO)</b></p>		
<p><b>Código: FO.6.3.0.03</b></p>	<p><b>Versión:</b> 1.0</p>	<p><b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013</p>	<p><b>Página:</b> 1 de 3</p>

<p><b>Denominación del Registro</b></p> <p>Ingrese en este campo la denominación registro en texto claro usando la terminología a que haya lugar. Este debe corresponder al término estandarizado.</p>
<p><b>Denominación del plan de mantenimiento</b></p> <p>Ingrese en este campo la denominación técnica del plan de mantenimiento que corresponde el registro. Estos deben corresponder al término estandarizado.</p>
<p><b>Código del registro:</b> Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad.</p>

## Contenido

1. TAREAS DE MANTENIMIENTO A INFRAESTRUCTURA	2
2. OBSERVACIONES	3
3. ACUERDOS Y COMPROMISOS	3
4. ANEXOS	3

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes Cargo: Director, jefe, etc</p>

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DEL MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PROCESO (FORMATO)</b></p>		
<p><b>Código: FO.6.3.0.03</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 2 de 3</b></p>

### 1. TAREAS DE MANTENIMIENTO A INFRAESTRUCTURA

Definir el estado de las tareas de mantenimiento de la infraestructura requerida para el proceso de la siguiente manera:

<<Tabla 1>>

INFRAESTRUCTURA	Tareas de mantenimiento	Fecha de realización	Responsable	ESTADO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de Trabajo o Zonas con su respectiva tipología, particularidades y/o acondicionamiento.</li> <li>• Ingeniería Hospitalaria, es decir, sistemas específicos (tipo de iluminación, oxígeno, aire comprimido, aire acondicionado, accesos, conexiones eléctricas, etc).</li> <li>• Equipos biomédicos requeridos.</li> <li>• Servicios de apoyo con sus instalaciones y equipos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especificar la tarea particular requerida.</li> <li>• En caso de que ya se cuente con un plan puntual para dicho equipo o infraestructura. Hacer referencia al nombre del documento y colocarlo en ANEXOS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para cada tarea establecer, las fechas, frecuencias de realización, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre del puesto y al unidad a la que pertenece.</li> <li>• Ejemplo: Técnico – Mantenimiento .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• REALIZADO</li> <li>• NO REALIZADA</li> <li>• PENDIENTE (cuando la fecha de realización no se haya incumplido)</li> </ul>

Nota: Se deben registrar si las tareas de mantenimiento de toda la infraestructura determinada para el proceso y sus respectivos servicios, han sido realizadas o no.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DEL MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PROCESO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.6.3.0.03</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 3 de 3</p>

## 2. OBSERVACIONES

Relativos al incumplimiento de alguna actividad según lo que se había establecido en el plan de mantenimiento de la infraestructura del proceso.


## 3. ACUERDOS Y COMPROMISOS

Se deben identificar los acuerdos y acciones que surgen de la revisión del estado de realización de las tareas de mantenimiento con su respectivo responsable y fecha de cumplimiento.

Acuerdos/Compromisos/Acciones	Responsable	Fecha de realización

## 4. ANEXOS

Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.


<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>PLAN DE CONTINGENCIA DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PROCESO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.6.3.0.02</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 1 de 4</p>

<p><b>Denominación del plan de contingencia</b> Ingrese en este campo la denominación técnica del plan de contingencia que corresponde. Estos deben corresponder al término estandarizado.</p>
<p><b>Denominación del Proceso</b> Ingrese en este campo la denominación del proceso según corresponda: CODIGO DEL PROCESO – NOMBRE DEL PROCESO</p>
<p><b>Código del plan:</b>  Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad.</p>

## Contenido

1. OBJETO	2
2. DEFINICIONES	2
3. ACCIONES DE CONTINGENCIA	3
4. NORMATIVA APLICABLE	4
5. ANEXOS	4

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes Cargo: Director, jefe, etc</p>

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>PLAN DE CONTINGENCIA DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PROCESO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.6.3.0.02</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 2 de 4</p>

## 1. OBJETO

Se indica en forma breve y clara el qué? y para qué? del plan de mantenimiento de la infraestructura requerida del proceso.

## 2. DEFINICIONES

Los términos y/o explicaciones necesarias para el entendimiento del contenido del plan.





**PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA  
INFRAESTRUCTURA DEL PROCESO  
(FORMATO)**

Código: FO.6.3.0.02

Versión:  
1.0


Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 3 de 4

**3. ACCIONES DE CONTINGENCIA**

Definir la infraestructura requerida para el proceso de la siguiente manera:

DETALLE DE LA INFRAESTRUCTURA	Riesgos	Causas/Eventos	Probabilidad de ocurrencia	CONTINGENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Área de Trabajo o Zonas con su respectiva tipología, particularidades y/o acondicionamiento.</li> <li>Ingeniería Hospitalaria, es decir, sistemas específicos (tipo de iluminación, oxígeno, aire comprimido, aire acondicionado, accesos, conexiones eléctricas, etc).</li> <li>Equipos biomédicos requeridos.</li> <li>Servicios de apoyo con sus instalaciones y equipos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar los riesgos en la infraestructura e instalaciones determinadas que afecten la continuidad de la realización del proceso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar las causas o eventos que pueden generar la interrupción del funcionamiento de la infraestructura e instalaciones determinadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ALTA</li> <li>MEDIA</li> <li>BAJA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para los eventos de alta probabilidad determinar las formas de reducir la probabilidad de ocurrencia.</li> <li>Para los eventos de baja probabilidad determinar las acciones para minimizar el efecto o impacto en la interrupción.</li> </ul> <p>En caso de que la acción de contingencia sea muy compleja, hacer referencia al documento y colocarlo en anexos.</p>

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PROCESO</b></p>		
<p><b>Código: FO.6.3.0.02</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 4 de 4</b></p>

#### **4.     NORMATIVA APLICABLE**


Relacionar la normativa legal y reglamentaria aplicable que respalden las acciones de contingencia establecidas.

#### **5.     ANEXOS**

Indicar los documentos adjuntos que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.

## PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER Y MANTENER EL AMBIENTE DE TRABAJO DE LOS PROCESOS

- 1 Unidad Administrativa:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 Objetivo:** Establecer un marco común de actuación determinar las condiciones de trabajo y establecer el mantenimiento requerido a las mismas, a fin garantizar el logro de los resultados propuestos para la prestación de los servicios.
- 3 Alcance:** El alcance de este procedimiento se extiende a los servicios proporcionados por los procesos:
  - Proceso de Atención del Parto y Postparto
  - Proceso de Atención del Recién Nacido
- 4 Definiciones:**
  - 4.1 Ambiente de trabajo: conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo. Las condiciones incluyen factores físicos, sociales, psicológicos y ambientales (tales como la temperatura, esquemas de reconocimiento, ergonomía y composición atmosférica).
  - 4.2 Especificaciones: Documento donde se establecen los requisitos.
  - 4.3 Factores físicos: Incluye espacio, temperatura, ruido, luminosidad, humedad, peligros, limpieza, vibraciones, contaminación, accesibilidad, estrés físico y flujos de aire.
  - 4.4 Factores sociales: surge de la interacción entre las personas, normas de convivencia, ética, cultura y clima organizacional.
  - 4.5 Factores psicológicos: surgen de las necesidades de los individuos e influencias externas en los mismos. Tales como responsabilidad, seguridad, liderazgo, emociones, sentimientos, personalidad, actitudes, motivación al trabajo, etc.
  - 4.6 Plan de calidad: documento que especifica qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un proyecto, servicio, proceso o contrato específico.
  - 4.7 Requisito: Necesidad o expectativa generalmente implícita u obligatoria.
  - 4.8 Registros: Documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos.
  - 4.9 UOC: Unidad Organizativa de la Calidad.
- 5 Requisitos Previos:**
  - 5.1 Caracterización del proceso debidamente elaborado

	<b>PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER Y MANTENER EL AMBIENTE DE TRABAJO DE LOS PROCESOS</b>	Código: <b>CP.6.4.0.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 2 de 8

5.2 Especificación de la infraestructura requerida por el proceso

## 6 Criterios de aceptación:

6.1 Plan de mantenimiento del ambiente de trabajo del proceso elaborado

## 7 Documentos internos de referencia:


Código	Nombre
	Plan quinquenal de desarrollo 2010 - 2014 del hospital de Maternidad.
	Manuales de funciones de las unidades involucradas con los procesos.

## 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Código de Salud			
Política Nacional de Salud 2009-2014 "Construyendo la Esperanza"			
Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIIS			
Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

## 9 Indicadores:

Código	Nombre

	<b>PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER Y MANTENER EL AMBIENTE DE TRABAJO DE LOS PROCESOS</b>	<b>Código: CP.6.4.0.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	<b>Versión: 1</b>
		<b>Página 3 de 8</b>

### 10 Registros:


Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
	Plan de mantenimiento del ambiente de trabajo del proceso	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años

### 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Representante de la Unidad Organizativa de la calidad.	Debe conocer el SGC.
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	


### 12 Unidades de soporte

Ninguna


	<b>PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER Y MANTENER EL AMBIENTE DE TRABAJO DE LOS PROCESOS</b>	Código: <b>CP.6.4.0.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 4 de 8

### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Unidad Organizativa de la Calidad	1	Identificar la especificación donde se establece la infraestructura del proceso.  Que contenga las áreas de trabajo donde se realiza el proceso, a las que se le identificarán las condiciones de trabajo y el mantenimiento requerido por las mismas.
Unidad Organizativa de la Calidad	2	Especificar y reunir la documentación de apoyo, normativas internas, protocolos, guías clínicas, normas de atención y lineamientos técnicos relacionados con el proceso y su infraestructura, en particular las zonas de trabajo.
Unidad Organizativa de la Calidad	3	Convocar formalmente para la reunión técnica a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrantes del Comité de Calidad.</li> <li>• Jefes y Subjefes de las unidades médicas que participen en la prestación del servicio involucrado.</li> <li>• Personal técnico que considere conveniente.</li> </ul> En la convocatoria se especifica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La agenda de la reunión que como mínimo debe contener <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Punteo de Antecedentes</li> <li>○ El propósito de la reunión</li> <li>○ Referencia de la documentación que sirva de apoyo.</li> <li>○ Fecha y hora de la reunión.</li> </ul> </li> </ul>
Comité de Calidad	4	Los miembros del comité de calidad, jefes y subjefes de las unidades involucradas revisan la documentación recabada por la UOC.
Comité de Calidad	5	Los miembros del comité, jefes, subjefes y personal técnico considerado en la convocatoria deberán elaborar acta de la reunión con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de los participantes con roles y firmas.</li> <li>• Identificar la reunión con código correlativo y fecha.</li> <li>• Agenda de la reunión</li> </ul>

	<b>PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER Y MANTENER EL AMBIENTE DE TRABAJO DE LOS PROCESOS</b>	Código: <b>CP.6.4.0.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 5 de 8

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Comité de Calidad	6	<p>Los participantes a la convocatoria en base a la especificación de la infraestructura requerida para el proceso, deben retomar las “Áreas de Trabajo o Zonas con su respectiva tipología, particularidades y/o acondicionamiento”. Y determinar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar del ambiente de trabajo los Factores físicos, ambientales, sociales, psicológicos (ver definiciones) relevantes para la realización de los procesos y la prestación del servicio en dichas zonas o áreas de trabajo.</li> <li>• Estándares que se deben mantener de los factores físicos, sociales o psicológicos que apliquen.</li> <li>• Tareas de mantenimiento para cada factor.</li> <li>• Normativas de acceso y restricciones al personal no autorizado (si ya se tienen se debe hacer referencia a ellas).</li> <li>• Entrenamiento que debe poseer el personal en dichas áreas (cuando aplique).</li> <li>• Responsables de su monitoreo o mantenimiento.</li> <li>• procedimientos de monitorear que las condiciones se mantengan según lo definido.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> En caso de que ya se tengan identificados los elementos anteriores, retomarlos y hacer referencia a ellos.</p> <p><b>Nota2:</b> No confundir con las condiciones de trabajo con la infraestructura requerida (establecida en otro documento). La infraestructura, entre otras cosas hace referencia a los espacios físicos con sus características de equipamiento requerido (incluso elementos de obra civil) y los servicios de apoyo que deben proporcionarse. Las condiciones del ambiente de trabajo de dicha área son los factores físicos, ambientales y de otro tipo con su estándar definido.</p>
Comité de Calidad	7	<p>Hacer el cierre de la reunión y se redactar los acuerdos.</p> <p>Si el comité junto a los participantes considera que se ha completado a satisfacción el plan de mantenimiento del ambiente de trabajo para las zonas donde se realiza para el proceso X continuar</p>

	<b>PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER Y MANTENER EL AMBIENTE DE TRABAJO DE LOS PROCESOS</b>	Código: <b>CP.6.4.0.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 6 de 8

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
		con el paso 8, caso contrario volver a paso 3.
Unidad Organizativa de la Calidad	8	Elaborar el documento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de mantenimiento del ambiente de trabajo del proceso</li> </ul> Según el formato establecido, donde se plasmen el resultados de la ejecución del presente procedimiento. En anexos de los planes deberán colocarse listado de las reuniones en las que se elaboró con la fecha, participantes en las mismas.
Unidad Organizativa de la Calidad	9	Distribuir el plan de mantenimiento del ambiente de trabajo del proceso a los miembros del Comité de Calidad y los participantes que apoyaron en su elaboración. En caso de que surjan observaciones deberá considerarse convocar a otra reunión para superarlas.
Unidad Organizativa de la Calidad	10	Recabar firmas de los miembros del comité de calidad y los demás participantes que respaldan el plan de mantenimiento y de contingencia.
Unidad Organizativa de la Calidad	11	Colocar el plan de mantenimiento del ambiente de trabajo del proceso en el repositorio de documentos del Sistema de Gestión de Calidad y actualizar el inventario de documentos. Fin del procedimiento.





**PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER Y MANTENER EL AMBIENTE DE TRABAJO DE LOS PROCESOS**

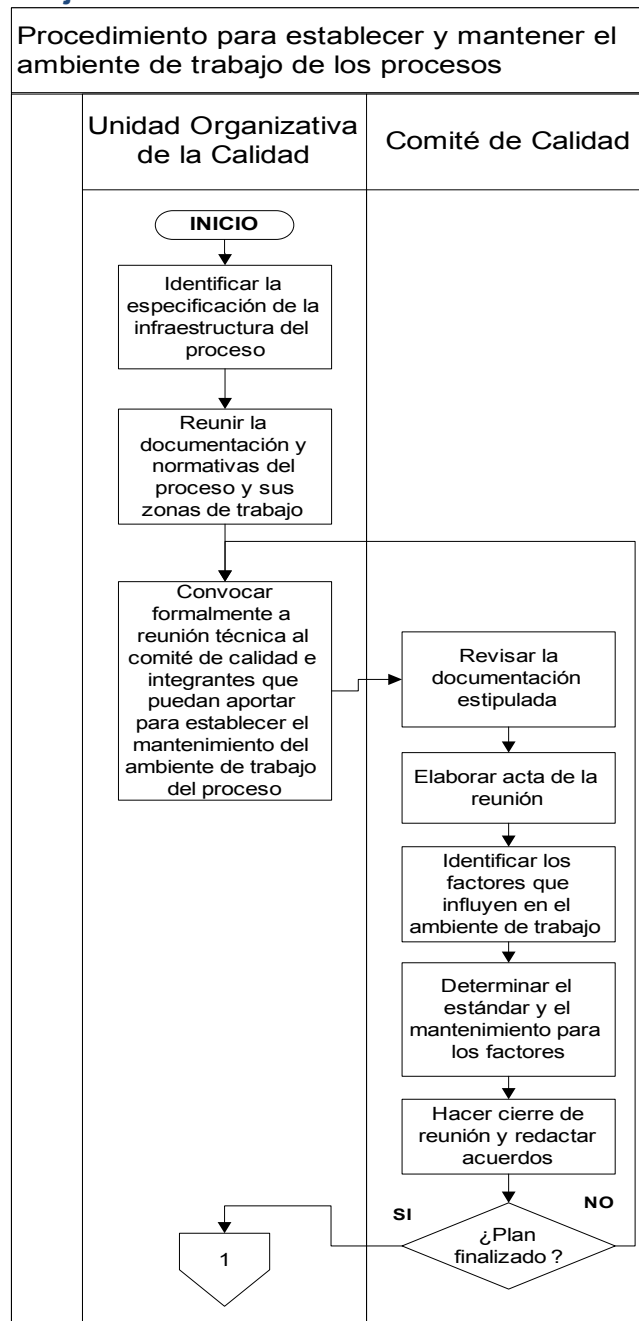
Código:  
**CP.6.4.0.01**

**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 7 de 8

**14 Diagrama de Flujo**





**PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER Y MANTENER EL AMBIENTE DE TRABAJO DE LOS PROCESOS**

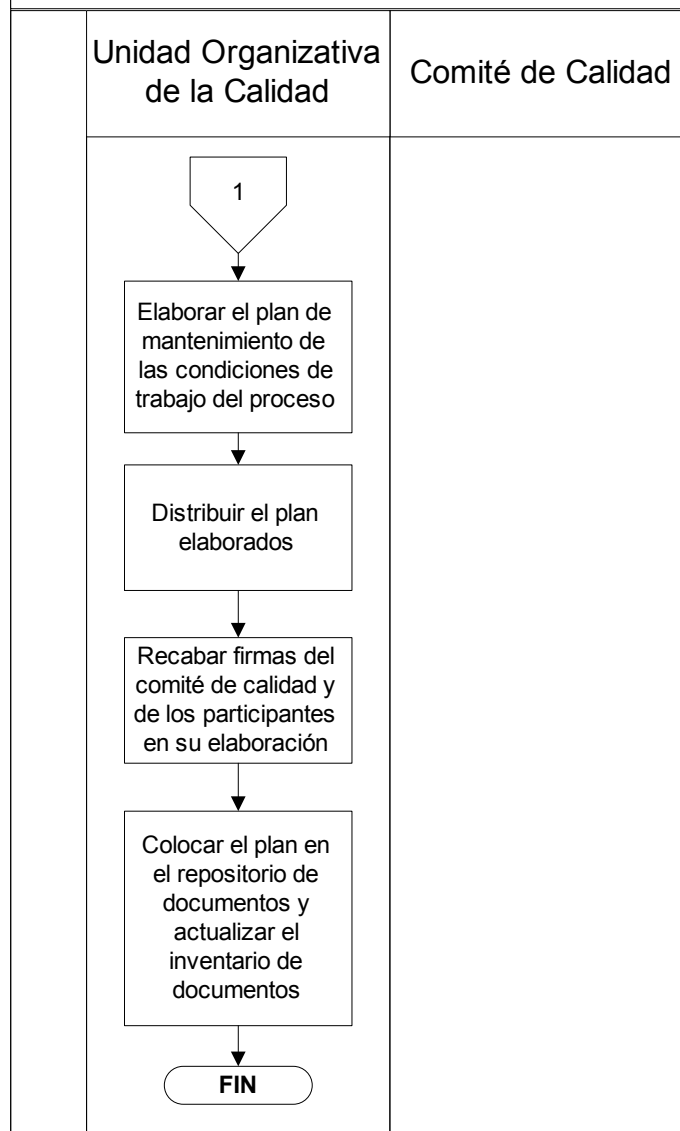
Código:  
**CP.6.4.0.01**


**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 8 de 8

Procedimiento para establecer y mantener el ambiente de trabajo de los procesos




HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>PLAN DE MANTENIMIENTO DEL          AMBIENTE DE TRABAJO DEL          PROCESO          (FORMATO)</b>	
<b>Código:</b> FO.6.4.0.01	<b>Versión:</b> 1.0	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013	<b>Página:</b> 1 de 4

<b>Denominación del plan de mantenimiento</b> Ingrese en este campo la denominación técnica del plan de mantenimiento que corresponde. Estos deben corresponder al término estandarizado.
<b>Denominación del Proceso</b> Ingrese en este campo la denominación del proceso según corresponda: CODIGO DEL PROCESO – NOMBRE DEL PROCESO
<b>Código del plan:</b> Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad.

## Contenido

1. OBJETO	2
2. DEFINICIONES	2
3. MANTENIMIENTO DEL AMBIENTE DE TRABAJO	3
4. NORMATIVA APLICABLE	4
5. ANEXOS	4

Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes Cargo: Director, jefe, etc


<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>PLAN DE MANTENIMIENTO DEL AMBIENTE DE TRABAJO DEL PROCESO (FORMATO)</b></p>		
<p><b>Código: FO.6.4.0.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 2 de 4</b></p>

## 1. OBJETO

Se indica en forma breve y clara el qué? y para qué? del plan de mantenimiento del ambiente de trabajo del proceso.

## 2. DEFINICIONES

Los términos y/o explicaciones necesarias para el entendimiento del contenido del plan.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PROCESO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.6.3.0.02</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 3 de 4</p>


### 3. MANTENIMIENTO DEL AMBIENTE DE TRABAJO

Definir los elementos del mantenimiento del ambiente de trabajo para el proceso de la siguiente manera:

<<Tabla 1>>

NOMBRE DE LA ZONA o AREA DE TRABAJO	Factor del ambiente	Tarea de mantenimiento	Responsable	Normas aplicables
<ul style="list-style-type: none"> <li>Área de Trabajo o Zonas con su respectiva tipología, particularidades y/o acondicionamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre del factor con su estándar respectivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para cada factor establecer la tarea de mantenimiento con sus fechas o frecuencias de realización, etc.</li> <li>En caso de que ya se cuente con un plan puntual para dicho equipo o infraestructura. Hacer referencia al nombre del documento y colocarlo en ANEXOS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre del puesto y al unidad a la que pertenece.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documentos técnicos.</li> <li>Lineamientos técnicos</li> <li>Normativas internas</li> <li>Protocolos.</li> <li>Etc.</li> </ul>

Nota: Se deben agregar a anexos los documentos de referencia utilizados en el plan.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>PLAN DE MANTENIMIENTO DEL AMBIENTE DE TRABAJO DEL PROCESO</b></p>		
<p><b>Código: FO.6.3.0.02</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 4 de 4</b></p>

#### **4.     NORMATIVA APLICABLE**

Relacionar la normativa legal y reglamentaria aplicable que respalden el presente plan.

#### **5.     ANEXOS**

Indicar si la especificación tiene algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.


<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DEL MANTENIMIENTO DEL AMBIENTE DE TRABAJO DEL PROCESO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.6.4.0.02</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 1 de 3</p>

<p><b>Denominación del Registro</b></p> <p>Ingrese en este campo la denominación registro en texto claro usando la terminología a que haya lugar. Este debe corresponder al término estandarizado.</p>
<p><b>Denominación del plan de mantenimiento</b></p> <p>Ingrese en este campo la denominación técnica del plan de mantenimiento que corresponde el registro. Estos deben corresponder al término estandarizado.</p>
<p><b>Código del registro:</b> Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad.</p>

**Contenido**

1. TAREAS DE MANTENIMIENTO AL AMBIENTE DE TRABAJO	2
2. OBSERVACIONES	3
3. ACUERDOS Y COMPROMISOS	3
4. ANEXOS	3

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes Cargo: Director, jefe, etc</p>

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>REGISTRO DEL MANTENIMIENTO          DEL AMBIENTE DE TRABAJO DEL PROCESO          (FORMATO)</b>		
<b>Código: FO.6.2.0.02</b>	<b>Versión: 1.0</b>	<b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b>	<b>Página: 2 de 3</b>

### 1. TAREAS DE MANTENIMIENTO AL AMBIENTE DE TRABAJO


Establecer el control a la realización de las tareas de mantenimiento el ambiente de trabajo del proceso de la siguiente manera:

<<Tabla 1>>

NOMBRE DE LA ZONA o AREA DE TRABAJO	Factor del ambiente	Tareas de mantenimiento	Fecha de realización	Responsable	ESTADO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Área de Trabajo o Zonas con su respectiva tipología, particularidades y/o acondicionamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre del factor con su estándar respectivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para cada factor establecer la tarea de mantenimiento con sus fechas o frecuencias de realización, etc.</li> <li>En caso de que ya se cuente con un plan puntual para dicho equipo o infraestructura. Hacer referencia al nombre del documento y colocarlo en ANEXOS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para cada tarea establecer, las fechas, frecuencias de realización, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre del puesto y al unidad a la que pertenece.</li> <li>Ejemplo: Técnico – Mantenimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>REALIZADO</li> <li>NO REALIZADA</li> <li>PENDIENTE (cuando la fecha de realización no se haya incumplido)</li> </ul>

Nota: Se deben registrar si las tareas de mantenimiento establecidas, han sido realizadas o no.



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DEL MANTENIMIENTO DEL AMBIENTE DE TRABAJO DEL PROCESO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.6.4.0.02</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 3 de 3</p>

## 2. OBSERVACIONES

Relativos al incumplimiento de alguna actividad según lo que se había establecido en el plan de mantenimiento del ambiente de trabajo del proceso.

## 3. ACUERDOS Y COMPROMISOS

Se deben identificar los acuerdos y acciones que surgen de la revisión del estado de realización de las tareas de mantenimiento con su respectivo responsable y fecha de cumplimiento.

Acuerdos/Compromisos/Acciones	Responsable	Fecha de realización

## 4. ANEXOS

Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.

#### 4 Documentos del Apartado 7: Realización del Servicio

Apartado	TIPO	CODIGO	NOMBRE	Referencia
7.1.0	Caracterización	CP.3.3.00	Caracterización del proceso atención del parto y post parto	879
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.01	Ficha de caracterización de procedimiento admisión y evaluación clínica de la paciente	883
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.02	Ficha de caracterización de procedimiento monitoreo del trabajo de parto	889
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.03	Ficha de caracterización de procedimiento atención del parto normal	897
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.04	Ficha de caracterización de procedimiento vigilancia de puerperio inmediato	904
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.05	Ficha de caracterización de procedimiento transferencia de paciente a puerperio	910
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.06	Ficha de caracterización de procedimiento atención del parto por cesárea	916
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.07	Ficha de caracterización de procedimiento vigilancia del estado de salud post cesárea	922
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.08	Ficha de caracterización de procedimiento transferencia a cirugía obstétrica	928
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.09	Ficha de caracterización de procedimiento admisión en puerperio	934
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.10	Ficha de caracterización de procedimiento evaluación médica inmediata	940
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.11	Ficha de caracterización de procedimiento atención medica sistemática	946
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.12	Ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones medicas	952
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.13	Ficha de caracterización de procedimiento elaboración y cumplimiento de requisitos de alta	958
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.14	Ficha de caracterización de procedimiento admisión en cirugía obstétrica	964
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.15	Ficha de caracterización de procedimiento evaluación médica inmediata	970
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.16	Ficha de caracterización de procedimiento evaluación médica sistemática	976

<b>Apartado</b>	<b>TIPO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>Referencia</b>
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.17	Ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones medicas	982
7.1.0	Procedimiento	CP.3.3.18	Ficha de caracterización de procedimiento elaboración y cumplimiento de requisitos de alta	988
7.1.0	Caracterización	CP.3.5.00	Caracterización del proceso atención del recién nacido	994
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.01	Ficha de caracterización de procedimiento atención directa al recién nacido	998
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.02	Ficha de caracterización de procedimiento cuidado sistemático del recién nacido en alojamiento conjunto	1005
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.03	Ficha de caracterización de procedimiento elaboración y cumplimiento de requisitos de alta del neonato	1010
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.04	Ficha de caracterización de procedimiento ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos	1015
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.05	Ficha de caracterización de procedimiento atención médica inmediata en la unidad de cuidados intensivos	1020
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.06	Ficha de caracterización de procedimiento atención medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos	1026
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.07	Ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones medicas en la unidad de cuidados intensivos	1032
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.08	Ficha de caracterización de procedimiento ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intermedios	1037
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.09	Ficha de caracterización de procedimiento atención medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados intermedios	1042
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.10	Ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones medicas en la unidad de cuidados intermedios	1049
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.11	Ficha de caracterización de procedimiento ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados mínimos	1054
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.12	Ficha de caracterización de procedimiento atención medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados mínimos	1059
7.1.0	Procedimiento	CP.3.5.13	Ficha de caracterización de procedimiento cumplimiento y seguimiento de indicaciones médicas	1065

<b>Apartado</b>	<b>TIPO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>Referencia</b>
			en la unidad de cuidados mínimos	
7.2.1	Procedimiento	CP.7.2.1.01	Procedimiento Identificación de los requisitos del servicio	1070
7.2.1	Formato	FO.7.2.1.01	Formato de Especificación del Servicio	1077
7.2.2	Procedimiento	CP.7.2.2.01	Procedimiento revisión de los requisitos del servicio	1080
7.2.2	Formato	FO.7.2.2.01	Formato de Registro de revisión de requisitos del Servicio	1087
7.2.3	Procedimiento	CP.7.2.3.01	Procedimiento de recepción de quejas y sugerencias	1089
7.2.3	Formato	FO.7.2.3.01	Formato de quejas y sugerencias	1093
7.2.3	Formato	FO.7.2.3.02	Formato de ficha de control de quejas y sugerencias	1094
7.2.3	Formato	FO.7.2.3.03	Formato para realización de quejas o sugerencias de cliente interno	1095
7.2.3	Instructivo	IN.7.2.3.01	Instructivo del Sistema de quejas y sugerencias	1096
7.3.1	Procedimiento	CP.7.3.1.01	Procedimiento planificación del diseño del servicio	1100
7.3.1	Formato	FO.7.3.1.01	Formato de Plan de Diseño	1104
7.3.2	Procedimiento	CP.7.3.2.01	Procedimiento Identificación de elementos de entrada para el diseño de servicios	1106
7.3.2	Formato	FO.7.3.2.01	Formato de Registro identificación de elementos de entrada para el diseño	1113
7.3.3	Procedimiento	CP.7.3.3.01	Procedimiento para el diseño de servicios	1116
7.3.4	Procedimiento	CP.7.3.4.01	Procedimiento para la revisión del diseño	1123
7.3.4	Formato	FO.7.3.4.01	Formato de registro de la revisión del diseño	1130
7.3.5	Procedimiento	CP.7.3.5.01	Procedimiento para la verificación del diseño	1133
7.3.5	Formato	FO.7.3.5.01	Formato de registro de la verificación del diseño	1140
7.3.6	Procedimiento	CP.7.3.6.01	Procedimiento para la validación del diseño	1143
7.3.6	Formato	FO.7.3.6.01	Formato de registro de la validación del diseño	1150
7.3.7	Formato	FO.7.3.7.01	Formato de Registro de cambios diseño	1153
7.4.1	Procedimiento	CP.7.4.1.01	Procedimiento adquisición y compra interna por licitación y/o concurso público por invitación	1156
7.4.1	Procedimiento	CP.7.4.1.02	Procedimiento contratación directa por calificado por urgencia	1170
7.4.1	Procedimiento	CP.7.4.1.03	Procedimiento de adquisición y compra interna por libre gestión	1177

<b>Apartado</b>	<b>TIPO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>Referencia</b>
7.4.1	Formato	FO.7.4.1.01	Formato de registro de requisitos solicitados a los proveedores	1183
7.4.1	Formato	FO.7.4.1.02	Formato de registro de solicitud de compra debidamente autorizada	1185
7.4.1	Formato	FO.7.4.1.03	Formato de registro orden de compra	1189
7.4.1	Formato	FO.7.4.1.04	Formato de Plan de Compra	1190
7.4.3	Procedimiento	CP.7.4.3.01	Procedimiento para la inspección y recepción de medicamentos e insumos	1193
7.4.3	Formato	FO.7.4.3.01	Formato de registro de recepción entrega de productos e insumos	1197
7.5.1	Guía	GI.7.5.1.01	Guía para gestión de indicadores	1198
7.5.1	Instructivo	IN.7.5.1.01	Instructivo para análisis de riesgos y puntos críticos de control de calidad	1204
7.5.4	Procedimiento	CP.7.5.4.01	Procedimiento para la comunicación de los daños ocurridos en las pertenencias de las pacientes	1217
7.5.4	Formato	FO.7.5.4.01	Formato de registro de las pertenencias del paciente	1221
7.5.5	GUIA	GU.7.5.5.01	Metodología para establecer la protección del paciente dentro de las instalaciones del HNEM	1222
7.6.0	Formato	FO.7.6.0.01	Formato de registro de hoja de vida de equipos de seguimiento y medición	1225
7.6.0	Formato	FO.7.6.0.02	Formato de Registro de verificación de equipos de seguimiento y medición	1229
7.6.0	Procedimiento	CP.7.6.0.01	Procedimiento para el control de los equipos de seguimiento y medición	1230



**CÓDIGO : CP.3.3.00**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA: 31/3/13**

## CARACTERIZACIÓN DE PROCESO ATENCIÓN DEL PARTO Y POST PARTO

**OBJETIVO DEL PROCESO:** Brindar atención integral de calidad a la mujer en la etapa de Parto y Puerperio, con la finalidad de eliminar o controlar los factores de riesgo condicionantes o desencadenantes de la morbilidad o mortalidad materno perinatal que pudiesen presentarse en la paciente.

**LÍDER DEL PROCESO:** Jefe de la Unidad de Partos

### **POLÍTICAS DE OPERACIÓN:**

- Este Proceso es Longitudinal al Sistema de Gestión de la Calidad; el líder de proceso es responsable por su aplicación al interior del proceso ..
- Los registros del Sistema de Gestión de la Calidad se ajustan a las Tablas de Retención Documental del HNEM.
- Los resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios, constituyen un insumo para la implementación de acciones de mejora.
- La autoevaluación de control y gestión de los procesos se evidencia mediante la presentación de los informes anuales de gestión.

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>



## ATENCIÓN DEL PARTO Y POST PARTO

Código:  
CP.3.3.00

## FICHA DE CARACTERIZACIÓN

Versión: 1

Página 2 de 4

- Los informes anuales de gestión constituyen en insumo o elemento de entrada para la revisión por la Dirección.

- Se acompaña a cada Proceso en la identificación de las necesidades y expectativas de los usuarios y la identificación de los puntos críticos de control de calidad.

**REQUISITOS LEGALES:** Ver apartado 7.2.1 del Manual de Calidad

**REQUISITOS NORMATIVOS NTC ISO 9001:2008:** Ver Matriz de requisitos de la norma aplicables a los procesos (MT.4.2.1.01)

**REQUISITOS DEL CLIENTE:** Ver apartado 7.2.1 del Manual de Calidad

**DOCUMENTOS DE REFERENCIA:** Ver LD.4.2.1.01 Listado Maestro de Documentos

**INDICADORES DE GESTIÓN:** Ver Fichas de Caracterización de Procedimientos

**RECURSOS:** Ver Fichas de Caracterización de Procedimientos



## ATENCIÓN DEL PARTO Y POST PARTO

Código:  
CP.3.3.00

## FICHA DE CARACTERIZACIÓN

Versión: 1

Página 3 de 4

### PEPSU

PROVEEDORES	ENTRADA	PROCEDIMIENTOS	SALIDA	USUARIOS
Instituciones Públicas	Requisitos normas ISO 9001:2008	Admisión y evaluación clínica de la paciente	Cumplimiento de los requisitos del SGC	Mujer en estado de embarazo
Instituciones Privadas	Política y objetivos de Calidad	Monitoreo del trabajo de parto	Mujer dada de alta, transferida o referida a otra institución de salud de la red	Instituciones Públicas Entes de Control
Procesos	Mujer en trabajo de parto	Atención del parto normal Vigilancia de puerperio inmediato	Disposición de documentos del SGC en el respectivo lugar de almacenamiento	Procesos
	Necesidades y Requisitos de la paciente	Transferencia de paciente a puerperio		
	Protocolos de atención médica y de enfermería	Atención del parto por cesárea Vigilancia del estado de salud post cesárea		
	Medicamentos, equipo biomédico, insumos, infraestructura, RRHH.	Transferencia a cirugía obstétrica		
	Solicitudes de información de los entes de control	Admisión en puerperio Evaluación médica inmediata		
		Atención medica sistemática Cumplimiento y seguimiento de indicaciones médicas		
		Elaboración y cumplimiento de requisitos de alta		





**ATENCIÓN DEL PARTO Y POST PARTO**

Código:  
CP.3.3.00

**FICHA DE CARACTERIZACIÓN**

Versión: 1

Página 4 de 4

	internos y externos	<p>Admisión en cirugía obstétrica</p> <p>Evaluación médica inmediata</p> <p>Evaluación médica sistemática</p> <p>Cumplimiento y seguimiento de indicaciones médicas</p> <p>Elaboración y cumplimiento de requisitos de alta</p>		
--	---------------------	---	--	--



**CÓDIGO : CP.3.3.01**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA: 31/3/13**

## ADMISIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PACIENTE

**1 Unidad/es ejecutante/s:** Partos

**2 Objetivo:** Admitir a pacientes embarazadas, en trabajo de parto, según su nivel de riesgo para ser evaluadas y definir el plan de manejo.

**3 Alcance:** El servicio de Partos recibe a paciente embarazada en trabajo de parto, proveniente del área de emergencias, consulta externa, perinatología o UCIA / UCE hasta el cumplimiento del plan de manejo


**4 Definiciones:**

- Edad gestacional: duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas completas.
- Embarazo normal: es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término
- Embarazo de alto riesgo: aquel en el que se tiene certeza o alta probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la estación u el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y/o el bebé.
- Parto: conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto, la placenta y sus anexos por vía vaginal.
- Distocia: anomalía en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.
- Eutocia: corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda.

**5 Requisitos Previos:**

- 5.1 La documentación del expediente deberá estar completa y con el llenado respectivo.
- 5.2 Se deberá cumplir la Normativa de ingreso de toda paciente al área de Partos.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST PARTO</b>	Código: CP.3.3.01
	<b>ADMISIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PACIENTE</b>	Versión: 1
		Página 2 de 6

5.3 Si se detectan errores en la identificación, el personal de enfermería que presenta a la paciente será responsable de coordinar las correcciones pero la paciente será admitida

#### 6 Criterios de aceptación:

6.1 Las camas asignadas a las pacientes para su vigilancia, se clasificarán en alto y bajo riesgo

6.2 Se definirán planes de manejo completos según normativas institucionales de tercer nivel

6.3 Se debe proceder con diligencia en el cumplimiento de todo lo establecido en el plan de manejo de la paciente

#### 7 Documentos internos de referencia:

Código	Nombre
MA.4.2.3.01	Manual de Organización y Funciones de Partos

#### 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel		MINSAL	
Guías clínicas de atención hospitalarias de tercer nivel		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria



## ATENCIÓN DEL PARTO Y POST PARTO

Código:  
CP.3.3.01

## ADMISIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PACIENTE

Versión: 1

Página 3 de 6

### 9 Indicadores:


Código	Nombre

### 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento temporal / final			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
FO.7.5.3.01	HOJA DE INGRESO Y EGRESO	Jefe de enfermeras	Físico	Estación de enfermeras	2 años
EX.7.5.3.01	HOJA DE IDENTIFICACIÓN (INGRESO Y EGRESO)	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.16	HOJA DE EXAMEN QUE LA PACIENTE TRAE	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.19	HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
FO.7.5.3.02	CENSO DIARIO DE PACIENTES ADULTAS	Jefe de archivo	Físico	Archivo	10 años

### 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Jefe del Servicio Médicos de Staff Médicos Internos Médicos Residentes	Personal con formación específica

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST PARTO</b>	Código: CP.3.3.01
	<b>ADMISIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PACIENTE</b>	Versión: 1
		Página 4 de 6

	Enfermera del servicio	
Papelería	Papel para hoja de ingreso Documentos de Expediente clínico y filiación Documentos de solicitud de interconsulta Documento de solicitud de pruebas complementarias	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental	Instrumental de exploración y asistencia al parto (fonendoscopio, esfigomanometro, bascula y tallmetro, disco obstétrico, gel traductor, cinta métrica)	Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	Ecco-dopler, monitores cardiacos y fetales, ecógrafo, cama de parto	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos, ropa de sala, )	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Camilla o mesa de exploración ginecológica, foco de luz, lámpara,	Revisiones reglamentarias realizadas

## 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Pruebas diagnósticas	Laboratorio clínico, Banco de sangre, Radiología, Anatomía patológica, Trabajo social, Ultrasonografía, Nutrición, Fisioterapia.
Papelería	Impresos
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Sistemas de información	Unidad de informática
Fármacos	Farmacia

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST PARTO</b>	Código: CP.3.3.01
	<b>ADMISIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PACIENTE</b>	Versión: 1
		Página 5 de 6

### 13 Descripción:

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Enfermeras del servicio Enfermeras del área de procedencia	1	Admisión de paciente Recibir e identificar a la paciente proveniente de servicio de emergencia, perinatología, consulta externa, UCE u otros.
Enfermera del servicio Médico residente o médico agregado	2	Asignar cama a paciente según riesgo Se asigna cama a la paciente según el nivel de riesgo detectado en el servicio que refiere, el cual puede ser de tipo alto o bajo.
Enfermera del servicio	3	Completar y ordenar instrumentos de expediente clínico y censo de pacientes Consiste en ordenar los distintos instrumentos del expediente clínico en el orden según normativas dadas por Unidad de estadística y documentos médicos.
Médico interno, médico residente, médico de staff, jefe de servicio	4	Realizar evaluación clínica de la paciente Se realiza historia clínica completa, examen físico completo definiendo diagnósticos clínicos.
Médico de staff, Médico residente	5	Definir Plan de manejo Se desarrolla el plan de manejo estratégico según guías clínicas institucionales.
Enfermera de servicio	6	Cumplir plan de manejo El cumplimiento de medicamentos según patología, realización de diagnósticos médicos de ayuda, gestionando el apoyo diagnóstico, exámenes de laboratorio, procedimientos obstétricos invasivos y no invasivos, interconsulta a sub-especialistas.



**ATENCIÓN DEL PARTO Y POST PARTO**

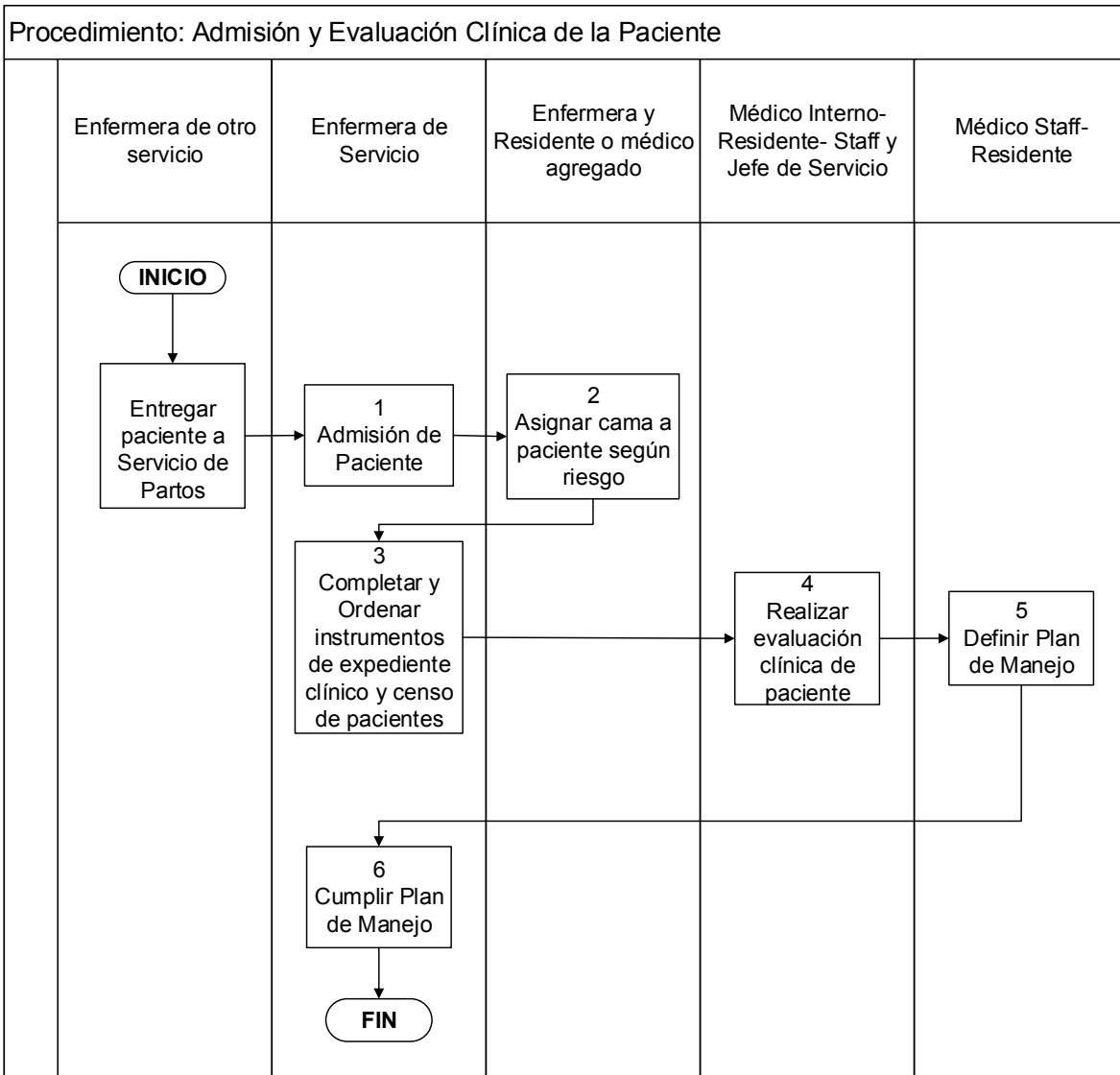
**ADMISIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PACIENTE**

Código:  
CP.3.3.01

Versión: 1

Página 6 de 6

**14 Diagrama de flujo**





**CÓDIGO : CP.3.3.02**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA: 31/03/13**

## MONITOREO DEL TRABAJO DEL TRABAJO DE PARTO

**1 Unidad/es ejecutante/s:** Partos

**2 Objetivo:** preparar a la paciente para realizar el parto ya sea vía vaginal o cesárea, disminuyendo el peligro para la salud de la madre y su hijo.

**3 Alcance:** posterior al cumplimiento del plan de manejo hasta que la paciente es trasladada a sala de parto y quirófano obstétrico.

**4 Definiciones:**

- Edad gestacional: duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas completas.
- Embarazo normal: es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a termino
- Embarazo de alto riesgo: aquel en el que se tiene certeza o alta probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la estación u el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y/o el bebe.
- Parto: conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto, la placenta y sus anexos por vía vaginal.
- Distocia: anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.
- Eutocia: corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda.

**5 Requisitos Previos:**

- 5.1 Las camas asignadas a las pacientes para su vigilancia, se clasificarán en alto y bajo riesgo
- 5.2 Se definirán planes de manejo completos según normativas institucionales de tercer nivel
- 5.3 Se debe proceder con diligencia en el cumplimiento de todo lo establecido en el plan de manejo de la paciente

**6 Criterios de aceptación:**

- 6.1 La documentación del expediente deberá estar completa y con el llenado

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:





<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.02
	Versión: 1
	Página 2 de 8

respectivo.

6.2 La paciente debe ser catalogada con el riesgo del embarazo

**7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
MA.4.2.3.01	Manual de Organización y Funciones de Partos

**8 Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel		MINSAL	
Guías clínicas de atención hospitalarias de tercer nivel		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria

**9 Indicadores:**

Código	Nombre

**10 Control de registros:**

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	



## ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO

Código:  
CP.3.3.02

## MONITOREO DEL TRABAJO DE PARTO

Versión: 1

Página 3 de 8

EX.7.5.3.03	HOJA CLAP	Jefe archivos	de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.04	HOJA DE PARTOGRAMA	Jefe archivos	de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.12	HOJA DE CONTROL DE SIGNOS VITALES	Jefe archivos	de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.13	HOJA DE TEMPERATURA	Jefe archivos	de	Físico	Archivo	10 años

### 11 Recursos

Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Médicos de Staff Médicos Internos Médicos Residentes Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hoja de ingreso Documentos de Expediente clínico y filiación	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental	Instrumental de exploración y asistencia al parto (fonendoscopio, esfingomanómetro, bascula y tallmetro, disco obstétrico, gel traductor, cinta métrica)	Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	Ecco-dopler, monitores cardiacos y fetales, ecógrafo, cama de parto	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos, ropa de sala, )	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Camilla o mesa de exploración ginecológica, foco de luz, lámpara,	Revisiones reglamentarias realizadas



## ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO

Código:  
CP.3.3.02


## MONITOREO DEL TRABAJO DE PARTO

Versión: 1

Página 4 de 8

### 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Pruebas diagnósticas	Laboratorio clínico, Banco de sangre, Radiología, Anatomía patológica, Trabajo social, Ultrasonografía, Nutrición, Fisioterapia.
Interconsulta	Médicos de otros servicios de la división medica
Papelería	Impresos
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Sistemas de información	Unidad de informática
Fármacos	Farmacia

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.02
	<b>MONITOREO DEL TRABAJO DE PARTO</b>	Versión: 1
		Página 5 de 8

### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Médico interno, médico residente y médico de staff	1	<b>Visita periódica de la paciente</b> El médico realiza visitas cada dos horas para dar seguimiento a la condición de la paciente.
Médico interno, médico residente y médico de staff	2	<b>Monitoreo de la condición materna</b> Vigilancia de la hemodinámica materna, vigilancia de la curva del partograma. Si se requiere interconsulta, ver paso 3 Si se requiere toma de exámenes, ver paso 4 Si se requiere procedimientos de ayuda diagnóstica (imagenología), ver paso 5
Enfermera del servicio	3	<b>Gestión de interconsulta de sub especialidad</b> Según la patología materna asociada al embarazo se gestiona la interconsulta en la que participa un equipo multidisciplinario de atención a la paciente.
Enfermera del servicio	4	<b>Gestión de toma de exámenes</b> Según la patología materna se gestiona la definición de los perfiles hematológicos y bioquímicos requeridos para determinar los diagnósticos y definir planes de manejo.
Enfermera del servicio	5	<b>Gestión de ayuda diagnóstica</b> Se gestionan los procedimientos que se requieren cuando existen dudas diagnósticas o requeridos para apoyo diagnóstico (ultrasonografías, rayos x)
Médico interno, médico residente y médico de staff	6	<b>Monitoreo de la condición fetal</b> Monitoreo externo de la frecuencia cardíaca fetal, monitoreo fetales electrónicos, amniotomía. Si se requiere procedimientos obstétricos no invasivos, ver paso 7 Si se requiere procedimientos obstétricos invasivos, ver paso 8
Médico interno, médico residente y médico de staff	7	<b>Procedimiento obstétrico no invasivo</b> Según la evolución del parto pueden requerirse procedimientos como monitoreo fetal electrónico externo, electrocardiograma.
Médico residente y médico de staff	8	<b>Procedimiento obstétrico invasivo</b> Según la evolución del parto pueden requerirse procedimientos obstétricos invasivos (amniotomías y amniocentesis, amniotomía, maniobra israelí, sondas gástricas, sondas uretrales), para mejorar la evolución normal del parto.



## ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO

Código:  
CP.3.3.02

## MONITOREO DEL TRABAJO DE PARTO

Versión: 1

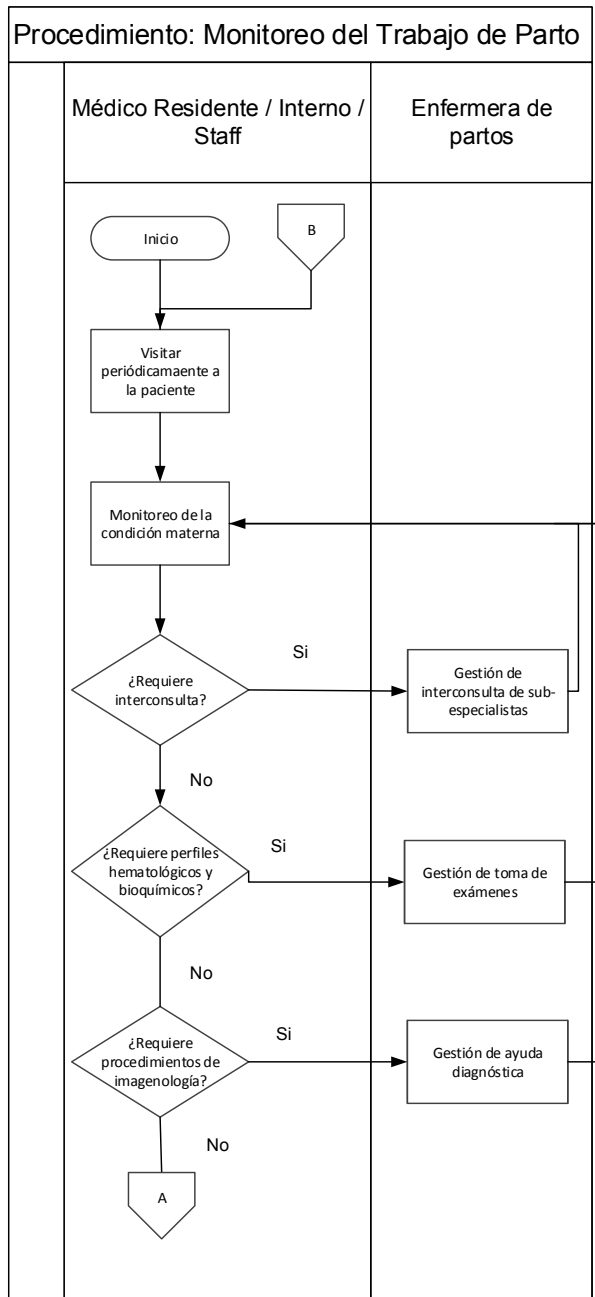
Página 6 de 8

Médico interno, médico residente y médico de staff	9	<p><b>Evaluación de la condición de parto</b></p> <p>Si se detectan condiciones maternas, alteraciones en la curva del partograma o compromiso del bienestar fetal se reevalúa condición de parto natural o vía abdominal.</p> <p>Dependiendo de la condición materna o la condición fetal, es posible que la paciente requiera intervención quirúrgica.</p>
Enfermera de servicio	10	Se traslada paciente a sala de operaciones para parto vía abdominal
Médico interno, médico residente y médico de staff	11	Se decide si es el momento indicado para trasladar a la paciente a la sala de parto.
Enfermera de servicio	12	Se traslada paciente a sala de expulsión para ser atendida en su segundo período de parto



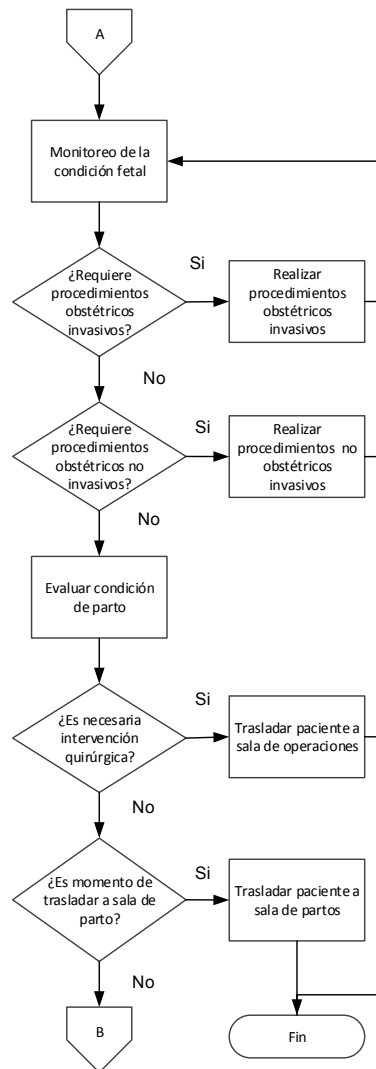
<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.02
	Versión: 1
	Página 7 de 8

### 14 Diagrama de flujo



Procedimiento: Monitoreo del Trabajo de Parto

Médico Residente / Interno / Staff / Enfermera





<b>CÓDIGO : CP.3.3.03</b>	<b>VERSIÓN: 1</b>	<b>FECHA: 31/03/13</b>
---------------------------	-------------------	------------------------

### ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL

**1 Unidad/es ejecutante/s:** Partos

**2 Objetivo:** Atender el parto de bajo riesgo, de comienzo espontaneo, dando a luz, entre las 37 y 41 semanas completas de edad de gestacional.

**3 Alcance:** desde que la paciente está en la sala de expulsión posterior a la determinación de la condición materna hasta la expulsión completa o extracción del organismo materno el producto de la concepción.

**4 Definiciones:**


- Embarazo normal: es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a termino
- Embarazo de alto riesgo: aquel en el que se tiene certeza o alta probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la estación u el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y/o el bebe.
- Parto: conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto, la placenta y sus anexos por vía vaginal.
- Distocia: anomalía en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.
- Eutocia: corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda.
- Parto con producto a término: expulsión del producto del organismo materno desde 37 semanas a 41 semanas de gestación.
- Parto post termino: expulsión del producto del organismo materno con más de 41 semanas
- Nacimiento: expulsión completa o extracción del organismo materno el producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical unido a la placenta y que sea de 22 o más semanas de gestación.

**5 Requisitos Previos:**

- 5.1 La documentación del expediente deberá estar completa y con el llenado respectivo.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:



	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.03
	<b>ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL</b>	Versión: 1
		Página 2 de 7

5.2 La paciente debe ser catalogada con embarazo de bajo riesgo

### 6 Criterios de aceptación:

6.1 La documentación debe estar actualizada según requisitos administrativos definiendo los resultados de la intervención médica en el parto.

6.2 .

### 7 Documentos internos de referencia:

Código	Nombre
MA.4.2.3.01	Manual de Organización y Funciones de Partos

### 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel		MINSAL	
Guías clínicas de atención hospitalarias de tercer nivel		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria

### 9 Indicadores:

Código	Nombre
ES.001	Aprovechamiento de capacidad instalada
PR.010	Reporte de reacciones adversas por



## ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO

Código:  
CP.3.3.03

## ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL

Versión: 1

Página 3 de 7

	medicamento
RE.017	Total de partos atendidos
RE.002	Índice partos vaginales

### 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.03	Hoja clap	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.04	Hoja de partograma	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.08	Hoja de procedimiento	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.09	Hoja de indicaciones medicas	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.10	Hoja de continuación de historia medica	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.17	Hoja de exámenes	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.19	Hoja de anotaciones enfermeras	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.20	Hoja de anotaciones enfermeras	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.21	Hoja plantar del recién nacido	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.22	Hoja de reporte obstétrico	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.03
	<b>ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL</b>	Versión: 1
		Página 4 de 7

## 11 Recursos

Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Jefe del Servicio Médicos de Staff Médicos Internos Médicos Residentes Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hoja de ingreso Documentos de Expediente clínico y filiación Documento de solicitud de pruebas complementarias	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental	Instrumental de exploración y asistencia al parto (fonendoscopio, esfigomanometro, bascula y tallmetro, disco obstétrico, gel traductor, cinta métrica)	Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	Ecco-dopler, monitores cardiacos y fetales, ecógrafo, cama de parto	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos, ropa de sala, )	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Camilla o mesa de exploración ginecológica, foco de luz, lámpara,	Revisiones reglamentarias realizadas

## 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Pruebas diagnósticas	Laboratorio clínico, Banco de sangre, Radiología, Anatomía patológica, Trabajo social, Ultrasonografía, Nutrición, Fisioterapia.
Papelería	Impresos
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Sistemas de información	Unidad de informática
Fármacos	Farmacia

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.03
	<b>ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL</b>	Versión: 1
		Página 5 de 7

### 13 Descripción:

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Enfermeras del servicio	1	<b>Preparación de la paciente</b> Paciente en fase expulsiva se coloca en posición ginecológica, se realiza asepsia y antisepsia.
Enfermeras del servicio Médico interno, médico residente y médico de staff	2	<b>Evaluar si es parto eutócico o distócico</b> Se determina si el parto es eutócico, es decir, un parto normal, o distócico (existe disfunción), no es normal. Si es distócico, ver paso 3. Si es eutócico, ver paso 4.
Enfermeras del servicio Médico interno, médico residente y médico de staff	3	<b>Evaluar tipo de distocia</b> Si el tipo de distocia se puede corregir se da evolución natural del parto, (ir a paso 4) sino, es necesario intervención quirúrgica. (ir paso 3.1)
Enfermeras del servicio Médico interno, médico residente y médico de staff	3.1	<b>Traslado inmediato a sala de operaciones</b> Se traslada paciente a sala de operaciones para interrupción abdominal (fin del procedimiento)
Enfermeras del servicio Médico interno, médico residente y médico de staff	4	<b>Dar atención al parto normal</b> Atención de la fase expulsiva del parto
Enfermeras del servicio Médico interno, médico residente y médico de staff	5	<b>Decidir realizar o no la episiotomía</b> Se decide la realización o no de episiotomía y se procede a la atención del recién nacido en sus diferentes presentaciones u edades gestacionales.
Enfermeras del servicio Médico interno, médico residente y médico de staff	6	<b>Atención del tercer periodo de parto</b> Alumbramiento de placenta. Revisión del canal de parto y sutura de episiotomía o se detectan posibles alteraciones u anomalías existentes del canal del parto (atonías, desgarros, prolongaciones de episiotomía u otros)
Médico interno, médico residente y médico de staff	7	Se decide la manera de proceder dependiendo si la revisión del canal de parto es normal (o con alteraciones de canal corregibles medicamente de forma inmediata) (ir a paso 8), o si existen alteraciones en el canal de parto (ir a paso 9)

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.03
	<b>ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL</b>	Versión: 1
		Página 6 de 7

Enfermeras del servicio	8	<b>Traslado de paciente a sala de recuperación</b> Toda paciente con revisión normal del canal de parto o con alteraciones del canal corregibles medicamente de forma inmediata según normativas son trasladadas al área de recuperación de pacientes.
Médicos de servicio Otros servicios	9	<b>Proceder según la anormalidad de acuerdo a normativas</b> Dependiendo de la condición materna o la condición fetal, es posible que la paciente requiera intervención quirúrgica.



**ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO**

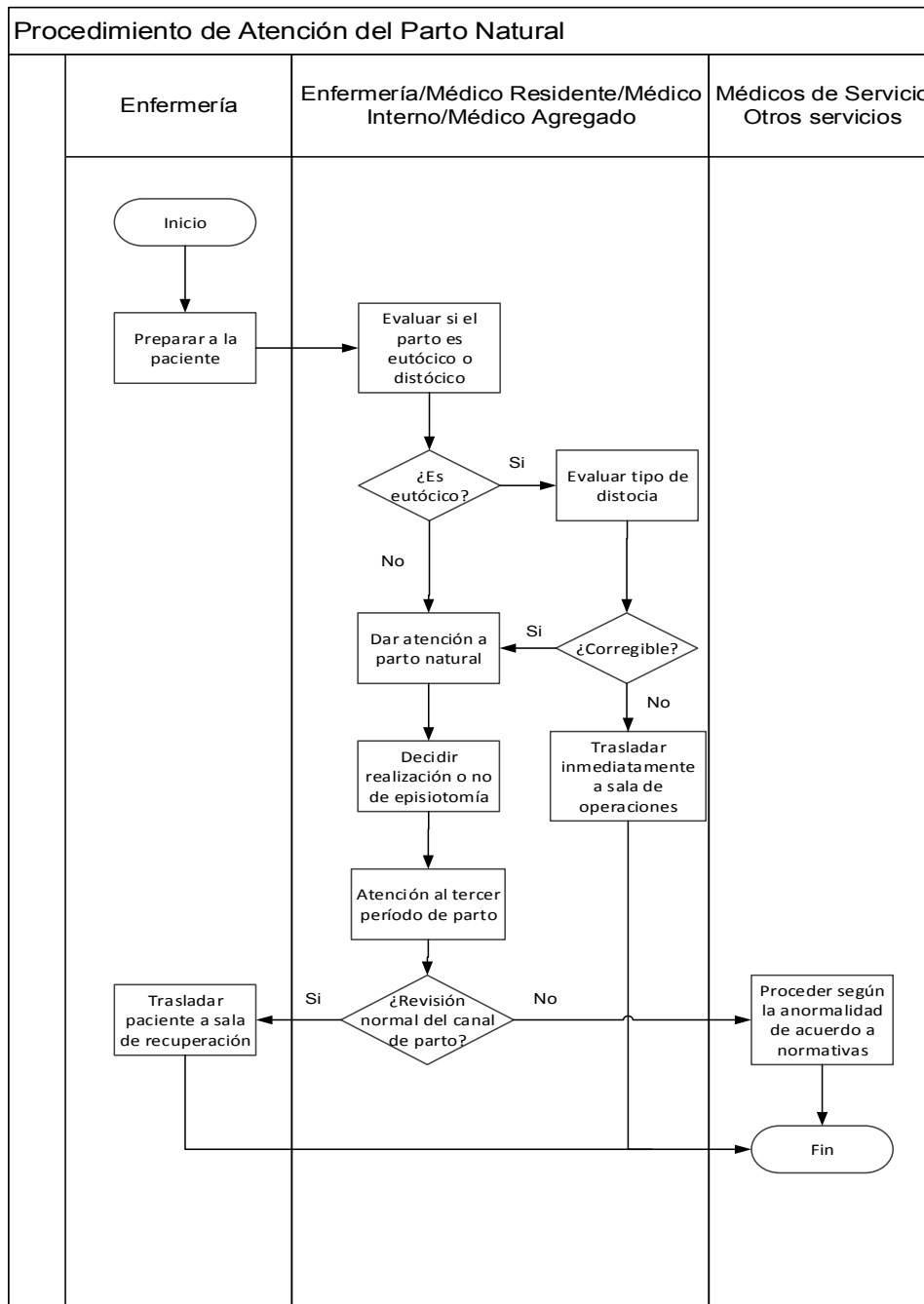
Código:  
CP.3.3.03

**ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL**

Versión: 1

Página 7 de 7

**14 Diagrama de flujo:**





**CÓDIGO : CP.3.3.04**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA: 31/03/13**

## VIGILANCIA DE PUERPERIO INMEDIATO

**1 Unidad/es ejecutante/s:** Partos

**2 Objetivo:** Definir las actividades que se deben llevar a cabo para brindar vigilancia y cuidado del estado de salud de pacientes en su puerperio inmediato, y evaluar su condición para direccionar el traslado a otras unidades


**3 Alcance:** El servicio de Partos iniciando con la toma de signos vitales de la paciente hasta complementar el llenado de instrumentos administrativos de información clínica de la paciente

**4 Definiciones:**

- Edad gestacional: duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas completas.
- Embarazo normal: es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término
- Embarazo de alto riesgo: aquel en el que se tiene certeza o alta probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la estación u el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y/o el bebe.
- Parto: conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto, la placenta y sus anexos por vía vaginal.
- Distocia: anomalía en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.
- Eutócica: corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda
- Parto con producto a término: expulsión del producto del organismo materno desde 37 semanas a 41 semanas de gestación.
- Parto post término: expulsión del producto del organismo materno con más de 41 semanas
- Nacimiento: expulsión completa o extracción del organismo materno el producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical unido a la placenta y que sea de 22 o más semanas de gestación.

**5 Requisitos Previos:**

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.04
	<b>VIGILANCIA DE PUERPERIO INMEDIATO</b>	Versión: 1
		Página 2 de 6

5.1 Para el llenado de registros, se deberá cumplir las normativas administrativas.

## 6 Criterios de aceptación:

- 6.1 La realización del monitoreo clínico de la paciente se llevará a cabo cumpliendo las normativas correspondientes.
- 6.2 Se brindarán charlas de educación sexual y reproductiva a las pacientes en algún momento durante su puerperio inmediato, siguiendo normas de educación.
- 6.3 Se deberá dar cobertura en las charlas educacionales a por lo menos el 90% de la población atendida, según metas del Plan Anual Operativo

## 7 Documentos internos de referencia:

Código	Nombre
MA.4.2.3.01	MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE PARTOS

## 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel		MINSAL	
Guías clínicas de atención hospitalarias de tercer nivel		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria





## ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO

Código:  
CP.3.3.04

## VIGILANCIA DE PUERPERIO INMEDIATO

Versión: 1

Página 3 de 6

### 9 Indicadores:


Código	Nombre

### 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
LC.7.2.3.01	Libro de censos de charlas educativas	Jefe de enfermeras	Físico		1 año
EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES MEDICAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.12	HOJA DE CONTROL DE SIGNOS VITALES	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.13	HOJA DE TEMPERATURA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.20	HOJA DE ANOTACIONES ENFERMERAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.22	HOJA DE REPORTE OBSTÉTRICO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años

### 11 Recursos:


Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Jefe del Servicio Médicos de Staff Médicos Internos Médicos Residentes Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hoja de ingreso	Registro formalizados por la

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.04
	<b>VIGILANCIA DE PUERPERIO INMEDIATO</b>	Versión: 1
		Página 4 de 6

	Documentos de Expediente clínico y filiación Documentos de solicitud de interconsulta Documento de solicitud de pruebas complementarias	unidad de estadísticas
Instrumental	Instrumental de exploración y asistencia al parto (fonendoscopio, esfigomanómetro, balanza y tallímetro, disco obstétrico, gel traductor, cinta métrica)	Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	Ecco-dopler, monitores cardíacos y fetales, ecógrafo, cama de parto	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos, ropa de sala, )	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Camilla, foco de luz, lámpara,	Revisiones reglamentarias realizadas

## 12 Unidades de soporte

<b>Tipo de soporte</b>	<b>Área proveedora</b>
Pruebas diagnósticas	Laboratorio clínico, Banco de sangre, Radiología, Anatomía patológica, Trabajo social, Ultrasonografía, Nutrición, Fisioterapia.
Interconsulta	Médicos de otros servicios de la división medica
Papelería	Impresos
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Sistemas de información	Unidad de informática
Fármacos	Farmacia

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.04
	<b>VIGILANCIA DE PUERPERIO INMEDIATO</b>	Versión: 1
		Página 5 de 6

### 13 Descripción:

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Médico Staff, Médico interno Enfermera del servicio	1	Realizar monitoreo clínico de la paciente Se procede a la toma de signos vitales según normativa por dos horas; vigilancia de la presencia de la hemorragia post-parto u otras complicaciones
Medico Staff, Médico interno Enfermera del servicio	2	Si el puerperio inmediato fue normal, ver paso 2.1, sino ver paso 3 Se decide la manera de cómo proceder con la paciente dependiendo si el puerperio inmediato fue normal o no.
Médico Staff, Médico interno Enfermera del servicio	2.1	Indicar transferencia servicio de puerperio Las pacientes cuyo puerperio inmediato resultó normal, serán trasladadas al servicio de Puerperio.
Médico Staff, Médico interno Médico residente	2.2	Llenar instrumentos de información Complementar el llenado de instrumentos administrativos de información clínica de la paciente
Enfermera del servicio	2.3	Brindar charlas de educación a las madres Se brindan charlas educativas sobre lactancia materna, planificación familiar, signos de riesgos en el recién nacido y materno. Las charlas pueden ser grupales o individuales según demanda, en un promedio de 6 charlas diarias.
Enfermera del servicio	2.4	Sellar expediente Colocación del sello en cada uno de los expedientes de las pacientes que han recibido charlas educativas.
Enfermera del servicio	2.5	Registrar en libro de censos de charlas educativas Registro de cada una de las pacientes que recibieron charlas educativas con una finalidad de control de cobertura del 90% de la población atendida.
Médico Staff, Médico interno Enfermera del servicio	3	Cumplir normativas hospitalarias según complicaciones Evaluación de complicaciones de la paciente púérpera y clasificación de riesgo.
Médico Staff, Médico interno Médico residente	4	Llenar instrumentos de información Complementar el llenado de instrumentos administrativos de información clínica de la paciente



**ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO**

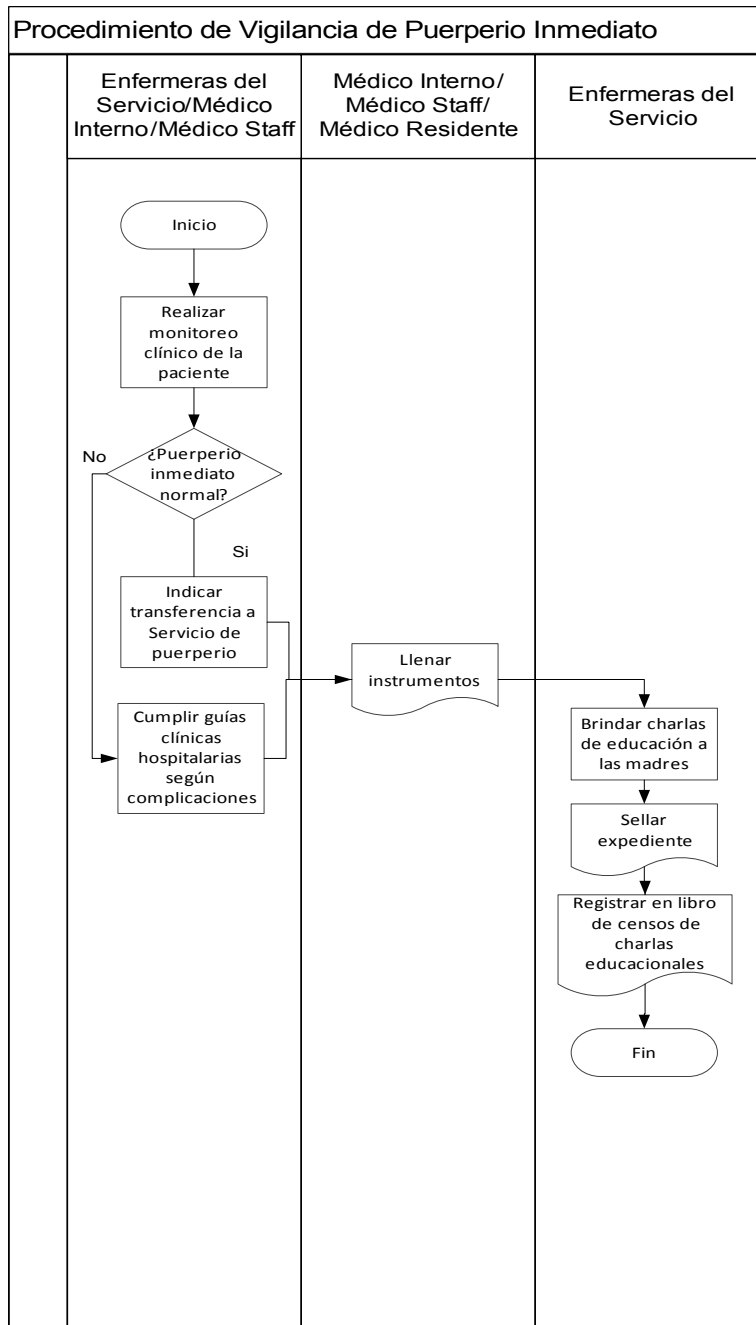
Código:  
CP.3.3.04

**VIGILANCIA DE PUERPERIO INMEDIATO**

Versión: 1

Página 6 de 6

**14 Diagrama de flujo:**





**CÓDIGO : CP.3.3.05**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA: 31/03/13**

## TRANSFERENCIA DE PACIENTE A PUERPERIO

**1 Unidad/es ejecutante/s:** Sala de Parto

**2 Objetivo:** Velar por el adecuado cumplimiento de los criterios médicos y administrativos en la derivación de pacientes a otros servicios según riesgos establecidos o identificación de problemas

**3 Alcance:** desde verificación del llenado correcto y completo de los diferentes instrumentos de recolección de datos clínicos materno post parto, hasta traslado de paciente a otro servicio


**4 Definiciones:**

- Embarazo normal: es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término
- Embarazo de alto riesgo: aquel en el que se tiene certeza o alta probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la estación u el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y/o el bebé.
- Parto: conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto, la placenta y sus anexos por vía vaginal.
- Distocia: anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.
- Eutocia: corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda.
- Parto con producto a término: expulsión del producto del organismo materno desde 37 semanas a 41 semanas de gestación.
- Parto post término: expulsión del producto del organismo materno con más de 41 semanas
- Nacimiento: expulsión completa o extracción del organismo materno el producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical unido a la placenta y que sea de 22 o más semanas de gestación.

**5 Requisitos Previos:**

5.1 Instrumento de recolección de datos completo

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.05
	<b>TRANSFERENCIA DE PACIENTE A PUERPERIO</b>	Versión: 1
		Página 2 de 6

## 6 Criterios de aceptación:

- 6.1 Se deberá dar cumplimiento de normativas de calidad y administrativas
- 6.2 Se debe registrar los datos clínicos de las pacientes en el libro de censos de la unidad de partos según normativa institucional
- 6.3 Se deben de llenar los instrumentos de información requeridos para el traslado de las pacientes cumpliendo las normas de enfermería.

## 7 Documentos internos de referencia:

Código	Nombre
MA.4.2.3.01	MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE PARTOS

## 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel		MINSAL	
Guías clínicas de atención hospitalarias de tercer nivel		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria

## 9 Indicadores:

Código	Nombre



## ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO

Código:  
CP.3.3.05

## TRANSFERENCIA DE PACIENTE A PUERPERIO

Versión: 1


Página 3 de 6

### 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.28	HOJA DE HISTORIA DE INGRESO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.01	HOJA DE IDENTIFICACIÓN (INGRESO Y EGRESO)	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES MEDICAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.12	HOJA DE CONTROL DE SIGNOS VITALES	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.13	HOJA DE TEMPERATURA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.20	HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años

### 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Médicos de Staff Médicos Internos Médicos Residentes Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Documentos de Expediente clínico y filiación	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental	Instrumental de traslado	Existencias de unidades de esterilización
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Camilla	Revisiones

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.05
	<b>TRANSFERENCIA DE PACIENTE A PUERPERIO</b>	Versión: 1
		Página 4 de 6

		reglamentarias realizadas
<b>12 Unidades de soporte</b>		
<b>Tipo de soporte</b>	<b>Área proveedora</b>	
Papelería	Impresos	
Material fungible	Almacén	
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos	
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento	



	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.05
	<b>TRANSFERENCIA DE PACIENTE A PUERPERIO</b>	Versión: 1
		Página 5 de 6

### 13 Descripción:

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Médico interno, médico residente y médico de staff	1	El médico verifica el llenado correcto y completo de los diferentes instrumentos de recolección de datos clínicos, tanto materno como neonatal
Médico interno, médico residente y médico de staff	2	Recolectar información clínica de la paciente en un libro de censo diario de pacientes
Enfermeras del servicio	3	Enfermería procede a llenar los diferentes instrumentos requeridos según normativas para el traslado de pacientes.
Enfermeras del servicio	4	Según la indicación de traslado, obtenida durante el monitoreo del puerperio inmediato de la paciente, se realiza el traslado al servicio correspondiente.
Enfermeras del servicio	4.1	Trasladar pacientes según riesgos, o patologías modernas asociadas
Enfermeras del servicio	5	Si el recién nacido es sano, se entrega a la madre.  Se verifica identidad de recién nacido lo que implica identificación del sexo e identificación de pulsera con datos maternos
Enfermeras del servicio	6	Las pacientes con monitoreo del puerperio inmediato normal, es trasladada al servicio de Puerperio.



## ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO

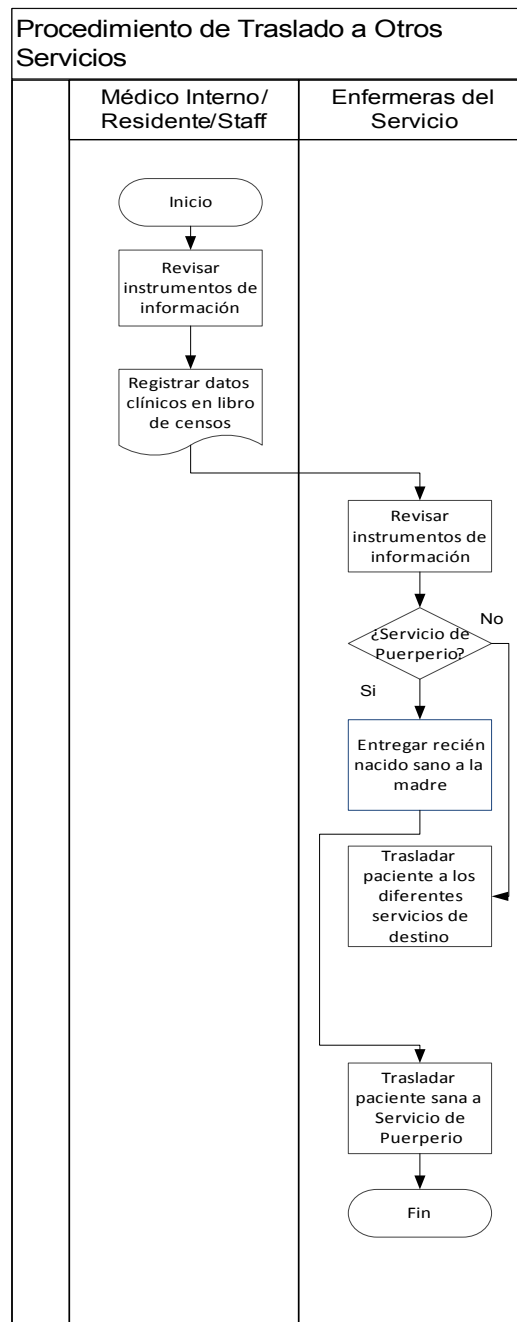
Código:  
CP.3.3.05

## TRANSFERENCIA DE PACIENTE A PUERPERIO

Versión: 1

Página 6 de 6

### 14 Diagrama de flujo:





**CÓDIGO : CP.3.3.06**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA: 31/03/13**

## ATENCIÓN DEL PARTO POR CESÁREA

**1 Unidad/es ejecutante/s:** Quirófano Obstétrico

**2 Objetivo:** Atender el parto que no es posible a través de vía vaginal.

**3 Alcance:** El servicio de Intervención Quirúrgica recibe a paciente proveniente de sala de partos hasta registrar la historia clínica de la paciente e ingresarla a la sala de operaciones.

**4 Definiciones:**

- CLAP: Centro Latinoamericano de Perinatología, Control Prenatal.
- Posición dorsal: paciente que permanece con las manos a cada lado del cuerpo, brazos extendidos, pulgares de aducción y manos de pronación. La cabeza se mantiene erecta y los pies dirigidos hacia delante. Las rodillas y los dedos en ligera flexión.
- Cateterismo vesical: introducción de una sonda a través de la uretra.
- Asepsia: es un término médico que define al conjunto de métodos aplicados para la conservación de la esterilidad.
- Antisepsia: se define como el empleo de sustancias químicas (antisépticos) para inhibir el crecimiento, destruir, o disminuir el número de microorganismos de la piel, mucosas y todos los tejidos vivos es la ausencia de la asepsia.
- Transoperatoria: Es el tiempo que transcurre desde que un paciente es recibido en la sala de operaciones y es llevado a la sala de recuperación
- Parto con producto a término: expulsión del producto del organismo materno desde 37 semanas a 41 semanas de gestación.
- Parto post termino: expulsión del producto del organismo materno con más de 41 semanas

**5 Requisitos Previos:**

5.1 Al momento de presentar la paciente al servicio debe corroborarse la información y documentos de la paciente, si se detectan errores en la identificación, el personal de enfermería que presenta a la paciente será responsable de coordinar las correcciones pero la paciente se da por recibida.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:



## ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO

Código:  
CP.3.3.06

## ATENCIÓN DEL PARTO POR CESÁREA

Versión: 1

Página 2 de 6

### 6 Criterios de aceptación:

- 6.1 Según la complejidad de la paciente se asigna la enfermera responsable de la atención de la paciente.
- 6.2 Las indicaciones médicas deben de estar clara y sin manchones, si traen indicados medicamentos o exámenes deben traer las recetas y documentación correspondiente.
- 6.3 Si se detecta algún problema con la documentación la enfermera que tae a la paciente coordinara las correcciones correspondientes
- 6.4 Con letra legible, sin manchones ni uso de corrector.
- 6.5 Todo paciente que ingresa debe anotarse en el censo diario y libro de ingreso y egreso
- 6.6 Historial claro, con letra legible, sin manchones ni uso de corrector

### 7 Documentos internos de referencia:

Código	Nombre
IN.4.2.3.01	Semiología Clínica
MA.4.2.3.01	Manual de Organización y Funciones de Partos

### 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel		MINSAL	
Guías clínicas de atención hospitalarias de tercer nivel		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria

### 9 Indicadores:

Código	nombre
ES.001	Aprovechamiento de capacidad instalada



## ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO

Código:  
CP.3.3.06

## ATENCIÓN DEL PARTO POR CESÁREA

Versión: 1

Página 3 de 6


PR.002	Cirugías por quirófano por día
PR.001	Aprovechamiento de quirófanos electivos
PR.003	índice de cesáreas
PR.010	Reporte de reacciones adversas por medicamento
RE.017	Total de partos atendidos
RE.001	Índice de partos por cesárea

### 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.01	HOJA DE IDENTIFICACIÓN (INGRESO Y EGRESO)	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.07	HOJA DE ANESTESIA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.10	HOJA DE CONTINUACIÓN DE HISTORIA MEDICA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.12	HOJA DE CONTROL DE SIGNOS VITALES	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.13	HOJA DE TEMPERATURA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.14	HOJA DE CONTROL DE TENSIÓN ARTERIAL	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.15	HOJA DE CONTROL DE LÍQUIDOS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.17	HOJA DE EXÁMENES	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.19	HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.20	HOJA PLANTAR DEL RECIÉN NACIDO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.21	HOJA DE REPORTE OBSTÉTRICO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años

### 11 Recursos

Tipo	Descripción	Características generales.
------	-------------	----------------------------

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.06
	<b>ATENCIÓN DEL PARTO POR CESÁREA</b>	Versión: 1
		Página 4 de 6

		<b>Requisitos</b>
Personal	Jefe del Servicio Médicos de Staff Médicos Internos Médicos Residentes Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hoja de ingreso Documentos de Expediente clínico y filiación Documentos de solicitud de interconsulta Documento de solicitud de pruebas complementarias	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental	Instrumental de exploración y asistencia al parto (fonendoscopio, esfigomanometro, bascula y tallmetro, disco obstétrico, gel traductor, cinta métrica)	Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	Ecco-dopler, monitores cardiacos y fetales, ecógrafo, cama de parto	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sabanas, guantes, espéculo, fármacos, ropa de sala, )	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Camilla o mesa de exploración ginecológica, foco de luz, lámpara,	Revisiones reglamentarias realizadas

## 12 Unidades de soporte

<b>Tipo de soporte</b>	<b>Área proveedora</b>
Pruebas diagnósticas	Laboratorio clínico, Banco de sangre, Radiología, Anatomía patológica, Trabajo social, Ultrasonografía, Nutrición, Fisioterapia.
Interconsulta	Médicos de otros servicios de la división medica
Papelería	Impresos
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Sistemas de información	Unidad de informática
Fármacos	Farmacia

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.06
	<b>ATENCIÓN DEL PARTO POR CESÁREA</b>	Versión: 1
		Página 5 de 6

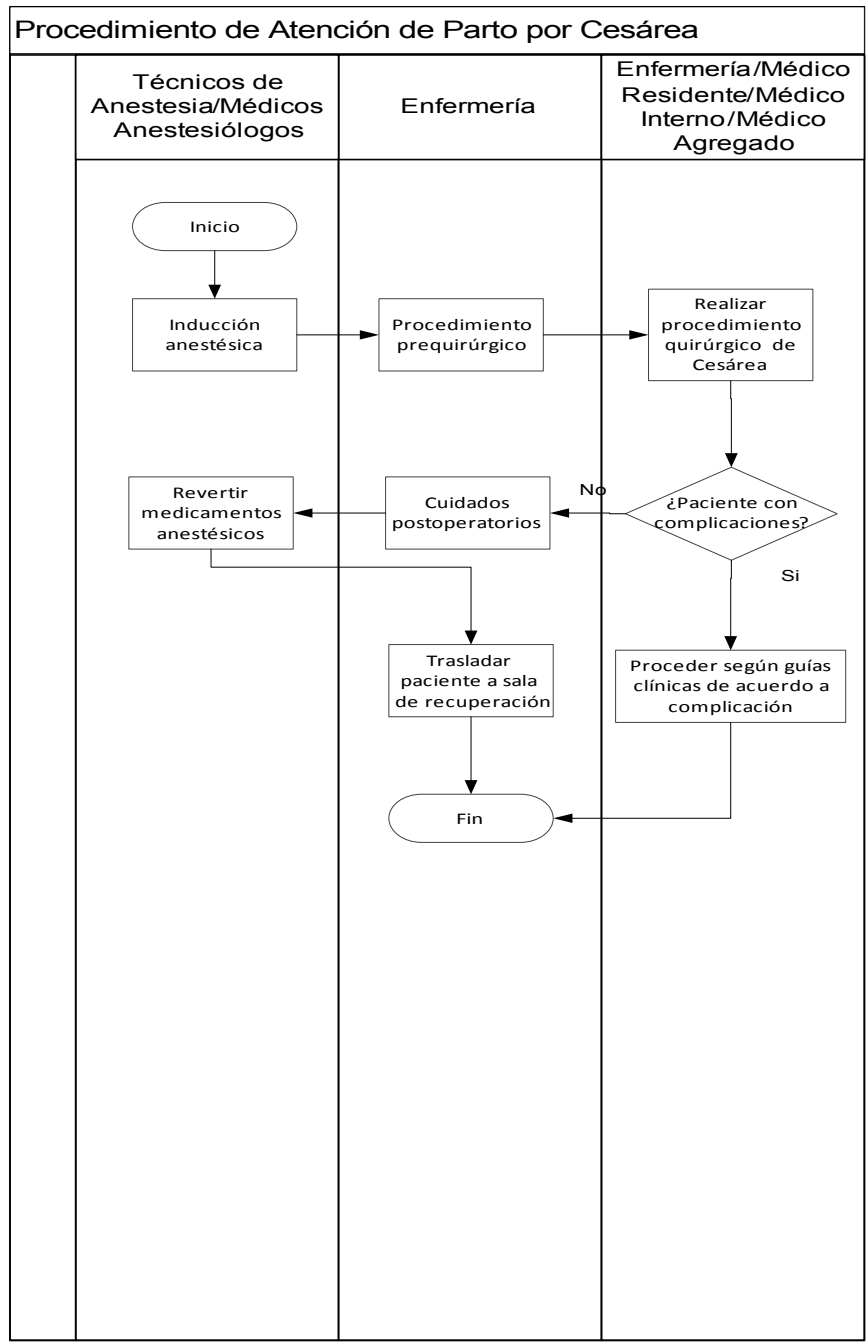
### 13 Descripción:

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Médico residente, Médico de staff, Técnico de anestesia, Médico anesthesiólogo	1	Presentación verbal a técnico de anestesia o anesthesiólogo, cumplimiento de técnica anestésica según categorización de paciente.
Enfermería	2	Se coloca paciente en posición dorsal, cateterismo vesical, asepsia y antisepsia.
Enfermeras del servicio Médico residente y médico de staff	3	Aplicación protocolizada de la técnica quirúrgica de cesárea.
Enfermeras del servicio Médico residente y médico de staff	4	Se decide la manera de proceder dependiendo si durante el procedimiento quirúrgico se presentó alguna clase de complicación
Enfermeras del servicio Médico residente y médico de staff	4.1	Se procede según el tipo de complicación transoperatorias, siguiendo las normativas hospitalarias
Enfermeras del servicio	5	Cuidados según protocolo post-quirúrgico de cesárea baja transversa: Sellado de herida, limpieza de paciente y traslado de paciente de la cama quirúrgica a carro transporte
Técnicos de anestesia y Médicos anesthesiólogos	6	Protocolo de reversión de medicamentos anestésicos según categorización individual del uso de medicamentos más manejo del dolor según protocolo hospitalario
Enfermeras del servicio	7	Se traslada paciente al área de recuperación para monitoreo continuo del estado clínico materno.
Médico residente, Médico de staff, Técnico de anestesia, Médico anesthesiólogo	8	Presentación verbal a técnico de anestesia o anesthesiólogo, cumplimiento de técnica anestésica según categorización de paciente.



<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.06
	Versión: 1
	Página 6 de 6

#### 14 Diagrama de flujo:







<b>CÓDIGO : CP.3.3.07</b>	<b>VERSIÓN: 1</b>	<b>FECHA: 31/03/13</b>
---------------------------	-------------------	------------------------

## VIGILANCIA DEL ESTADO DE SALUD POST CESÁREA

**1 Unidad/es ejecutante/s:** Partos


**2 Objetivo:** Definir las actividades que se deben llevar a cabo para brindar vigilancia y cuidado del estado de salud de pacientes posterior a la cesárea, y evaluar su condición para direccionar el traslado a otras unidades

**3 Alcance:** El servicio de Partos iniciando con la toma de signos vitales de la paciente hasta complementar el llenado de instrumentos administrativos de información clínica de la paciente post cesarea.

**4 Definiciones:**

- Edad gestacional: duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas completas.
- Embarazo normal: es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a termino
- Embarazo de alto riesgo: aquel en el que se tiene certeza o alta probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la estación u el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y/o el bebe.
- Parto: conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto, la placenta y sus anexos por vía vaginal.
- Distocia: anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.
- Eutocia: corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda
- Parto con producto a término: expulsión del producto del organismo materno desde 37 semanas a 41 semanas de gestación.
- Parto post termino: expulsión del producto del organismo materno con más de 41 semanas
- Nacimiento: expulsión completa o extracción del organismo materno el producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.07
	<b>VIGILANCIA DEL ESTADO DE SALUD POST CESÁREA</b>	Versión: 1
		Página 2 de 6

umbilical unido a la placenta y que sea de 22 o más semanas de gestación.



**5 Requisitos Previos:**

5.1 Para el llenado de instrumentos de información, se deberá cumplir las normativas administrativas.

**6 Criterios de aceptación:**

- 6.1 La realización del monitoreo clínico de la paciente se llevará a cabo cumpliendo las normativas correspondientes.
- 6.2 Se brindarán charlas de educación sexual y reproductiva a las pacientes, siguiendo normas de educación.
- 6.3 Se deberá dar cobertura en las charlas educacionales a por lo menos el 90% de la población atendida, según metas del Plan Anual Operativo

**7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
MA.4.2.3.01	MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE PARTOS

**8 Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel		MINSAL	
Guías clínicas de atención hospitalarias de tercer nivel		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red



<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>  <b>VIGILANCIA DEL ESTADO DE SALUD POST CESÁREA</b>	Código: CP.3.3.07
	Versión: 1
	Página 3 de 6

		hospitalaria
--	--	--------------

**9 Indicadores:**

Código	Nombre

**10 Registros:**

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
LC.7.2.3.01	LIBRO DE CENSOS DE CHARLAS EDUCACIONALES	Jefe de enfermeras	Físico		1 año
EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES MEDICAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.10	HOJA DE CONTINUACIÓN DE HISTORIA MEDICA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.11	HOJA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.12	HOJA DE CONTROL DE SIGNOS VITALES	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.13	HOJA DE TEMPERATURA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.14	HOJA DE CONTROL DE TENSIÓN ARTERIAL	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.15	HOJA DE CONTROL DE LÍQUIDOS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.19	HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.21	HOJA DE REPORTE	Jefe de	Físico	Archivo	10 años

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.07
	<b>VIGILANCIA DEL ESTADO DE SALUD POST CESÁREA</b>	Versión: 1
		Página 4 de 6

	OBSTÉTRICO	archivos			
--	------------	----------	--	--	--

### 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Jefe del Servicio Médicos de Staff Médicos Internos Médicos Residentes Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Documentos de Expediente clínico y filiación	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental	Instrumental de exploración y asistencia al parto (fonendoscopio, esfigomanómetro)	Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	monitores cardiacos	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos, ropa de sala, )	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Camilla	Revisiones reglamentarias realizadas

### 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Pruebas diagnósticas	Laboratorio clínico, Banco de sangre, Radiología, Anatomía patológica, Trabajo social, Ultrasonografía, Nutrición, Fisioterapia.
Papelería	Impresos
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Fármacos	Farmacia

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.07
	<b>VIGILANCIA DEL ESTADO DE SALUD POST CESÁREA</b>	Versión: 1
		Página 5 de 6

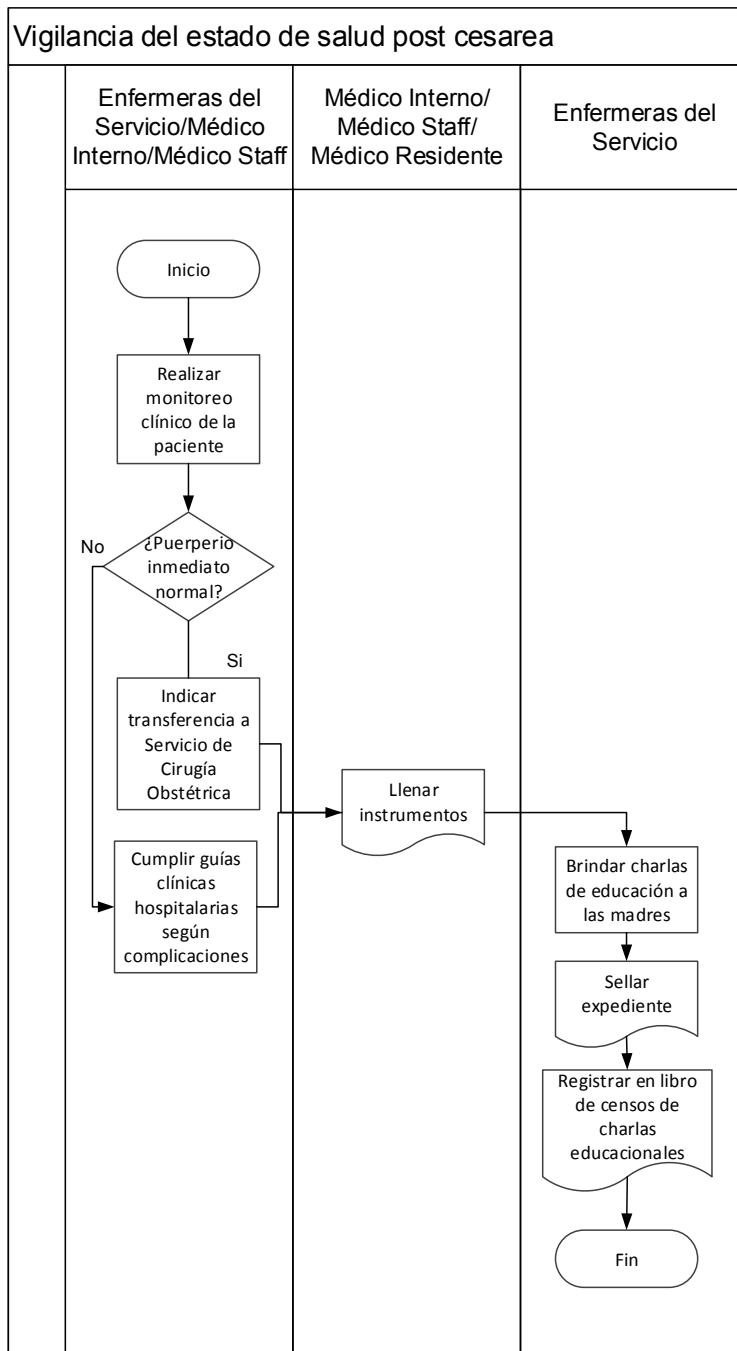
### 13 Descripción:

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Realizar monitoreo clínico de la paciente	1	Se procede a la toma de signos vitales según normativa por dos horas; vigilancia de la presencia de complicaciones post cesarea.
Si el puerperio inmediato fue normal, ver paso 2.1, sino ver paso 3	2	Se decide la manera de cómo proceder con la paciente dependiendo si el puerperio inmediato fue normal o no.
Indicar transferencia servicio de puerperio	2.1	Las pacientes cuyo puerperio inmediato resultó normal, serán trasladadas al servicio de Cirugía obstétrica.
Llenar instrumentos de información	2.2	Complementar el llenado de instrumentos administrativos de información clínica de la paciente
Brindar charlas de educación a las madres	2.3	Se brindan charlas educativas sobre lactancia materna, planificación familiar, signos de riesgos en el recién nacido y materno. Las charlas pueden ser grupales o individuales según demanda, en un promedio de 6 charlas diarias.
Sellar expediente	2.4	Colocación del sello en cada uno de los expedientes de las pacientes que han recibido charlas educativas.
Registrar en libro de censos de charlas educativas	2.5	Registro de cada una de las pacientes que recibieron charlas educativas con una finalidad de control de cobertura del 90% de la población atendida.
Cumplir normativas hospitalarias según complicaciones	3	Evaluación de complicaciones de la paciente puérpera y clasificación de riesgo.
Llenar instrumentos de información	4	Complementar el llenado de instrumentos administrativos de información clínica de la paciente



<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.07
	Versión: 1
	Página 6 de 6

**14 Diagrama de flujo:**





**CÓDIGO : CP.3.3.08**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA: 31/03/13**

## TRANSFERENCIA DE PACIENTE A CIRUGÍA OBSTÉTRICA

**1 Unidad/es ejecutante/s:** Parto

**2 Objetivo:** Velar por el adecuado cumplimiento de los criterios médicos y administrativos en la derivación de pacientes a otros servicios según riesgos establecidos o identificación de problemas

**3 Alcance:** desde verificación del llenado correcto y completo de los diferentes instrumentos de recolección de datos clínicos materno post parto, hasta traslado de paciente al servicio de Cirugía Obstétrica.

**4 Definiciones:**

- Embarazo normal: es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a termino
- Embarazo de alto riesgo: aquel en el que se tiene certeza o alta probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la estación u el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y/o el bebe.
- Parto: conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto, la placenta y sus anexos por vía vaginal.
- Distocia: anomalía en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.
- Eutocia: corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda.
- Parto con producto a término: expulsión del producto del organismo materno desde 37 semanas a 41 semanas de gestación.
- Parto post termino: expulsión del producto del organismo materno con más de 41 semanas
- Nacimiento: expulsión completa o extracción del organismo materno el producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical unido a la placenta y que sea de 22 o más semanas de gestación.

**5 Requisitos Previos:**

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:



<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.08
<b>TRANSFERENCIA DE PACIENTE A CIRUGÍA OBSTÉTRICA</b>	Versión: 1
	Página 2 de 6

5.1 Instrumento de recolección de datos completo

**6 Criterios de aceptación:**

- 6.1 Se deberá dar cumplimiento de normativas de calidad y administrativas
- 6.2 Se debe registrar los datos clínicos de las pacientes en el libro de censos de la unidad de partos según normativa institucional
- 6.3 Se deben de llenar los instrumentos de información requeridos para el traslado de las pacientes cumpliendo las normas de enfermería.

**7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
MA.4.2.3.01	Manual de organización y funciones de Sala de partos

**8 Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel		MINSAL	
Guías clínicas de atención hospitalarias de tercer nivel		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria

**9 Indicadores:**

Código	Nombre





<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.08
<b>TRANSFERENCIA DE PACIENTE A CIRUGÍA OBSTÉTRICA</b>	Versión: 1
	Página 3 de 6


--	--

### 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.01	HOJA DE IDENTIFICACIÓN Y (INGRESO Y EGRESO)	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES MEDICAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.12	HOJA DE CONTROL DE SIGNOS VITALES	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.13	HOJA DE TEMPERATURA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.14	HOJA DE CONTROL DE TENSION ARTERIAL	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.16	HOJA DE CONTROL DE LIQUIDOS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.20	HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.21	HOJA PLANTAR DEL RECIÉN NACIDO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años

### 11 Recursos:


Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Médicos de Staff Médicos Internos Médicos Residentes Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Documentos de Expediente clínico y	Registro formalizados por

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.08
	<b>TRANSFERENCIA DE PACIENTE A CIRUGÍA OBSTÉTRICA</b>	Versión: 1
		Página 4 de 6

	filiación	la unidad de estadísticas
Instrumental	Instrumental de traslado	Existencias de unidades de esterilización
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sabanas, guantes)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Camilla	Revisiones reglamentarias realizadas

## 12 Unidades de soporte

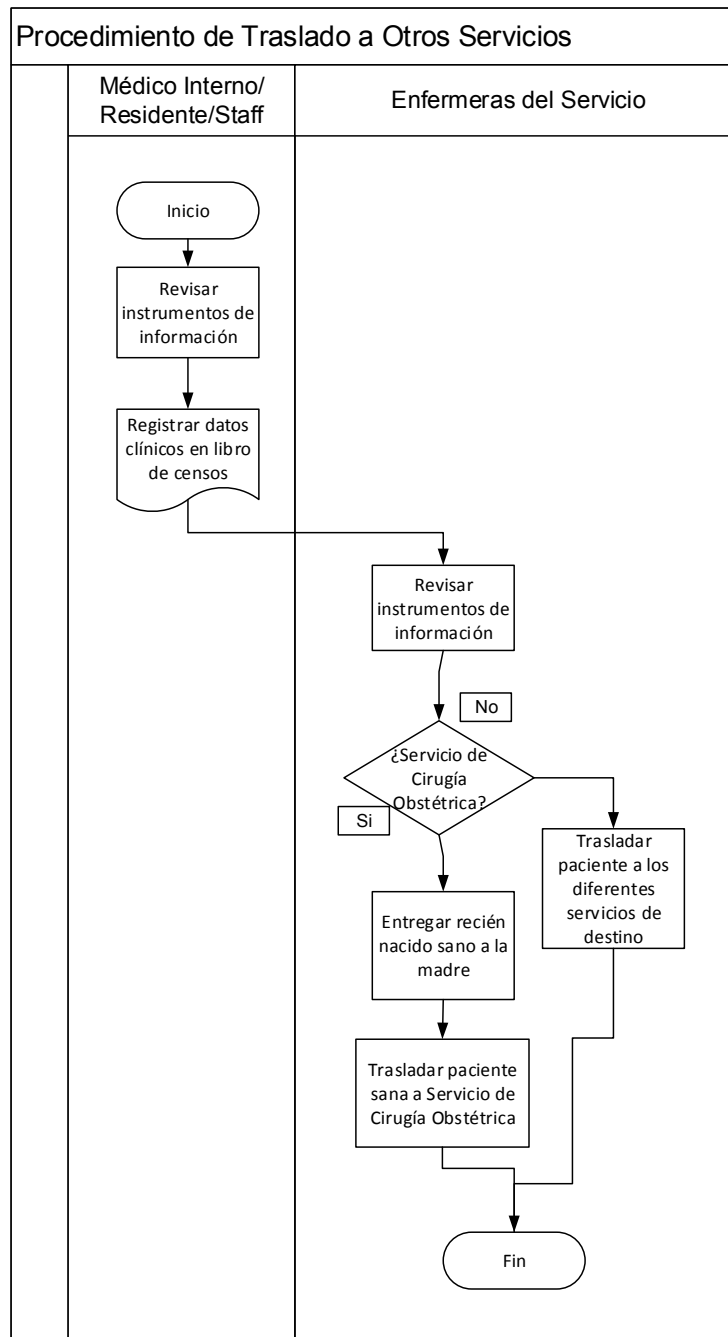
<b>Tipo de soporte</b>	<b>Área proveedora</b>
Papelería	Impresos
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.08
	<b>TRANSFERENCIA DE PACIENTE A CIRUGÍA OBSTÉTRICA</b>	Versión: 1
		Página 5 de 6

### 13 Descripción:

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Médico interno, médico residente y médico de staff	1	El médico verifica el llenado correcto y completo de los diferentes instrumentos de recolección de datos clínicos, tanto materno como neonatal
Médico interno, médico residente y médico de staff	2	Consiste en recolectar información clínica de la paciente en un libro de censo diario de pacientes
Enfermeras del servicio	3	Enfermería procede a llenar los diferentes instrumentos requeridos según normativas para el traslado de pacientes.
Enfermeras del servicio	4	Según la indicación de traslado, obtenida durante el monitoreo del estado de salud post cesárea de la paciente, se realiza el traslado al servicio correspondiente.
Enfermeras del servicio	4.1	Trasladar pacientes según riesgos, o patologías modernas asociadas
Enfermeras del servicio	5	Si el recién nacido es sano, se entrega a la madre.  Se verifica identidad de recién nacido lo que implica identificación del sexo e identificación de pulsera con datos maternos
Enfermeras del servicio	6	Las pacientes con monitoreo del puerperio inmediato normal, es trasladada al servicio de Cirugía Obstétrica.

**14 Diagrama de flujo:**





**CÓDIGO : CP.3.3.09**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31-3-13**

**ADMISIÓN EN PUERPERIO**

- 1 **Unidad Administrativa:** Puerperio.
- 2 **Objetivo:** Admitir a pacientes provenientes del servicio de parto por medio de la realización de un análisis de la situación del ingreso.
- 3 **Alcance:** El servicio de Puerperio recibe a paciente con parto vaginal proveniente de sala de partos hasta registrar la historia clínica de la paciente ingresada y realizar un examen físico completo.
- 4 **Definiciones:**
  - CLAP: Centro Latinoamericano de Perinatología, Control Prenatal
  - Parto con producto a término: expulsión del producto del organismo materno desde 37 semanas a 41 semanas de gestación.
  - Parto post termino: expulsión del producto del organismo materno con más de 41 semanas
  - Nacimiento: expulsión completa o extracción del organismo materno el producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical unido a la placenta y que sea de 22 o más semanas de gestación.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Al momento de presentar la paciente al servicio debe corroborarse la información y documentos de la paciente, si se detectan errores en la identificación, el personal de enfermería que presenta a la paciente será responsable de coordinar las correcciones pero la paciente se da por recibida.
  - 5.2 La paciente debe haber tenido un parto normal sin problemas cardiacos activos.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Verificar la condición de salud de todo el recién nacido en alojamiento conjunto al momento del ingreso.
  - 6.2 Según la complejidad de la paciente se asigna la enfermera responsable de la atención de la paciente.
  - 6.3 Las indicaciones médicas deben de estar clara y sin manchones, si traen

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

	<b>PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.09
	<b>ADMISIÓN EN PUERPERIO</b>	Versión:1.0
		Página 2 de 6

- indicados medicamentos o exámenes deben traer las recetas y documentación correspondiente.
- 6.4 Si se detecta algún problema con la documentación la enfermera que tae a la paciente coordinara las correcciones correspondientes
- 6.5 Con letra legible, sin manchones ni uso de corrector.
- 6.6 Todo paciente que ingresa debe anotarse en el censo diario y libro de ingreso y egreso
- 6.7 Historia clara, con letra legible, sin manchones ni uso de corrector.

#### 7 Documentos internos de referencia:

Código	Nombre
IN.4.2.3.01	Semiología clínica
MA.4.2.3.02	Manual de organización y funciones de Puerperio

#### 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel		MINSAL	
Guías clínicas de atención hospitalarias de tercer nivel		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria

#### 9 Indicadores:

Código	Nombre



**PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO**

Código:  
CP.3.3.09

**ADMISIÓN EN PUERPERIO**

Versión:1.0

Página 3 de 6

**10 Control de registros:**

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.28	HOJA DE HISTORIA DE INGRESO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.01	HOJA DE IDENTIFICACIÓN (INGRESO Y EGRESO)	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.02	HOJA DE REFERENCIA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.03	HOJA CLAP	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.04	HOJA DE PARTOGRAMA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.07	HOJA DE ANESTESIA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.08	HOJA DE PROCEDIMIENTO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES MEDICAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.10	HOJA DE CONTINUACIÓN DE HISTORIA MEDICA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.11	HOJA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.12	HOJA DE CONTROL DE SIGNOS VITALES	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.13	HOJA DE TEMPERATURA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.14	HOJA DE CONTROL DE TENSIÓN ARTERIAL	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.15	HOJA DE CONTROL DE LÍQUIDOS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.16	HOJA DE EXAMEN QUE LA PACIENTE TRAE	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.17	HOJA DE EXÁMENES	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.18	HOJA DE ANOTACIÓN DE ENFERMERA DE OTRO CENTRO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años

	<b>PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.09
	<b>ADMISIÓN EN PUERPERIO</b>	Versión:1.0
		Página 4 de 6

EX.7.5.3.19	HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.20	HOJA PLANTAR DEL RECIÉN NACIDO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años

#### 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Ginecólogo Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hoja de ingreso Documentos de historia clínica y filiación	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos, etc)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Cama	Revisiones reglamentarias realizadas

#### 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Fármacos	Farmacia



	<b>PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.09
	<b>ADMISIÓN EN PUERPERIO</b>	Versión:1.0
		Página 5 de 6

### 13 Descripción

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
-Enfermería (otras áreas) -Enfermera del servicio	1	El personal de enfermería de otras áreas presenta a la paciente a ser ingresada a la enfermera del servicio de puerperio.
-Enfermería unidad de puerperio	2	Se identifica a la paciente a través de la hoja de ingreso y egreso, corroborando los datos del expediente.
-Enfermería unidad de puerperio	3	La enfermera revisa que la documentación del recién nacido (plantar) esté debidamente llena.
-Enfermería unidad de puerperio	4	Se realiza un examen físico general para verificar la condición de salud del recién nacido.
-Enfermería unidad de puerperio	5	Si el recién nacido presenta problemas en las condiciones de salud ver paso 6, caso contrario que sean normales dichas condiciones ver paso 7
-Enfermería unidad de puerperio	6	Transferencia de recién nacido a Neonatología.
-Enfermería unidad de puerperio	7	La enfermera revisa toda la documentación de la paciente (atención de parto, hoja perinatal simplificada del CLAP, exámenes de laboratorio).
-Enfermería unidad de puerperio	8	Se realiza un examen general a la paciente, para verificar condición de salud y asignación de cama según el riesgo.
-Enfermería unidad de puerperio	9	Se complementa expediente clínico con hoja de signos vitales, papelería para historia clínica, indicaciones médicas y hojas de anotaciones de enfermería
-Enfermería unidad de puerperio	10	Se registra a la paciente en censo y en libro de ingresos y egresos del servicio.
-Médicos staff -Médicos residentes	11	Se redacta la historia clínica de la paciente ingresada y se realiza un examen físico completo del ingreso



**PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO**

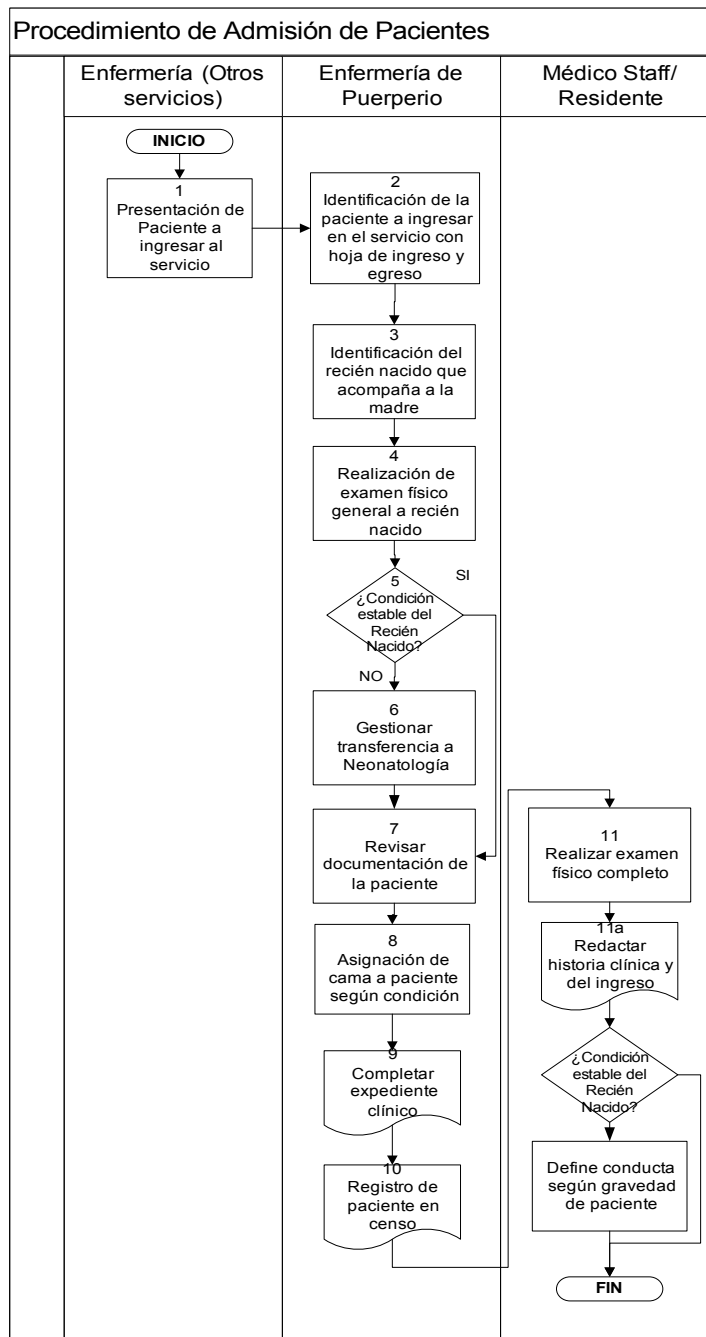
Código:  
CP.3.3.09

**ADMISIÓN EN PUERPERIO**

Versión:1.0

Página 6 de 6

**14 Diagrama de flujo**





**CÓDIGO : CP.3.3.10**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA: 31-3-13**

## EVALUACIÓN MÉDICA INMEDIATA

**1 Unidad/es ejecutante/s:** Puerperio

**2 Objetivo:** Definir los elementos necesarios para brindar una atención integral inmediata a la paciente ingresada en el servicio de Puerperio, definiendo su manejo, atendiendo sus necesidades de asistencia médica inmediata por la complejidad en el trabajo de parto.

**3 Alcance:** Aplica para las pacientes que no han tenido un puerperio inmediato normal, inicia desde que la paciente es admitida en la unidad de puerperio y finaliza al haber estabilizado a la paciente, definiendo indicaciones médicas a seguir por las enfermeras del servicio.

**4 Definiciones:**

- Sinónimo: estado puerperal. Es el periodo de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto. Durante el mismo las modificaciones gravídicas de los órganos y sistemas maternos retornan al estado previo del embarazo. Se acepta que tiene un periodo de duración de 45 días o seis semanas posteriores al alumbramiento. Se clasifica en:
- Puerperio Inmediato: periodo que corresponde a las primeras 24 horas del periodo post parto.
- Puerperio Mediato: se extiende hasta el final de la primera semana del periodo post parto. De 24 horas a 7 días posteriores al parto.
- Puerperio Tardío: se extiende hasta la sexta semana del periodo post parto.
- Condiciones en que se encuentra el organismo de la parturienta durante el tiempo necesario para recuperar su estado normal. Este término se adopta a veces en el sentido de estado gravidopuerperal y designa entonces el conjunto de las funciones: embarazo, parto y período postparto.

**5 Requisitos Previos:**

- 5.1 Indicaciones medias de atención inmediata de la paciente en el servicio de puerperio
- 5.2 Las indicaciones médicas deben de estar clara y sin manchones, si traen

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

	<b>PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.10
	<b>EVALUACIÓN MÉDICA INMEDIATA</b>	Versión: 1
		Página 2 de 6

	<p>indicados medicamentos o exámenes deben traer las recetas y documentación correspondiente.</p> <p>5.3 Si se detecta algún problema con la documentación la enfermera que tae a la paciente coordinara las correcciones correspondientes</p> <p>5.4 Con letra legible, sin manchones ni uso de corrector.</p> <p>5.5 Todo paciente que ingresa debe anotarse en el censo diario y libro de ingreso y egreso</p> <p><b>6 Criterios de aceptación:</b></p> <p>6.1 El examen físico realizado en la evaluación médica inmediata es un examen orientado al problema de la paciente recién ingresada, este será tan detallado como sea necesario según bibliografía sobre Semiología Clínica.</p> <p>6.2 Las anotaciones que realicen los médicos de staff y personal de enfermería, en el expediente clínico, tales como: historia clínica, notas de evolución, indicaciones médicas, anotaciones de enfermería entre otras; deberán ser con letra legible, sin manchones ni uso de corrector y deben ser acompañadas del nombre, firma y sello de la persona que las registro así como de la fecha y hora de su registro.</p> <p><b>7 Documentos internos de referencia:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Código</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IN.4.2.3.01</td> <td>Semiología clínica</td> </tr> <tr> <td>MA.4.2.3.02</td> <td>Manual de organización y funciones de Puerperio</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p><b>8 Documentos externos:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Nombre del documento externo</th> <th style="width: 25%;">Fecha de expedición</th> <th style="width: 25%;">Entidad que lo expide</th> <th style="width: 25%;">Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel</td> <td> </td> <td>MINSAL</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Guías clínicas de atención hospitalarias</td> <td> </td> <td>MINSAL</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Código	Nombre	IN.4.2.3.01	Semiología clínica	MA.4.2.3.02	Manual de organización y funciones de Puerperio			Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción	Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel		MINSAL		Guías clínicas de atención hospitalarias		MINSAL	
Código	Nombre																				
IN.4.2.3.01	Semiología clínica																				
MA.4.2.3.02	Manual de organización y funciones de Puerperio																				
Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción																		
Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel		MINSAL																			
Guías clínicas de atención hospitalarias		MINSAL																			

	<b>PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.10
	<b>EVALUACIÓN MÉDICA INMEDIATA</b>	Versión: 1
		Página 3 de 6

de tercer nivel			
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria

## 9 Indicadores:

Código	Nombre
PR.010	Porcentaje de paciente con reacciones adversas por medicamento
RE.014	Porcentaje de pacientes con Sepsis puerperal

## 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.28	HOJA DE HISTORIA DE INGRESO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES MEDICAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.12	HOJA DE CONTROL DE SIGNOS VITALES	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.13	HOJA DE TEMPERATURA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.19	HOJA DE ANOTACIONES ENFERMERAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años

## 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características
------	-------------	-----------------

	<b>PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.10
	<b>EVALUACIÓN MÉDICA INMEDIATA</b>	Versión: 1
		Página 4 de 6

		<b>generales. requisitos</b>
Personal	Ginecólogo Enfermera Auxiliar de enfermería	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hoja de ingreso Documentos de historia clínica y filiación Documento de solicitud de interconsulta Documento de solicitud de pruebas complementarias	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental	Instrumental de exploración	Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	Monitores	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos, etc)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Camilla o mesa de exploración ginecológica, foco de luz, etc	Revisiones reglamentarias realizadas

## 12 Unidades de soporte

<b>Tipo de soporte</b>	<b>Área proveedora</b>
Pruebas diagnosticas	Servicio de laboratorio, banco de sangre, Radiología, Anatomía patológica, Trabajo social, Ultrasonografía, Nutrición, Fisioterapia.
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Sistemas de información	Unidad de informática
Fármacos	Farmacia
Traslado urgente	Transporte

	<b>PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.10
	<b>EVALUACIÓN MÉDICA INMEDIATA</b>	Versión: 1
		Página 5 de 6

### 13 Descripción

Responsable	No.	Actividad
Médico staff Médicos residentes	1	<b>Presentación y saludo a la paciente:</b> Identificación de datos generales de la paciente
Médicos staff Médicos residentes	2	<b>Revisión de expediente clínico:</b> El médico revisa la duración de los tres periodos del parto y las complicaciones que se hayan presentado en cada uno de ellos. Búsqueda de enfermedades propias del puerperio inmediato en pacientes que han tenido partos normales
Médicos staff Médicos residentes	3	<b>Realizar examen físico</b> El médico realiza una descripción de todos los sistemas haciendo especial énfasis en el sistema genito urinario. (signos vitales, apariencia general, examen por sistemas)
Médicos staff Médicos residentes	4	<b>Realizar diagnóstico de la condición de salud de la paciente</b> El médico realiza el diagnóstico de la paciente y revalora el riesgo
Médicos staff Médicos residentes	5	<b>Descripción de indicaciones para cumplir plan de manejo inmediato.</b> Se escriben en el expediente las indicaciones según hallazgos y resultados de examen físico y exámenes de laboratorio y gabinete
Médicos staff Médicos residentes	6	<b>Elaboración de requisiciones para medicamento</b> El médico staff escribe en documentos pre elaborados las necesidades diarias de cada uno de los medicamentos.
Médicos staff Médicos residentes	7	<b>Llenado de solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete</b> EL médico interno, residente o staff escribe en documentos pre elaborados las solicitudes de exámenes de laboratorio y gabinete
Médicos staff Médicos residentes	8	<b>Llenado de historia clínica perinatal del CLAP</b> El médico residente o staff llena la parte del documento que corresponde a la unidad de puerperio y al recién nacido que está en alojamiento conjunto
Médicos staff Médicos residentes	9	<b>Llenado de solicitud de interconsulta</b> El médico interno, residente o staff llena un documento pre elaborado de solicitud de servicio médico especializado.



## PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO

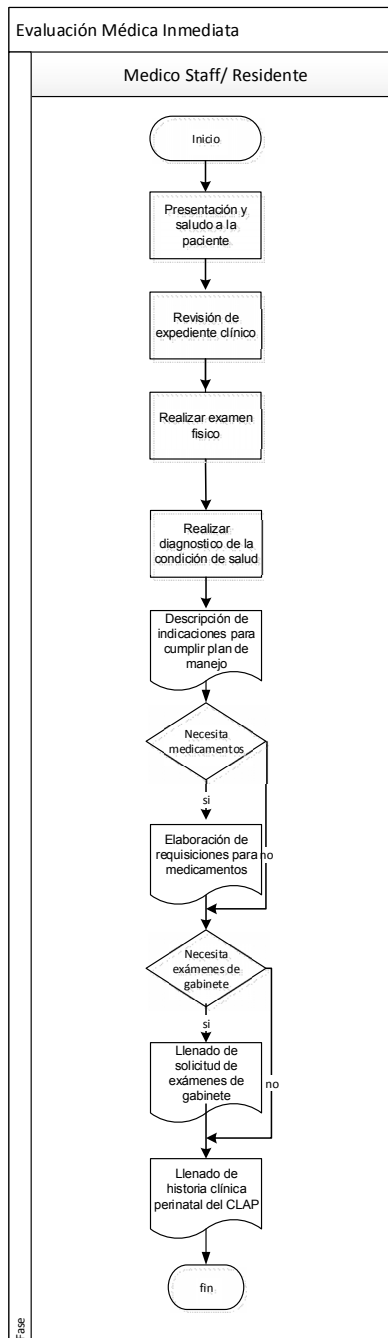
Código:  
CP.3.3.10

### EVALUACIÓN MÉDICA INMEDIATA

Versión: 1

Página 6 de 6

#### 14 Diagrama de flujo







**CÓDIGO : CP.3.3.11**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA: 31/3/13**

## ATENCIÓN MÉDICA SISTEMÁTICA

- 1 **Unidad Administrativa:** Puerperio.
- 2 **Objetivo:** Definir los elementos necesarios para brindar una atención integral a la paciente ingresada en el servicio, definiendo su manejo, atendiendo sus necesidades de asistencia médica y brindándole la información necesaria sobre su tratamiento.
- 3 **Alcance:** Puerperio iniciando con la identificación de los datos generales de la paciente hasta solicitud de interconsulta cuando sea necesario.
- 4 **Definiciones:**
  - Estado puerperal. Es el periodo de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto. Durante el mismo las modificaciones gravídicas de los órganos y sistemas maternos retornan al estado previo del embarazo. Se acepta que tiene un periodo de duración de 45 días o seis semanas posteriores al alumbramiento. Se clasifica en:
    - Puerperio Inmediato: periodo que corresponde a las primeras 24 horas del periodo post parto.
    - Puerperio Mediato: se extiende hasta el final de la primera semana del periodo post parto. De 24 horas a 7 días posteriores al parto.
    - Puerperio Tardío: se extiende hasta la sexta semana del periodo post parto.
    - Condiciones en que se encuentra el organismo de la parturienta durante el tiempo necesario para recuperar su estado normal. Este término se adopta a veces en el sentido de estado gravidopuerperal y designa entonces el conjunto de las funciones: embarazo, parto y período postparto.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 La visita médica previa realizada por los médicos residentes e internos debe concluir antes de las 7:00 a.m. previo a la llegada del médico de staff con quien se desarrollara la visita diaria formal en la que se validaran o redefinirán los planes de manejo de cada paciente.(Evaluar criterios de necesidad y prudencia de esta visita)
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 El examen físico realizado en la visita médica diaria es un examen orientado al problema de cada paciente ingresada, este será tan detallado como sea necesario según bibliografía sobre Semiología Clínica.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

	<b>PROCESO DE ATENCIÓN DE PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.11
	<b>PROCEDIMIENTO ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA</b>	Versión:1.0
		Página 2 de 7

- 6.2 Las anotaciones que realicen los médicos internos, médicos residentes, médicos de staff y personal de enfermería, en el expediente clínico, tales como: historia clínica, notas de evolución, indicaciones médicas, anotaciones de enfermería entre otras; deberán ser con letra legible, sin manchones ni uso de corrector y deben ser acompañadas del nombre, firma y sello de la persona que las registro así como de la fecha y hora de su registro.
- 6.3 El médico de staff es el responsable de verificar mediante examen físico cada caso presentado por el residente durante la visita, así como la claridad, orden y veracidad de lo registrado en el expediente.

#### 7 Documentos internos de referencia:

Código	Nombre
IN.4.2.3.01	Semiología clínica
MA.4.2.3.02	Manual de organización y funciones de Puerperio
NT 4.2.3.01	Normas técnicas de Control Interno.

#### 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel		MINSAL	
Guías clínicas de atención hospitalarias de tercer nivel		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria

	<b>PROCESO DE ATENCIÓN DE PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.11
	<b>PROCEDIMIENTO ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA</b>	Versión:1.0
		Página 3 de 7

### 9 Indicadores:

Código	Nombre
PR.010	Porcentaje de paciente con reacciones adversas por medicamento
RE.014	Porcentaje de pacientes con Sepsis puerperal

### 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.28	HOJA DE HISTORIA DE INGRESO	Jefe archivos de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES MEDICAS	Jefe archivos de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.12	HOJA DE CONTROL DE SIGNOS VITALES	Jefe archivos de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.13	HOJA DE TEMPERATURA	Jefe archivos de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.19	HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERAS	Jefe archivos de	Físico	Archivo	10 años

### 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Ginecólogo Enfermera Auxiliar de enfermería	Personal con formación específica

	<b>PROCESO DE ATENCIÓN DE PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.11
	<b>PROCEDIMIENTO ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA</b>	Versión:1.0
		Página 4 de 7

Papelería	Papel para hoja de ingreso Documentos de historia clínica y filiación Documento de solicitud de interconsulta Documento de solicitud de pruebas complementarias	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental	Instrumental de exploración.	Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	Monitores	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos, etc)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Camilla o mesa de exploración ginecológica, foco de luz, etc	Revisiones reglamentarias realizadas

## 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Pruebas diagnosticas	Servicio de laboratorio, banco de sangre, Radiología, Anatomía patológica, Trabajo social, Ultrasonografía, Nutrición, Fisioterapia.
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Fármacos	Farmacia

	<b>PROCESO DE ATENCIÓN DE PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.11
	<b>PROCEDIMIENTO ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA</b>	Versión:1.0
		Página 5 de 7

### 13 Descripción

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Médico Residente Médico Interno	1	Identificación de datos generales de la paciente
Médico Residente Médico Interno	2	El médico revisa la duración de los tres periodos del parto y las complicaciones que se hayan presentado en cada uno de ellos. Búsqueda de enfermedades propias o que están complicando al embarazo.
Médico Residente Médico Interno	3	El médico realiza una descripción de todos los sistemas haciendo especial énfasis en el sistema genito urinario. (signos vitales, apariencia general, examen por sistemas)
Médico Staff Médico Residente	4	El médico realiza el diagnostico de la paciente y revalora el riesgo
Médico Staff Médico Residente	5	Se escriben en el expediente las indicaciones según hallazgos y resultados de examen físico y exámenes de laboratorio y gabinete Nota de devolución: como se encuentra la paciente ese día acorde a evolución.
Médico Staff Médico Residente	6	El médico interno, residente o staff escribe en documentos pre elaborados las necesidades diarias de cada uno de los medicamentos.
Médico Staff Médico Residente	7	EL médico interno, residente o staff escribe en documentos pre elaborados las solicitudes de exámenes de laboratorio y gabinete
Médico Staff Médico Residente	8	El médico residente o staff llena la parte del documento que corresponde a la unidad de puerperio y al recién nacido que está en alojamiento conjunto
Médico Staff Médico Residente	9	El médico interno, residente o staff llena un documento pre elaborado de solicitud de servicio médico especializado.



**PROCESO DE ATENCIÓN DE PARTO Y POST-PARTO**

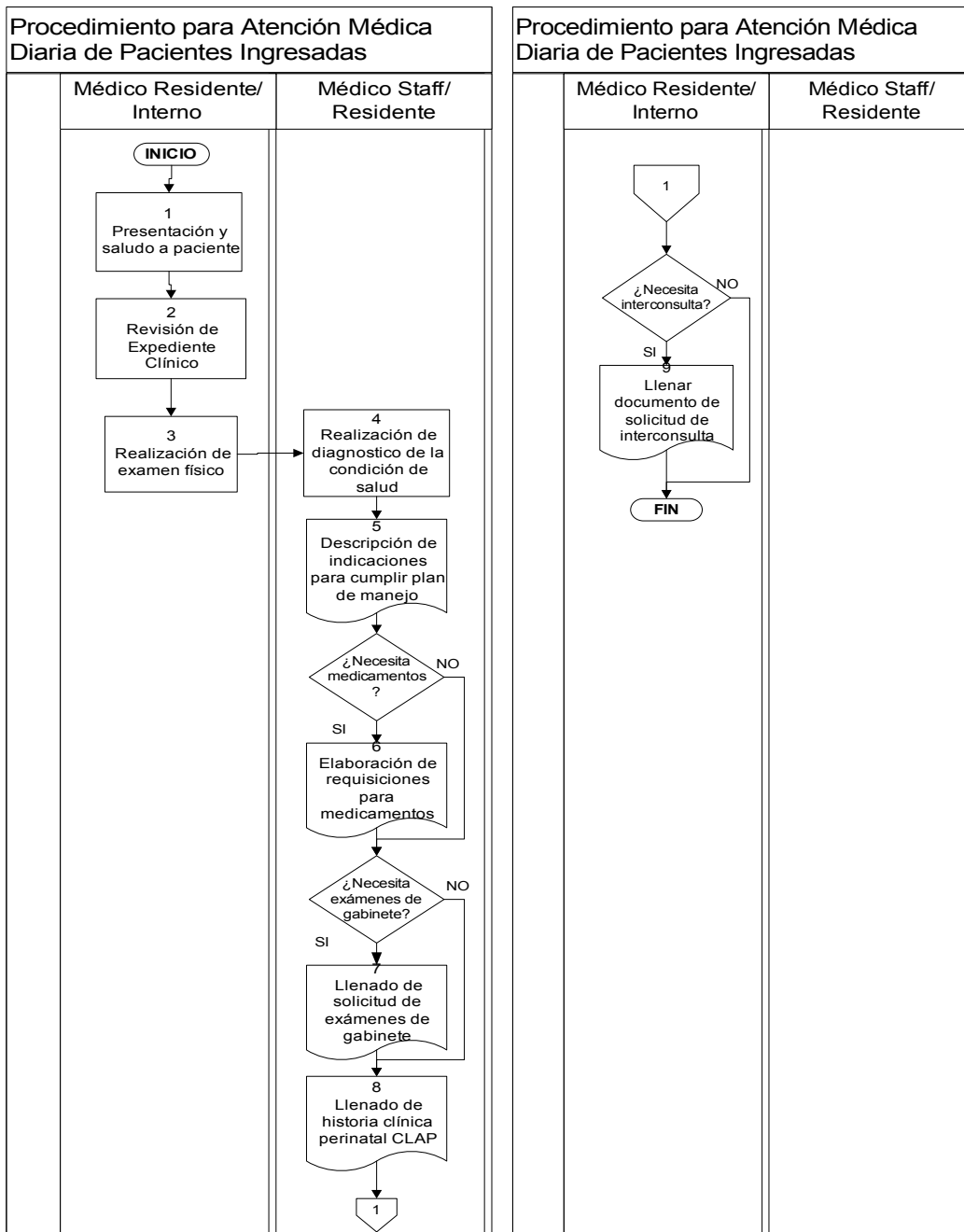
Código:  
CP.3.3.11

**PROCEDIMIENTO ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA**

Versión:1.0

Página 6 de 7

**14 Diagrama de flujo**





**CÓDIGO : CP.3.3.12**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA: 31-3-13**

## CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MÉDICAS

**1 Unidad/es ejecutante/s:** Puerperio

**2 Objetivo:** Cumplimiento de las indicaciones establecidas por los médicos que evaluaron la condición de salud de la paciente.

**3 Alcance:** inicia con la revisión de las indicaciones médicas y finaliza cuando se ha llenado las indicaciones de las enfermeras en la hoja de anotaciones de enfermera, posterior a la realización de los cuidados de rutina,.

**4 Definiciones:**

- Estado puerperal. Es el periodo de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto. Durante el mismo las modificaciones gravídicas de los órganos y sistemas maternos retornan al estado previo del embarazo. Se acepta que tiene un periodo de duración de 45 días o seis semanas posteriores al alumbramiento. Se clasifica en:
  - Puerperio Inmediato: periodo que corresponde a las primeras 24 horas del periodo post parto.
  - Puerperio Mediato: se extiende hasta el final de la primera semana del periodo post parto. De 24 horas a 7 días posteriores al parto.
  - Puerperio Tardío: se extiende hasta la sexta semana del periodo post parto.
  - Condiciones en que se encuentra el organismo de la parturienta durante el tiempo necesario para recuperar su estado normal. Este término se adopta a veces en el sentido de estado gravidopuerperal y designa entonces el conjunto de las funciones: embarazo, parto y período postparto.


**5 Requisitos Previos:**

5.1 Haberse desarrollado la atención médica sistemática o la atención médica inmediata, estableciéndose el plan de manejo para la paciente en la hoja de indicaciones médicas.

**6 Criterios de aceptación:**

6.1 Las anotaciones que realice el personal de enfermería, en el expediente clínico, en las anotaciones de enfermería entre otras; deberán ser con letra

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

	<b>PROCESO: ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.12
	<b>PROCEDIMIENTO: CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS</b>	Versión: 1
		Página 2 de 6

legible, sin manchones ni uso de corrector y deben ser acompañadas del nombre, firma y sello de la persona que las registro así como de la fecha y hora de su registro

#### 7 Documentos internos de referencia:

Código	Nombre
IN.4.2.3.01	Semiología clínica
MA.4.2.3.02	Manual de organización y funciones de Puerperio
NT 4.2.3.01	Normas técnicas de Control Interno.

#### 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel		MINSAL	
Guías clínicas de atención hospitalarias de tercer nivel		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería-Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria

#### 9 Control de Indicadores:

Código	Nombre

#### 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	





**PROCESO: ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO**

Código:  
CP.3.3.12

**PROCEDIMIENTO: CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS**

Versión: 1

Página 3 de 6


EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES MEDICAS	Jefe de archivos	de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.19	HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERAS	Jefe de archivos	de	Físico	Archivo	10 años

**11 Recursos:**

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Enfermera	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hoja de anotaciones de enfermera Documentos de historia clínica.	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental	Instrumental de exploración.	Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	Monitores	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos, etc)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Camilla.	Revisiones reglamentarias realizadas


**12 Unidades de soporte**

Tipo de soporte	Área proveedora
Pruebas diagnosticas	Servicio de laboratorio, banco de sangre, Radiología, Anatomía patológica, Trabajo social, Ultrasonografía, Nutrición, Fisioterapia.
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Fármacos	Farmacia

	<b>PROCESO: ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.12
	<b>PROCEDIMIENTO: CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS</b>	Versión: 1
		Página 4 de 6

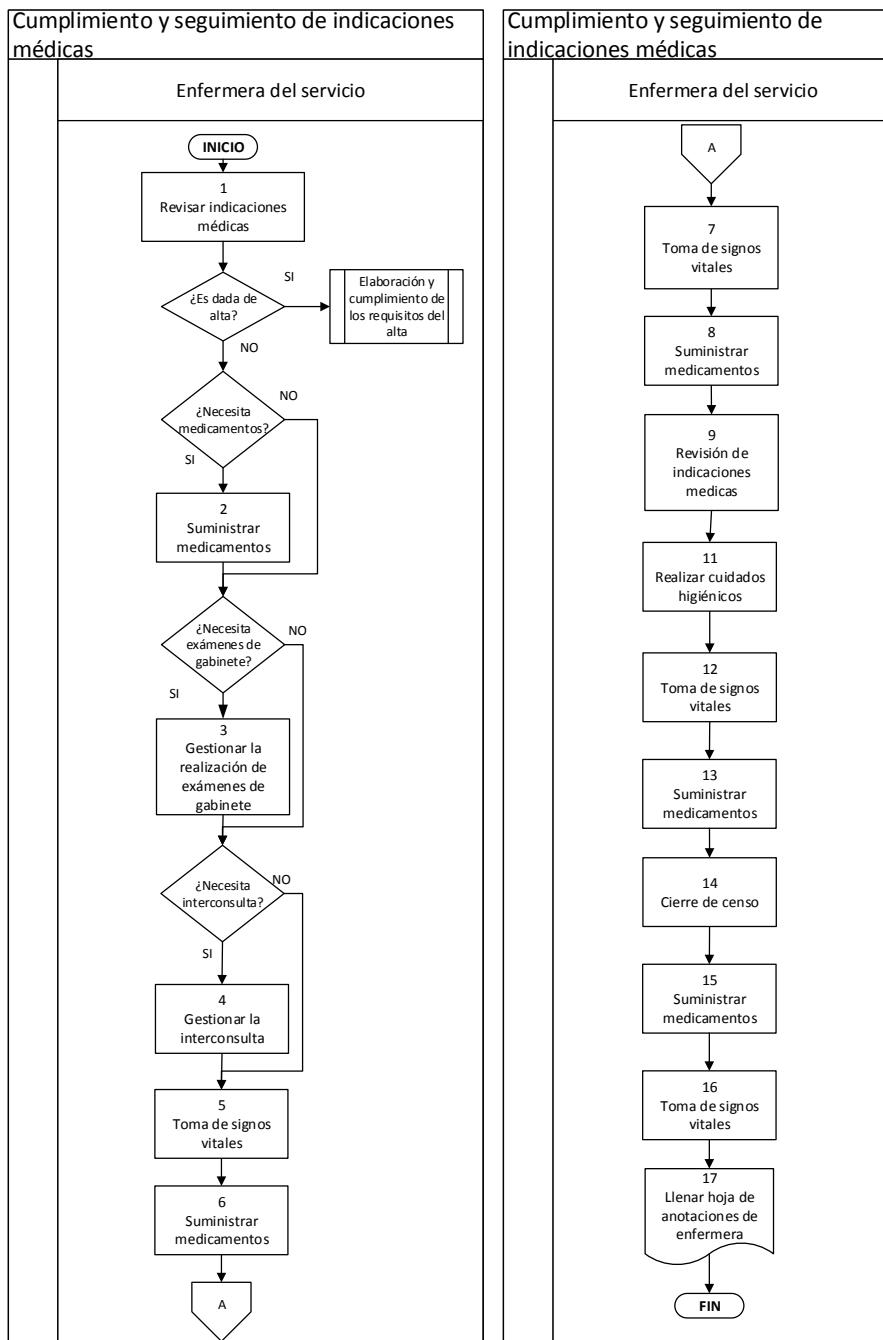
### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Enfermera del servicio	1	Revisión de las indicaciones según el diagnóstico definido por el médico al revisar la duración de los tres periodos del parto y las complicaciones que se hayan presentado en cada uno de ellos. Y la búsqueda de enfermedades propias del embarazo.
Enfermera del servicio	1.1	Si la paciente es dada de alta se sigue el procedimiento de elaboración y cumplimiento de los requisitos del alta, de lo contrario ir a paso 2
Enfermera del servicio	2	Si se ha establecido en las indicaciones médicas que la paciente necesita ingerir medicamentos, se alista la dosis y se le proporciona a la paciente en la hora correspondiente
Enfermera del servicio	3	Si se ha llenado la solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete, se prepara y moviliza a la paciente para que la unidad de apoyo realice el examen. Si el examen es en la ubicación de la paciente se prepara el lugar.
Enfermera del servicio	4	Si se ha llenado la solicitud de servicio médico especializado, la paciente coordina la consulta, ya sea en el área de puerperio o la movilización de la paciente a consulta externa según la condición de salud de la paciente y la consulta por realizar.
Enfermera del servicio	5	Toma de signos vitales
Enfermera del servicio	6	Suministro de medicamentos prescritos por el médico
Enfermera del servicio	7	Revisión de indicaciones médicas, con la finalidad de cumplir con las indicaciones faltantes. Y ejecutarlas según protocolos y normas de atención de hospitales de tercer nivel

	<b>PROCESO: ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>		Código: CP.3.3.12
	<b>PROCEDIMIENTO: CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS</b>		Versión: 1
			Página 5 de 6

Enfermera del servicio	8	Realizar los cuidados higiénicos a las pacientes, ejecutando el aseo bulbar, y cambio de ropa.
Enfermera del servicio	9	Toma de signos vitales
Enfermera del servicio	10	Suministro de medicamentos prescritos por el médico
Enfermera del servicio	11	Cierre de censo. La encargada de enfermeras del servicio hace un conteo de las pacientes que se encuentran en el servicio, y cierra la hoja de censos. Indicando la cantidad de pacientes en el servicio.
Enfermera del servicio	12	Suministro de medicamentos prescritos por el médico
Enfermera del servicio	13	Toma de signos vitales
Enfermera del servicio	14	Anotar el estado de las pacientes haciendo énfasis en las indicaciones cumplidas.
Enfermera del servicio	15	Realizar los cuidados higiénicos a las pacientes, ejecutando el aseo bulbar, y cambio de ropa.
Enfermera del servicio	16	Suministro de medicamentos prescritos por el médico

**14 Diagrama de flujo**





<b>CÓDIGO : CP.3.3.13</b>	<b>VERSIÓN: 1.0</b>	<b>FECHA: 31-3-13</b>
---------------------------	---------------------	-----------------------

**PROCEDIMIENTO: ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE ALTA**

- 1 **Unidad Administrativa:** Puerperio.
- 2 **Objetivo:** Proporcionara cada paciente las condiciones, documentación e información necesaria para completar su recuperación en este centro u otro centro asistencial posterior a la atención de hospitalización en el servicio de Puerperio.
- 3 **Alcance:** Puerperio iniciando con la decisión de dar el alta a paciente de acuerdo su condición hasta verificar documentación de la paciente y el recién nacido.
- 4 **Definiciones:**
  - Estado puerperal. Es el periodo de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto. Durante el mismo las modificaciones gravídicas de los órganos y sistemas maternos retornan al estado previo del embarazo. Se acepta que tiene un periodo de duración de 45 días o seis semanas posteriores al alumbramiento. Se clasifica en:
    - Puerperio Inmediato: periodo que corresponde a las primeras 24 horas del periodo post parto.
    - Puerperio Mediato: se extiende hasta el final de la primera semana del periodo post parto. De 24 horas a 7 días posteriores al parto.
    - Puerperio Tardío: se extiende hasta la sexta semana del periodo post parto.
    - Condiciones en que se encuentra el organismo de la parturienta durante el tiempo necesario para recuperar su estado normal. Este término se adopta a veces en el sentido de estado gravidopuerperal y designa entonces el conjunto de las funciones: embarazo, parto y período postparto.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 La paciente debe estar en condición de salud estable.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Documentos de alta y de referencia completos.

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>

	<b>PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.13
	<b>PROCEDIMIENTO: ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE ALTA</b>	Versión:1.0
		Página 2 de 6

### 7 Documentos internos de referencia:


Código	Nombre
IN.4.2.3.01	Semiología clínica
MA.4.2.3.02	Manual de organización y funciones de Puerperio

### 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel		MINSAL	
Guías clínicas de atención hospitalarias de tercer nivel		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria

### 9 Indicadores:


Código	Nombre
ES.001	Aprovechamiento de capacidad instalada (consultorios, quirófanos y salas de partos)
PR.005	Índice de ocupación por servicio final
PR.009	Promedio de estancia por servicio final
PR.007	Intervalo de sustitución por servicio final

	<b>PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.13
	<b>PROCEDIMIENTO: ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE ALTA</b>	Versión:1.0
		Página 3 de 6

PR.006	Índice de rotación por servicio final
PR.004	Índice de infecciones nosocomiales por servicio final
PR.011	Total de pacientes hospitalizados (promedio diario)
PR.010	Porcentaje de paciente con reacciones adversas por medicamento

#### 10 Control de registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.28	HOJA DE HISTORIA DE INGRESO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.02	HOJA DE REFERENCIA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.04	HOJA DE PARTOGRAMA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.06	HOJA DE INTERCONSULTA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.07	HOJA DE ANESTESIA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.08	HOJA DE PROCEDIMIENTO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES MEDICAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.19	HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.20	HOJA PLANTAR DEL RECIÉN NACIDO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.21	HOJA DE REPORTE	Jefe de	Físico	Archivo	10 años

	<b>PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.13
	<b>PROCEDIMIENTO: ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE ALTA</b>	Versión:1.0
		Página 4 de 6

	OBSTÉTRICO	archivos			
EX.7.5.3.22	HOJA DE EVALUACIÓN DE ALTA DE RECIÉN NACIDO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.23	HOJAS DE CONSULTA DE ALTO RIESGO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años


#### 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hojas del expediente Documentos de historia clínica y filiación	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos, etc)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Cama	Revisiones reglamentarias realizadas

#### 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Fármacos	Farmacia



	<b>PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.13
	<b>PROCEDIMIENTO: ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE ALTA</b>	Versión:1.0
		Página 5 de 6

### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
-Medico staff -Médico residente	1	El médico residente y staff, decide dar el alta según condición de la paciente
-Medico staff -médico residente	2	El médico residente o staff, indican los medicamentos necesarios de uso ambulatorio
-Médicos residentes -Médicos de staff	3	Médico interno o residente anota indicaciones de alta, referencia retorno en el expediente clínico completando las anotaciones con fecha, hora, firma y sello.
-Medico staff -Médico residente -Médico interno	4	El médico interno residente o staff, revisan el documento y completa los apartados no llenados
-Médicos residente -Médico interno -Estudiante médico externo -Enfermeras -Estudiantes de enfermería	5	El médico interno y residente reúnen a pacientes y explican sobre cuidados recibidos y cuidados que debe tener la paciente en casa.
-Médico staff -Médico residente -Médico interno	6	El médico staff, residente e interno llenan documento pre elaborado, con información de los procedimientos médicos realizados en este hospital.
	7	Si la paciente fue referida pasar al siguiente paso sino pasar a paso 7
-Médico staff -Médico residente -Médico interno	8	El médico interno o residente llenan documentos pre-elaborados para dar transferencia a unidades internas o externas de enfermedades propias o asociadas al embarazo
-Enfermería	9	Verificar que la información en el expediente corresponda con la paciente y el recién nacido en alojamiento conjunto, y que este completa.
-Enfermería	10	La enfermera entrega todas las pertenencias a la paciente
-Medico staff -Médico residente	11	La enfermera entrega la documentación de uso externo de la paciente y del recién nacido en alojamiento conjunto, que ha sido llenado por el médico



**PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO**

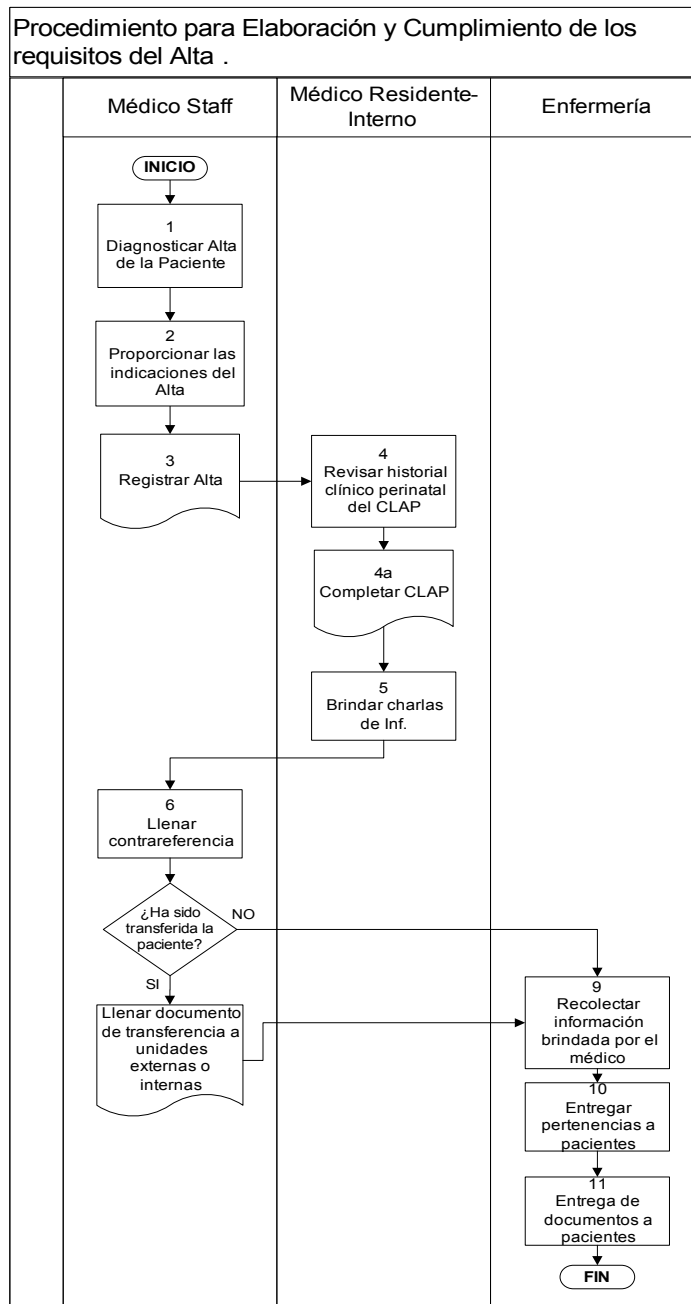
Código:  
CP.3.3.13

**PROCEDIMIENTO: ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE ALTA**

Versión:1.0

Página 6 de 6

**14 Diagrama de flujo**





**CÓDIGO : CP.3.3.14**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31-3-13**

**PROCEDIMIENTO: ADMISIÓN EN CIRUGÍA OBSTÉTRICA**

- 1 **Unidad Administrativa:** Cirugía Obstétrica.
- 2 **Objetivo:** Admitir a pacientes provenientes del servicio quirófano obstétrico por medio de la realización de un análisis de la situación del ingreso.
- 3 **Alcance:** El servicio de Cirugía Obstétrica recibe a paciente con parto vía cesárea proveniente de sala de operaciones hasta registrar la historia clínica de la paciente ingresada y realizar un examen físico completo.
- 4 **Definiciones:**
  - CLAP: Centro Latinoamericano de Perinatología, Control Prenatal
  - Parto con producto a término: expulsión del producto del organismo materno desde 37 semanas a 41 semanas de gestación.
  - Parto post termino: expulsión del producto del organismo materno con más de 41 semanas
  - Nacimiento: expulsión completa o extracción del organismo materno el producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical unido a la placenta y que sea de 22 o más semanas de gestación.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Al momento de presentar la paciente al servicio debe corroborarse la información y documentos de la paciente, si se detectan errores en la identificación, el personal de enfermería que presenta a la paciente será responsable de coordinar las correcciones pero la paciente se da por recibida.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Verificar la condición de salud de todo el recién nacido en alojamiento conjunto al momento del ingreso.
  - 6.2 Según la complejidad de la paciente se asigna la enfermera responsable de la atención de la paciente.
  - 6.3 Las indicaciones médicas deben de estar clara y sin manchones, si traen

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:



**PROCESO DE PARTO Y POST-PARTO**

Código:  
**CP.3.3.14**

**PROCEDIMIENTO: ADMISIÓN EN CIRUGÍA OBSTÉTRICA**

**Versión: 1.0**

Página 2 de 5

indicados medicamentos o exámenes deben traer las recetas y documentación correspondiente.

- 6.4 Si se detecta algún problema con la documentación la enfermera que trae a la paciente coordinara las correcciones correspondientes
- 6.5 Con letra legible, sin manchones ni uso de corrector.
- 6.6 Todo paciente que ingresa debe anotarse en el censo diario y libro de ingreso y egreso
- 6.7 Historia clara, con letra legible, sin manchones ni uso de corrector.

**7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
IN.4.2.3.01	Semiología clínica
MA.4.2.3.02	Manual de organización y funciones de Puerperio

**8 Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel		MINSAL	
Guías clínicas de atención hospitalarias de tercer nivel		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria

**9 Indicadores:**



<b>PROCESO DE PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: <b>CP.3.3.14</b>
<b>PROCEDIMIENTO: ADMISIÓN EN CIRUGÍA OBSTÉTRICA</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	Página 3 de 5

Codigo	Nombre

**10 Control de registros:**

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.28	Hoja de historia de ingreso	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.01	Hoja de identificación (ingreso y egreso)	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.02	Hoja de referencia	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.03	Hoja clap	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.04	Hoja de partograma	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.07	Hoja de anestesia	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.08	Hoja de procedimiento	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.09	Hoja de indicaciones medicas	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.10	Hoja de continuación de historia medica	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.11	Hoja de control de medicamentos	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.12	Hoja de control de signos vitales	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.13	Hoja de temperatura	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.14	Hoja de control de tensión arterial	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años



**PROCESO DE PARTO Y POST-PARTO**

Código:  
**CP.3.3.14**

**PROCEDIMIENTO: ADMISIÓN EN CIRUGÍA  
OBSTÉTRICA**

**Versión: 1.0**

Página 4 de 5

EX.7.5.3.15	Hoja de control de líquidos	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.16	Hoja de examen que la paciente trae	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.17	Hoja de exámenes	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.18	Hoja de anotación de enfermera de otro centro	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.19	Hoja de anotaciones de enfermeras	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.20	Hoja plantar del recién nacido	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años

**11 Recursos:**

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Ginecólogo Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hoja de ingreso Documentos de historia clínica y filiación	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sabanas, guantes, espéculo, fármacos, etc)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Cama	Revisiones reglamentarias realizadas

**12 Unidades de soporte**

Tipo de soporte	Área proveedora
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Fármacos	Farmacia



**PROCESO DE PARTO Y POST-PARTO**

Código:  
**CP.3.3.14**

**PROCEDIMIENTO: ADMISIÓN EN CIRUGÍA OBSTÉTRICA**

**Versión: 1.0**

Página 5 de 5

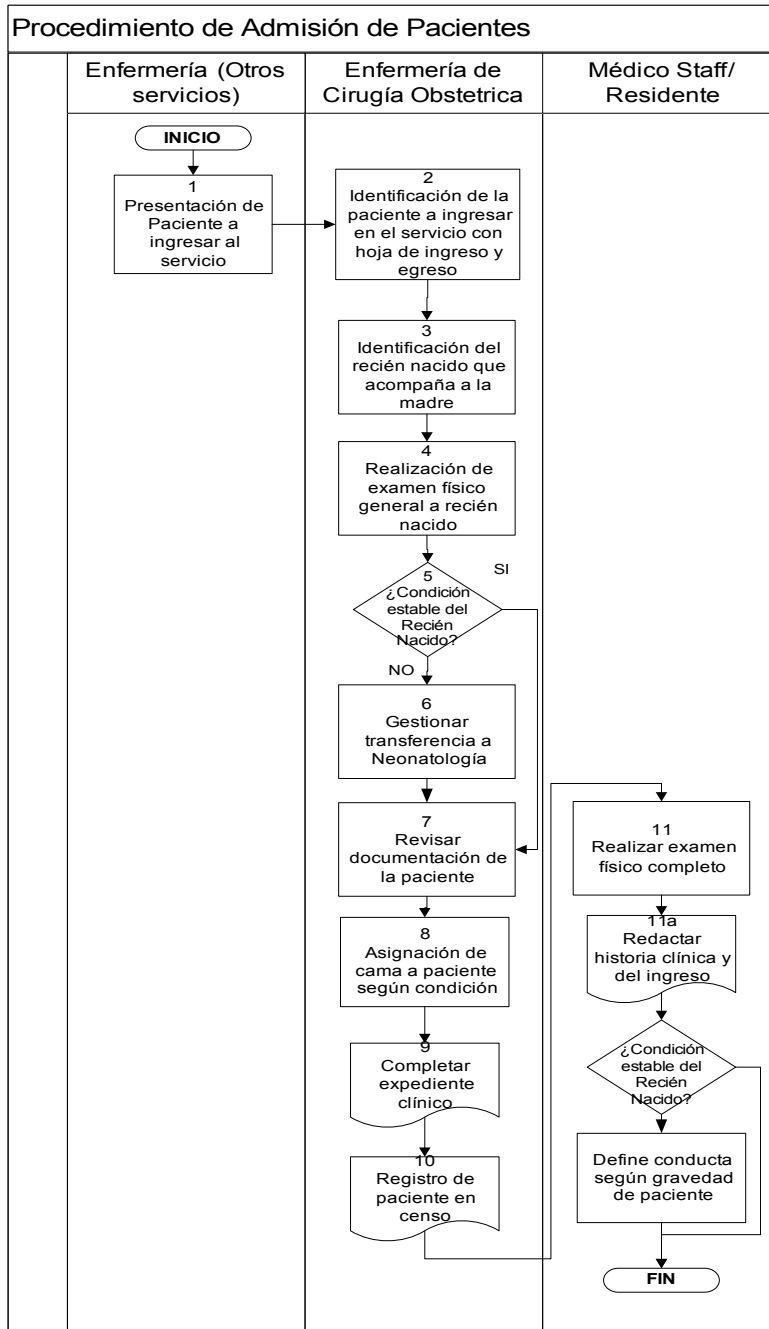
**13 Descripción**

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
-Enfermería (otras áreas) -Enfermera del servicio	1	El personal de enfermería de otras áreas presenta a la paciente a ser ingresada a la enfermera del servicio de Cirugía Obstétrica.
-Enfermería unidad de Cirugía Obstétrica	2	Se identifica a la paciente a través de la hoja de ingreso y egreso, corroborando los datos del expediente.
-Enfermería unidad de Cirugía Obstétrica	3	La enfermera revisa que la documentación del recién nacido (plantar) esté debidamente llena.
-Enfermería unidad de Cirugía Obstétrica	4	Se realiza un examen físico general para verificar la condición de salud del recién nacido.
-Enfermería unidad de Cirugía Obstétrica	5	Si el recién nacido presenta problemas en las condiciones de salud ver paso 6, caso contrario que sean normales dichas condiciones ver paso 7
-Enfermería unidad de Cirugía Obstétrica	6	Transferencia de recién nacido a Neonatología.
-Enfermería unidad de Cirugía Obstétrica	7	La enfermera revisa toda la documentación de la paciente (atención de parto, hoja perinatal simplificada del CLAP, exámenes de laboratorio).
-Enfermería unidad de Cirugía Obstétrica	8	Se realiza un examen general a la paciente, para verificar condición de salud y asignación de cama según el riesgo.
-Enfermería unidad de Cirugía Obstétrica.	9	Se complementa expediente clínico con hoja de signos vitales, papelería para historia clínica, indicaciones médicas y hojas de anotaciones de enfermería
-Enfermería unidad de Cirugía Obstétrica.	10	Se registra a la paciente en censo y en libro de ingresos y egresos del servicio.
-Médicos staff -Médicos residentes	11	Se redacta la historia clínica de la paciente ingresada y se realiza un examen físico completo del ingreso



<b>PROCESO DE PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: <b>CP.3.3.14</b>
	<b>Versión: 1.0</b>
	Página 6 de 5

## 14 Diagrama de flujo







**CÓDIGO :** CP.3.3.15

**VERSIÓN:** 1

**FECHA:** 31-3-13

## EVALUACIÓN MÉDICA INMEDIATA

**1 Unidad/es ejecutante/s:** Cirugía Obstétrica

**2 Objetivo:** Definir los elementos necesarios para brindar una atención integral inmediata a la paciente ingresada en el servicio de cirugía Obstétrica, definiendo su manejo, atendiendo sus necesidades de asistencia médica inmediata por la complejidad en el trabajo de parto.

**3 Alcance:** Aplica para las pacientes que no han tenido un puerperio inmediato normal, inicia desde que la paciente es admitida en la unidad de puerperio y finaliza al haber estabilizado a la paciente, definiendo indicaciones médicas a seguir por las enfermeras del servicio

**4 Definiciones:**

- Sinónimo: estado puerperal. Es el periodo de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto. Durante el mismo las modificaciones gravídicas de los órganos y sistemas maternos retornan al estado previo del embarazo. Se acepta que tiene un periodo de duración de 45 días o seis semanas posteriores al alumbramiento. Se clasifica en:
  - Puerperio Inmediato: periodo que corresponde a las primeras 24 horas del periodo post parto.
  - Puerperio Mediato: se extiende hasta el final de la primera semana del periodo post parto. De 24 horas a 7 días posteriores al parto.
  - Puerperio Tardío: se extiende hasta la sexta semana del periodo post parto.
  - Condiciones en que se encuentra el organismo de la parturienta durante el tiempo necesario para recuperar su estado normal. Este término se adopta a veces en el sentido de estado gravidopuerperal y designa entonces el conjunto de las funciones: embarazo, parto y período postparto.

**5 Requisitos Previos:**

- 5.1 Indicaciones medias de atención inmediata de la paciente en el servicio de puerperio
- 5.2 Las indicaciones médicas deben de estar clara y sin manchones, si traen indicados medicamentos o exámenes deben traer las recetas y documentación correspondiente.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:



**ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO**

Código:  
CP.3.3.15

**PROCEDIMIENTO: EVALUACIÓN MEDICA  
INMEDIATA**

Versión: 1

Página 2 de 6

- 5.3 Si se detecta algún problema con la documentación la enfermera que tae a la paciente coordinara las correcciones correspondientes
- 5.4 Con letra legible, sin manchones ni uso de corrector.
- 5.5 Todo paciente que ingresa debe anotarse en el censo diario y libro de ingreso y egreso

**6 Criterios de aceptación:**

- 6.1 El examen físico realizado en la evaluación médica inmediata es un examen orientado al problema de la paciente recién ingresada, este será tan detallado como sea necesario según bibliografía sobre Semiología Clínica.
- 6.2 Las anotaciones que realicen los médicos de staff y personal de enfermería, en el expediente clínico, tales como: historia clínica, notas de evolución, indicaciones médicas, anotaciones de enfermería entre otras; deberán ser con letra legible, sin manchones ni uso de corrector y deben ser acompañadas del nombre, firma y sello de la persona que las registro así como de la fecha y hora de su registro.

**7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
IN.4.2.3.01	Semiología clínica
MA.4.2.3.02	Manual de organización y funciones de Puerperio

**8 Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel		MINSAL	
Guías clínicas de atención hospitalarias de tercer nivel		MINSAL	



## ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO

Código:  
CP.3.3.15

### PROCEDIMIENTO: EVALUACIÓN MEDICA INMEDIATA

Versión: 1

Página 3 de 6


Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria
---	-----------	--	--

#### 9 Indicadores:

Código	Nombre
PR.010	Porcentaje de paciente con reacciones adversas por medicamento
RE.014	Porcentaje de pacientes con Sepsis puerperal

#### 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.28	HOJA DE HISTORIA DE INGRESO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES MEDICAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.12	HOJA DE CONTROL DE SIGNOS VITALES	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.13	HOJA DE TEMPERATURA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.19	HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.15
	<b>PROCEDIMIENTO: EVALUACIÓN MEDICA INMEDIATA</b>	Versión: 1
		Página 4 de 6

## 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Ginecólogo Enfermera Auxiliar de enfermería	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hoja de ingreso Documentos de historia clínica y filiación Documento de solicitud de interconsulta Documento de solicitud de pruebas complementarias	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental	Instrumental de exploración	Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	Monitores	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sabanas, guantes, espéculo, fármacos, etc)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Camilla o mesa de exploración ginecológica, foco de luz, etc	Revisiones reglamentarias realizadas

## 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Pruebas diagnosticas	Servicio de laboratorio, banco de sangre, Radiología, Anatomía patológica, Trabajo social, Ultrasonografía, Nutrición, Fisioterapia.
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Sistemas de información	Unidad de informática
Fármacos	Farmacia
Traslado urgente	Transporte

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código: CP.3.3.15
	<b>PROCEDIMIENTO: EVALUACIÓN MEDICA INMEDIATA</b>	Versión: 1
		Página 5 de 6

### 13 Descripción

Responsable	No.	Actividad
Médico staff Médicos residentes	1	<b>Presentación y saludo a la paciente:</b> Identificación de datos generales de la paciente
Médicos staff Médicos residentes	2	<b>Revisión de expediente clínico:</b> El médico revisa la duración de los tres periodos del parto y las complicaciones que se hayan presentado en cada uno de ellos. Búsqueda de enfermedades propias del puerperio inmediato en pacientes que han tenido partos por cesárea
Médicos staff Médicos residentes	3	<b>Realizar examen físico</b> El médico realiza una descripción de todos los sistemas haciendo especial énfasis en el sistema genito urinario. (signos vitales, apariencia general, examen por sistemas)
Médicos staff Médicos residentes	4	<b>Realizar diagnóstico de la condición de salud de la paciente</b> El médico realiza el diagnóstico de la paciente y revalora el riesgo
Médicos staff Médicos residentes	5	<b>Descripción de indicaciones para cumplir plan de manejo inmediato.</b> Se escriben en el expediente las indicaciones según hallazgos y resultados de examen físico y exámenes de laboratorio y gabinete
Médicos staff Médicos residentes	6	<b>Elaboración de requisiciones para medicamento</b> El médico staff escribe en documentos pre elaborados las necesidades diarias de cada uno de los medicamentos.
Médicos staff Médicos residentes	7	<b>Llenado de solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete</b> EL médico interno, residente o staff escribe en documentos pre elaborados las solicitudes de exámenes de laboratorio y gabinete
Médicos staff Médicos residentes	8	<b>Llenado de historia clínica perinatal del CLAP</b> El médico residente o staff llena la parte del documento que corresponde a la unidad de Cirugía Obstétrica y al recién nacido que está en alojamiento conjunto
Médicos staff Médicos residentes	9	<b>Llenado de solicitud de interconsulta</b> El médico interno, residente o staff llena un documento pre elaborado de solicitud de servicio médico especializado.



## ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO

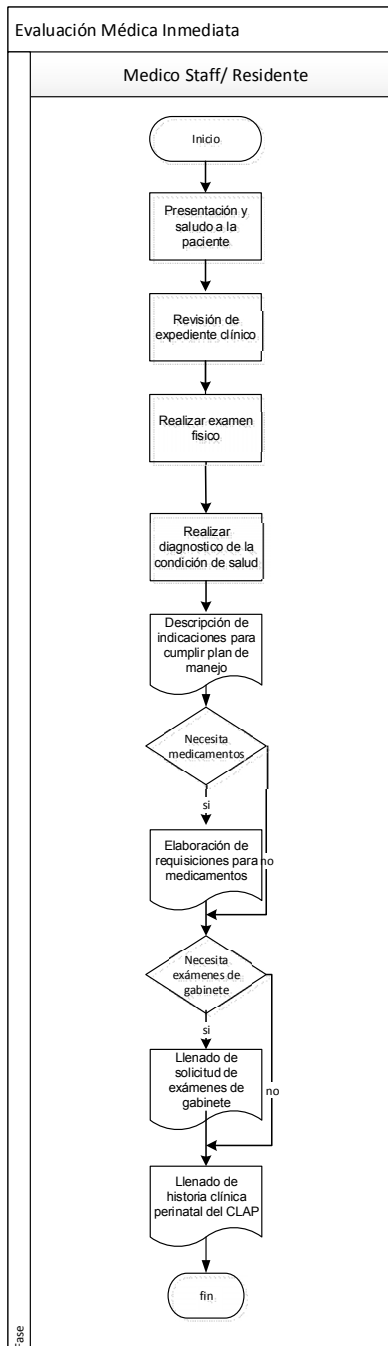
### PROCEDIMIENTO: EVALUACIÓN MÉDICA INMEDIATA

Código:  
CP.3.3.15

Versión: 1

Página 6 de 6

#### 14 Diagrama de flujo






<b>CÓDIGO : CP.3.3.16</b>	<b>VERSIÓN: 1</b>	<b>FECHA: 31-3-13</b>
---------------------------	-------------------	-----------------------

**PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN MÉDICA SISTEMÁTICA DE PACIENTES.**

- 1 **Unidad Administrativa:** Cirugía Obstétrica.
- 2 **Objetivo:** Definir los elementos necesarios para brindar una atención integral a la paciente ingresada en el servicio, definiendo su manejo, atendiendo sus necesidades de asistencia médica y brindándole la información necesaria sobre su tratamiento.
- 3 **Alcance:** Cirugía Obstétrica iniciando con la identificación de los datos generales de la paciente hasta solicitud de interconsulta cuando sea necesario.
- 4 **Definiciones:**
  - CLAP: Centro Latinoamericano de Perinatología, Control Prenatal
  - ESDOMED: Departamento de Estadística y Documentos Médicos.
  - Semiología Clínica: es el cuerpo de conocimientos que se ocupa de la identificación de las diversas manifestaciones patológicas (síntomas y signo) o datos, de cómo buscarlos, como reunirlos en síndromes y cómo interpretarlos
  - Estado puerperal. Es el periodo de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto. Durante el mismo las modificaciones gravídicas de los órganos y sistemas maternos retornan al estado previo del embarazo. Se acepta que tiene un periodo de duración de 45 días o seis semanas posteriores al alumbramiento. Se clasifica en:
    - Puerperio Inmediato: periodo que corresponde a las primeras 24 horas del periodo post parto.
    - Puerperio Mediato: se extiende hasta el final de la primera semana del periodo post parto. De 24 horas a 7 días posteriores al parto.
    - Puerperio Tardío: se extiende hasta la sexta semana del periodo post parto.
    - Condiciones en que se encuentra el organismo de la parturienta durante el tiempo necesario para recuperar su estado normal. Este término se adopta a veces en el sentido de estado gravidopuerperal y designa entonces el conjunto de las funciones: embarazo, parto y período postparto.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 La visita médica previa realizada por los médicos residentes e internos debe concluir antes de las 7:00 a.m. previo a la llegada del médico de staff con

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>

	<b>PROCESO DE PARTO Y POST-PARTO (CIRUGÍA OBSTÉTRICA)</b>	Código: CP.3.3.16
	<b>PROCEDIMIENTO TENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA</b>	Versión:1.0
		Página 2 de 7

quien se desarrollara la visita diaria formal en la que se validaran o redefinirán los planes de manejo de cada paciente.(Evaluar criterios de necesidad y prudencia de esta visita)

#### 6 **Criterios de aceptación:**

- 6.1 El examen físico realizado en la visita médica diaria es un examen orientado al problema de cada paciente ingresada, este será tan detallado como sea necesario según bibliografía sobre Semiología Clínica.
- 6.2 Las anotaciones que realicen los médicos internos, médicos residentes, médicos de staff y personal de enfermería, en el expediente clínico, tales como: historia clínica, notas de evolución, indicaciones médicas, anotaciones de enfermería entre otras; deberán ser con letra legible, sin manchones ni uso de corrector y deben ser acompañadas del nombre, firma y sello de la persona que las registro así como de la fecha y hora de su registro.
- 6.3 El médico de staff es el responsable de verificar mediante examen físico cada caso presentado por el residente durante la visita, así como la claridad, orden y veracidad de lo registrado en el expediente.


#### 7 **Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
IN.4.2.3.01	Semiología clínica
MA.4.2.3.02	Manual de organización y funciones de Puerperio
NT 4.2.3.01	Normas técnicas de Control Interno.

#### 8 **Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel		MINSAL	
Guías clínicas de atención hospitalarias de tercer nivel		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de



	<b>PROCESO DE PARTO Y POST-PARTO (CIRUGÍA OBSTÉTRICA)</b>	Código: CP.3.3.16
	<b>PROCEDIMIENTO TENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA</b>	Versión:1.0
		Página 3 de 7

atención			cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria
----------	--	--	--

### 9 Indicadores:


Código	Nombre
PR.010	Porcentaje de paciente con reacciones adversas por medicamento
RE.014	Porcentaje de pacientes con Sepsis puerperal

### 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.28	HOJA DE HISTORIA DE INGRESO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES MEDICAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.12	HOJA DE CONTROL DE SIGNOS VITALES	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.13	HOJA DE TEMPERATURA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.19	HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años

### 11 Recursos:


Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Ginecólogo Enfermera Auxiliar de enfermería	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hoja de ingreso Documentos de historia clínica y filiación	Registro formalizados por la unidad de estadísticas

	<b>PROCESO DE PARTO Y POST-PARTO (CIRUGÍA OBSTÉTRICA)</b>	Código: CP.3.3.16
	<b>PROCEDIMIENTO TENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA</b>	Versión:1.0
		Página 4 de 7

	Documento de solicitud de interconsulta Documento de solicitud de pruebas complementarias	
Instrumental	Instrumental de exploración.	Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	Monitores	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos, etc)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Camilla o mesa de exploración ginecológica, foco de luz, etc	Revisiones reglamentarias realizadas

## 12 Unidades de soporte

<b>Tipo de soporte</b>	<b>Área proveedora</b>
Pruebas diagnosticas	Servicio de laboratorio, banco de sangre, Radiología, Anatomía patológica, Trabajo social, Ultrasonografía, Nutrición, Fisioterapia.
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Fármacos	Farmacia

	<b>PROCESO DE PARTO Y POST-PARTO (CIRUGÍA OBSTÉTRICA)</b>	Código: CP.3.3.16
	<b>PROCEDIMIENTO TENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA</b>	Versión:1.0
		Página 5 de 7

### 13 Descripción

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Médico Residente Médico Interno	1	Identificación de datos generales de la paciente
Médico Residente Médico Interno	2	El médico revisa la duración de los tres periodos del parto y las complicaciones que se hayan presentado en cada uno de ellos. Búsqueda de enfermedades propias o que están complicando al embarazo.
Médico Residente Médico Interno	3	El médico realiza una descripción de todos los sistemas haciendo especial énfasis en el sistema genito urinario. (signos vitales, apariencia general, examen por sistemas)
Médico Staff Médico Residente	4	El médico realiza el diagnostico de la paciente y revalora el riesgo
Médico Staff Médico Residente	5	Se escriben en el expediente las indicaciones según hallazgos y resultados de examen físico y exámenes de laboratorio y gabinete Nota de devolución: como se encuentra la paciente ese día acorde a evolución.
Médico Staff Médico Residente	6	El médico interno, residente o staff escribe en documentos pre elaborados las necesidades diarias de cada uno de los medicamentos.
Médico Staff Médico Residente	7	EL médico interno, residente o staff escribe en documentos pre elaborados las solicitudes de exámenes de laboratorio y gabinete
Médico Staff Médico Residente	8	El médico residente o staff llena la parte del documento que corresponde a la unidad de cirugía obstétrica y al recién nacido que está en alojamiento conjunto
Médico Staff Médico Residente	9	El médico interno, residente o staff llena un documento pre elaborado de solicitud de servicio médico especializado.



**PROCESO DE PARTO Y POST-PARTO  
(CIRUGÍA OBSTÉTRICA)**

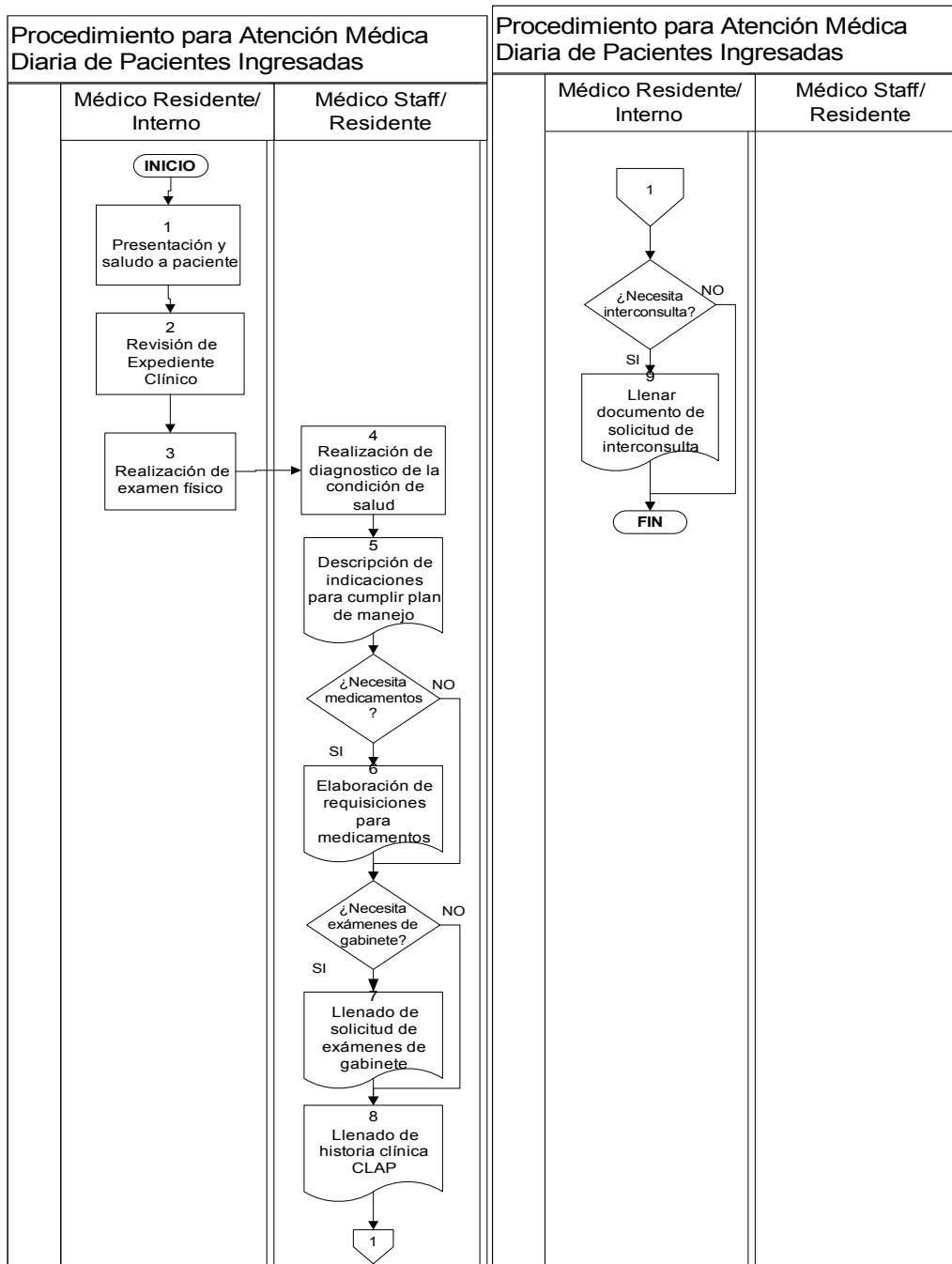
Código:  
CP.3.3.16

**PROCEDIMIENTO TENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA**

Versión:1.0

Página 6 de 7

**DIAGRAMA DE FLUJO**





**CÓDIGO :** CP.3.3.17

**VERSIÓN:** 1

**FECHA:** 31-3-13

## PROCEDIMIENTO

**1 Unidad/es ejecutante/s:** Cirugía Obstétrica

**2 Objetivo:** Cumplimiento de las indicaciones establecidas por los médicos que evaluaron la condición de salud de la paciente

**3 Alcance:** inicia con la revisión de las indicaciones médicas y finaliza cuando se ha llenado las indicaciones de las enfermeras en la hoja de anotaciones de enfermera, posterior a la realización de los cuidados de rutina

**4 Definiciones:**

- Estado puerperal. Es el periodo de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto. Durante el mismo las modificaciones gravídicas de los órganos y sistemas maternos retornan al estado previo del embarazo. Se acepta que tiene un periodo de duración de 45 días o seis semanas posteriores al alumbramiento. Se clasifica en:
  - Puerperio Inmediato: periodo que corresponde a las primeras 24 horas del periodo post parto.
  - Puerperio Mediato: se extiende hasta el final de la primera semana del periodo post parto. De 24 horas a 7 días posteriores al parto.
  - Puerperio Tardío: se extiende hasta la sexta semana del periodo post parto.
  - Condiciones en que se encuentra el organismo de la parturienta durante el tiempo necesario para recuperar su estado normal. Este término se adopta a veces en el sentido de estado gravidopuerperal y designa entonces el conjunto de las funciones: embarazo, parto y período postparto.

**5 Requisitos Previos:**

- 5.1 Haberse desarrollado la atención médica sistemática o la atención médica inmediata, estableciéndose el plan de manejo para la paciente en la hoja de indicaciones médicas.

**6 Criterios de aceptación:**

- 6.1 Las anotaciones que realice el personal de enfermería, en el expediente clínico, en las anotaciones de enfermería entre otras; deberán ser con letra legible, sin manchones ni uso de corrector y deben ser acompañadas del nombre, firma y sello de la persona que las registro así como de la fecha y

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>



## ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO

Código:

## NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

Versión: 1

Página 2 de 6

hora de su registro

### 7 Documentos internos de referencia:

Código	Nombre
IN.4.2.3.01	Semiología clínica
MA.4.2.3.02	Manual de organización y funciones de Puerperio
NT 4.2.3.01	Normas técnicas de Control Interno.

### 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel		MINSAL	
Guías clínicas de atención hospitalarias de tercer nivel		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería-Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria

### 9 Control de Indicadores:

Código	Nombre

### 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código:
	<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	Versión: 1
		Página 3 de 6

EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES MEDICAS	Jefe de archivos	de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.19	HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERAS	Jefe de archivos	de	Físico	Archivo	10 años

**11 Recursos:**

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Enfermera	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hoja de anotaciones de enfermera Documentos de historia clínica.	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental	Instrumental de exploración.	Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	Monitores	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sabanas, guantes, espéculo, fármacos, etc)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Camilla.	Revisiones reglamentarias realizadas

**12 Unidades de soporte**

Tipo de soporte	Área proveedora
Pruebas diagnosticas	Servicio de laboratorio, banco de sangre, Radiología, Anatomía patológica, Trabajo social, Ultrasonografía, Nutrición, Fisioterapia.
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Fármacos	Farmacia

	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>	Código:
	<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	Versión: 1
		Página 4 de 6

### 13 Descripción

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Enfermera del servicio	1	Revisión de las indicaciones según el diagnóstico definido por el médico al revisar la duración de los tres periodos del parto y las complicaciones que se hayan presentado en cada uno de ellos. Y la búsqueda de enfermedades propias del embarazo.
Enfermera del servicio	1.1	Si la paciente es dada de alta se sigue el procedimiento de elaboración y cumplimiento de los requisitos del alta, de lo contrario ir a paso 2
Enfermera del servicio	2	Si se ha establecido en las indicaciones médicas que la paciente necesita ingerir medicamentos, se alista la dosis y se le proporciona a la paciente en la hora correspondiente
Enfermera del servicio	3	Si se ha llenado la solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete, se prepara y moviliza a la paciente para que la unidad de apoyo realice el examen. Si el examen es en la ubicación de la paciente se prepara el lugar.
Enfermera del servicio	4	Si se ha llenado la solicitud de servicio médico especializado, la paciente coordina la consulta, ya sea en el área de puerperio o la movilización de la paciente a consulta externa según la condición de salud de la paciente y la consulta por realizar.
Enfermera del servicio	5	Toma de signos vitales
Enfermera del servicio	6	Suministro de medicamentos prescritos por el médico
Enfermera del servicio	7	Revisión de indicaciones médicas, con la finalidad de cumplir con las indicaciones faltantes. Y ejecutarlas según protocolos y normas de atención de hospitales de tercer nivel



	<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO</b>		Código:
	<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>		Versión: 1
			Página 5 de 6

Enfermera del servicio	8	Realizar los cuidados higiénicos a las pacientes, ejecutando el aseo bulbar, y cambio de ropa.
Enfermera del servicio	9	Toma de signos vitales
Enfermera del servicio	10	Suministro de medicamentos prescritos por el médico
Enfermera del servicio	11	Cierre de censo. La encargada de enfermeras del servicio hace un conteo de las pacientes que se encuentran en el servicio, y cierra la hoja de censos. Indicando la cantidad de pacientes en el servicio.
Enfermera del servicio	12	Suministro de medicamentos prescritos por el médico
Enfermera del servicio	13	Toma de signos vitales
Enfermera del servicio	14	Anotar el estado de las pacientes haciendo énfasis en las indicaciones cumplidas.
Enfermera del servicio	15	Realizar los cuidados higiénicos a las pacientes, ejecutando el aseo bulbar, y cambio de ropa.
Enfermera del servicio	16	Suministro de medicamentos prescritos por el médico



**ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO**

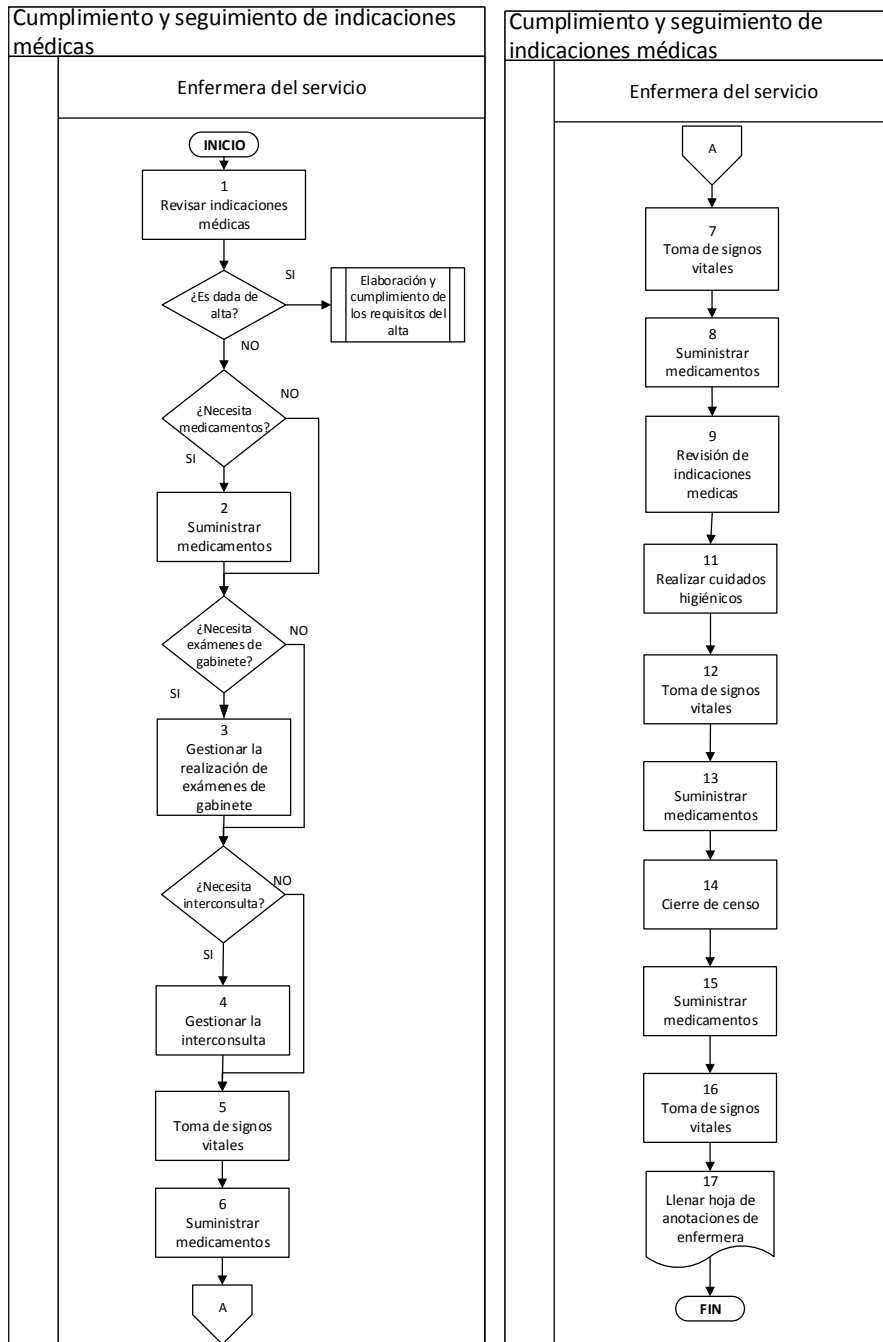
Código:

**NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO**

Versión: 1

Página 6 de 6

**14 Diagrama de flujo**





**CÓDIGO : CP.3.3.18**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31-3-13**

**PROCEDIMIENTO: LA ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE ALTA**

- 1 **Unidad Administrativa:** Cirugía Obstétrica.
- 2 **Objetivo:** Proporcionara cada paciente las condiciones, documentación e información necesaria para completar su recuperación en este centro u otro centro asistencial posterior a la atención de hospitalización en el servicio de cirugía obstétrica.
- 3 **Alcance:** Cirugía Obstétrica iniciando con la decisión de dar el alta a paciente de acuerdo su condición hasta verificar documentación de la paciente y el recién nacido.

4 **Definiciones:**

- Estado puerperal. Es el periodo de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto. Durante el mismo las modificaciones gravídicas de los órganos y sistemas maternos retornan al estado previo del embarazo. Se acepta que tiene un periodo de duración de 45 días o seis semanas posteriores al alumbramiento. Se clasifica en:
  - Puerperio Inmediato: periodo que corresponde a las primeras 24 horas del periodo post parto.
  - Puerperio Mediato: se extiende hasta el final de la primera semana del periodo post parto. De 24 horas a 7 días posteriores al parto.
  - Puerperio Tardío: se extiende hasta la sexta semana del periodo post parto.
  - Condiciones en que se encuentra el organismo de la parturienta durante el tiempo necesario para recuperar su estado normal. Este término se adopta a veces en el sentido de estado gravidopuerperal y designa entonces el conjunto de las funciones: embarazo, parto y período postparto.

5 **Requisitos Previos:**


- 5.1 La paciente debe estar en condición de salud estable.

6 **Criterios de aceptación:**

- 6.1 Documentos de alta y de referencia completos.

7 **Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
IN.4.2.3.01	Semiología clínica

	<b>PROCESO DE PARTO Y POST-PARTO (CIRUGÍA OBSTÉTRICA)</b>	Código: CP.3.3.18
	<b>PROCEDIMIENTO: LA ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE ALTA</b>	Versión: 1.0
		Página 2 de 5


MA.4.2.3.02	Manual de organización y funciones de Puerperio

**Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías Clínicas de atención obstétrica de tercer nivel		MINSAL	
Guías clínicas de atención hospitalarias de tercer nivel		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria


**8 Indicadores:**

Código	Nombre
ES.001	Aprovechamiento de capacidad instalada (consultorios, quirófanos y salas de partos)
PR.005	Índice de ocupación por servicio final
PR.009	Promedio de estancia por servicio final
PR.007	Intervalo de sustitución por servicio final
PR.006	Índice de rotación por servicio final
PR.004	Índice de infecciones nosocomiales por servicio final
PR.011	Total de pacientes hospitalizados (promedio diario)
PR.010	Porcentaje de paciente con reacciones adversas por medicamento

	<b>PROCESO DE PARTO Y POST-PARTO (CIRUGÍA OBSTÉTRICA)</b>	Código: CP.3.3.18
	<b>PROCEDIMIENTO: LA ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE ALTA</b>	Versión: 1.0
		Página 3 de 5

## 9 Control de registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.28	HOJA DE HISTORIA DE INGRESO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.02	HOJA DE REFERENCIA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.04	HOJA DE PARTOGRAMA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.06	HOJA DE INTERCONSULTA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.07	HOJA DE ANESTESIA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.08	HOJA DE PROCEDIMIENTO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES MEDICAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.19	HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.20	HOJA PLANTAR DEL RECIÉN NACIDO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.21	HOJA DE REPORTE OBSTÉTRICO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.22	HOJA DE EVALUACIÓN DE ALTA DE RECIÉN NACIDO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.23	HOJAS DE CONSULTA DE ALTO RIESGO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años


	<b>PROCESO DE PARTO Y POST-PARTO (CIRUGÍA OBSTÉTRICA)</b>	Código: CP.3.3.18
	<b>PROCEDIMIENTO: LA ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE ALTA</b>	Versión: 1.0
		Página 4 de 5

## 10 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hojas del expediente Documentos de historia clínica y filiación	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos, etc)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Cama	Revisiones reglamentarias realizadas

## 11 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Fármacos	Farmacia

	<b>PROCESO DE PARTO Y POST-PARTO (CIRUGÍA OBSTÉTRICA)</b>	Código: CP.3.3.18
	<b>PROCEDIMIENTO: LA ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE ALTA</b>	Versión: 1.0
		Página 5 de 5

## 12 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
-Medico staff -Médico residente	1	El médico residente y staff, decide dar el alta según condición de la paciente
-Medico staff -médico residente	2	El médico residente o staff, indican los medicamentos necesarios de uso ambulatorio
-Médicos residentes -Médicos de staff	3	Médico interno o residente anota indicaciones de alta, referencia retorno en el expediente clínico completando las anotaciones con fecha, hora, firma y sello.
-Medico staff -Médico residente -Médico interno	4	El médico interno residente o staff, revisan el documento y completa los apartados no llenados
-Médicos residente -Médico interno -Estudiante médico externo -Enfermeras -Estudiantes de enfermería	5	El médico interno y residente reúnen a pacientes y explican sobre cuidados recibidos y cuidados que debe tener la paciente en casa.
-Médico staff -Médico residente -Médico interno	6	El médico staff, residente e interno llenan documento pre elaborado, con información de los procedimientos médicos realizados en este hospital.
	7	Si la paciente fue referida pasar al siguiente paso sino pasar a paso 9
-Médico staff -Médico residente -Médico interno	8	El médico interno o residente llenan documentos pre-elaborados para dar transferencia a unidades internas o externas de enfermedades propias o asociadas al embarazo
-Enfermería	9	Verificar que la información en el expediente corresponda con la paciente y el recién nacido en alojamiento conjunto, y que este completa.
-Enfermería	10	La enfermera entrega todas las pertenencias a la paciente
-Medico staff -Médico residente	11	La enfermera entrega la documentación de uso externo de la paciente y del recién nacido en alojamiento conjunto, que ha sido llenado por el médico



**PROCESO DE PARTO Y POST-PARTO  
(CIRUGÍA OBSTÉTRICA)**

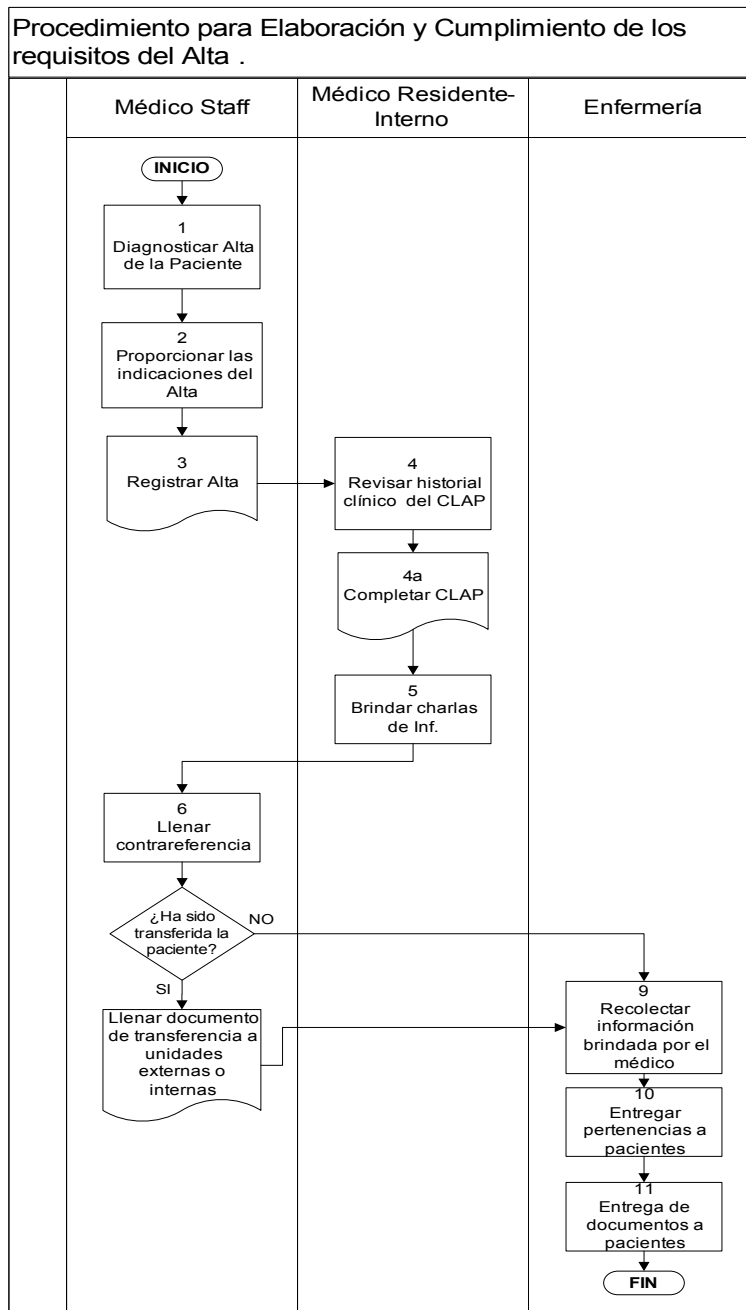
Código:  
CP.3.3.18

**PROCEDIMIENTO: LA ELABORACIÓN Y  
CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE ALTA**

Versión: 1.0

Página 6 de 5

**13 Diagrama de flujo**







**CÓDIGO : CP.3.5.00**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA: 31/3/13**

## CARACTERIZACIÓN DE PROCESO ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO


**OBJETIVO DEL PROCESO:** Brindar atención médica integral de calidad al Neonato, posterior al parto, con la finalidad de eliminar o controlar los factores de riesgo condicionantes o desencadenantes de la morbilidad o mortalidad Neonatal que pudiesen presentarse en el Recién Nacido.

**LÍDER DEL PROCESO:** Jefe de la Unidad de Neonatología

### **POLÍTICAS DE OPERACIÓN:**

- Este Proceso es Longitudinal al Sistema de Gestión de la Calidad; el líder de proceso es responsable por su aplicación al interior del proceso .
- Los registros del Sistema de Gestión de la Calidad se ajustan a las Tablas de Retención Documental del HNEM.
- Los resultados de la investigación de los requisitos del paciente, constituyen un insumo para la implementación de acciones de mejora.
- La autoevaluación de control y gestión de los procesos se evidencia mediante la presentación de los informes anuales de gestión.
- Los informes anuales de gestión constituyen en insumo o elemento de entrada para la revisión por la Dirección.
- Se acompaña a cada Proceso en la identificación de las necesidades y expectativas de los usuarios y la identificación de los puntos críticos de control de calidad.

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>

	<b>ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.00
	<b>FICHA DE CARACTERIZACIÓN</b>	Versión: 1
		Página 2 de 4

**REQUISITOS LEGALES:** Ver apartado 7.2.1 del Manual de Calidad

**REQUISITOS NORMATIVOS NTC ISO 9001:2008:** Ver Matriz de requisitos de la norma aplicables a los procesos (MT.4.2.1.01)

**REQUISITOS DEL CLIENTE:** Ver apartado 7.2.1 del Manual de Calidad

**DOCUMENTOS DE REFERENCIA:** Ver LD.4.2.1.01 Listado Maestro de Documentos

**INDICADORES DE GESTIÓN:** Ver Fichas de Caracterización de Procedimientos

**RECURSOS:** Ver Fichas de Caracterización de Procedimientos



## ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Código:  
CP.3.5.00

## FICHA DE CARACTERIZACIÓN

Versión: 1

Página 3 de 4

### PEPSU

PROVEEDORES	ENTRADA	PROCEDIMIENTOS	SALIDA	USUARIOS
<p>Instituciones Públicas</p> <p>Instituciones Privadas</p> <p>Procesos</p>	<p>Requisitos normas ISO 9001:2008</p> <p>Política y objetivos de Calidad</p> <p>Recién Nacido estable o con necesidad de atención especializada</p> <p>Necesidades y Requisitos del neonato</p> <p>Protocolos de atención médica y de enfermería</p> <p>Medicamentos, equipo biomédico, insumos, infraestructura, RRHH.</p>	<p>Atención directa al recién nacido</p> <p>Cuidado sistemático del recién nacido en alojamiento conjunto</p> <p>Elaboración y cumplimiento de requisitos de alta del neonato</p> <p>Transferencia del recién nacido a los servicios de neonatología</p> <p>Ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos</p> <p>Atención médica inmediata en la unidad de cuidados intensivos</p> <p>Atención medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados intensivo</p> <p>Cumplimiento y seguimiento de indicaciones médicas en la unidad de cuidados intensivos</p> <p>Ingreso del recién nacido en la</p>	<p>Cumplimiento de los requisitos del SGC</p> <p>Neonato dado de alta, transferido o referido a otra institución de salud de la red</p> <p>Disposición de documentos del SGC en el respectivo lugar de almacenamiento</p>	<p>Recién nacidos</p> <p>Instituciones Públicas Entes de Control</p> <p>Procesos</p>



**ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

Código:  
CP.3.5.00

**FICHA DE CARACTERIZACIÓN**

Versión: 1

Página 4 de 4

	<p>Solicitudes de información de los entes de control internos y externos</p>	<p>unidad de cuidados intermedios</p> <p>Atención medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados intermedio</p> <p>Cumplimiento y seguimiento de indicaciones médicas en la unidad de cuidados intermedios</p> <p>Ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados mínimos</p> <p>Atención medica sistemática del recién nacido en la unidad de cuidados mínimos</p> <p>Cumplimiento y seguimiento de indicaciones médicas en la unidad de cuidados mínimos</p>		
--	---	--	--	--



**CÓDIGO : CP.3.5.01**


**VERSIÓN: 1**

**FECHA: 31-3-13**

## PROCEDIMIENTO DE ATENCION DIRECTA AL RECIEN NACIDO

- 1 **Unidad Administrativa:** Partos.
- 2 **Objetivo:** Atención inmediata del Recién Nacido, al ser dado a luz, estando preparado para atender la mayoría de las posibilidades complicaciones del estado de salud de este.
- 3 **Alcance:** para todos los recién nacidos a través de parto normal o por cesárea, e inicia en con la preparación del equipo médico y biomédico previo a la expulsión del neonato del organismo materno, hasta que es enviado a alojamiento conjunto o al área de cuidados especiales, según estado de salud.
- 4 **Definiciones:**
  - 4.1 Parto: conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto, la placenta y sus anexos por vía vaginal.
  - 4.2 Distocia: anomalía en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.
  - 4.3 Eutocia: corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda.
  - 4.4 Parto con producto a término: expulsión del producto del organismo materno desde 37 semanas a 41 semanas de gestación.
  - 4.5 Parto post termino: expulsión del producto del organismo materno con más de 41 semanas
  - 4.6 Nacimiento: expulsión completa o extracción del organismo materno el producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical unido a la placenta y que sea de 22 o más semanas de gestación
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Se deberá tener preparado: Mesa de reanimación, Fuente de calor o cuna de calor radiante, Oxígeno y Bolsa de anestesia, toallas o campos secos y tibios, Perilla de goma y sonda nasogástrica, Estetoscopio y Reloj con segundero, Mascarillas de resucitación, laringoscopio, hojas y tubos endotraqueales

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

	<b>PARTOS ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.01
	<b>PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN DIRECTA AL RECIÉN NACIDO</b>	Versión: 1
		Página 2 de 5

neonatales, Aspirador mecánico, Medicamentos, Guantes.

**6 Criterios de aceptación:**


- 6.1 Identificación del recién nacido, indicando el nombre de la madre, la fecha y hora de nacimiento y el sexo.
- 6.2 Definición del estado de salud del recién Nacido y el envío al área correspondiente.
- 6.3 Las indicaciones médicas deben de estar clara y sin manchones, si traen indicados exámenes deben traer la documentación correspondiente.
- 6.4 Historia clara, con letra legible, sin manchones ni uso de corrector.

**7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
MA.4.2.3.01	Manual de Organización y Funciones de Partos

**8 Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías Clínicas de atención neonatal de tercer nivel		MINSAL	
Guías clínicas de atención hospitalarias de tercer nivel		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de	Mayo 2009	Unidad de enfermería-Dirección de regulación del	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para

	<b>PARTOS ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.01
	<b>PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN DIRECTA AL RECIÉN NACIDO</b>	Versión: 1
		Página 3 de 5


atención		MINSAL	la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria
----------	--	--------	---

### 9 Indicadores:

Código	Nombre
PR.008	Porcentaje de necesidad de reanimación neonatal avanzada
RE.018	Total de recién nacidos vivos

### 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.03	HOJA CLAP	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.10	HOJA DE CONTINUACIÓN DE HISTORIA MEDICA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.19	HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.20	HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.21	HOJA PLANTAR DEL RECIÉN NACIDO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.22	HOJA DE REPORTE OBSTÉTRICO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años

	<b>PARTOS ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.01
	<b>PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN DIRECTA AL RECIÉN NACIDO</b>	Versión: 1
		Página 4 de 5


## 11 Recursos

Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Medico Neonatólogo Médicos Internos Médicos Residentes Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Documentos de Expediente clínico y filiación Documento de solicitud de pruebas complementarias	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental	Instrumental de reanimación Neonatal, oxígeno y bolsa de anestesia,	Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	Mascarillas de resucitación, aspirador mecánico, laringoscopio, hojas y tubos endotraqueales neonatales.	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos, ropa de sala)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	mesa de reanimación, foco de luz, lámpara	Revisiones reglamentarias realizadas

## 12 Unidades de soporte


Tipo de soporte	Área proveedora
Pruebas diagnósticas	Laboratorio clínico, Banco de sangre, Nutrición, Fisioterapia.
Papelería	Impresos
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Sistemas de información	Unidad de informática
Fármacos	Farmacia



	<b>PARTOS ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.01
	<b>PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN DIRECTA AL RECIÉN NACIDO</b>	Versión: 1
		Página 5 de 5

### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Médico interno, médico residente y médico de staff Enfermeras del servicio	1	Se pinza, corta y liga el cordón umbilical, se aspiran secreciones, apego precoz y cumplimiento de MATEC
Médico interno, médico residente y médico de staff Enfermeras del servicio	2	Se determina la manera de cómo proceder con el recién nacido dependiendo si este se considera de alto o bajo riesgo.
Médico interno, médico residente y médico de staff Enfermeras del servicio  Neonatólogo, pediatra o residente de neonatología	2.1	Si el recién nacido se considera de riesgo, se entrega al Neonatólogo o pediatra o residente de neonatología.
Neonatólogo, pediatra o residente de neonatología	2.2	Evaluación clínica y clasificación de riesgo según guías clínicas de atención a recién nacido de 3° nivel
Neonatólogo, pediatra o residente de neonatología	2.3	La colocación del brazalete con la información materna según normativa y guía de procesos
Neonatólogo, pediatra o residente de neonatología	2.4	Consiste en el llenado de instrumentos de información del historial clínico, y materno de los eventos y procesos de la atención del parto y del recién nacido.  Ver paso 8
Enfermeras del servicio	3	Evaluación clínica del recién nacido, peso, talla, PC, cuidados de cordón, aspiración de secreciones, cuidados oftálmicos

	<b>PARTOS ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.01
	<b>PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN DIRECTA AL RECIÉN NACIDO</b>	Versión: 1
		Página 6 de 5

Médico pediatra, Neonatólogo, residentes de ginecología, médicos internos	4	Una reevaluación y clasificación del riesgo del recién nacido
Enfermeras del servicio	5	La colocación del brazalete con la información materna según normativa, en uno de los brazos del recién nacido.
Enfermeras del servicio	6	Todo recién nacido sano es colocado en cunas térmicas de calor en espera de su correspondiente traslado a los diferentes servicios.
Médico interno, médico residente y médico de staff Enfermeras del servicio	7	Se pinza, corta y liga el cordón umbilical, se aspiran secreciones, apego precoz y cumplimiento de MATEC
Médico interno, médico residente y médico de staff Enfermeras del servicio	8	Actividad que requiere del llenado de instrumentos de información del historial clínico, y materno de los eventos y procesos de la atención del parto y del recién nacido
Médico interno, médico residente y médico de staff Enfermeras del servicio	9	Se determina la manera de proceder dependiendo si el recién nacido se considera sano o no.
Médico interno, médico residente y médico de staff Enfermeras del servicio	10	Si el estado del Recién Nacido no es sano, se traslada a los diferentes servicios de neonatología
Médico interno, médico residente y médico de staff Enfermeras del servicio	11	Si el estado del Recién nacido es sano, será entregado a la madre antes de ser trasladada al servicio de Puerperio o cirugía obstétrica.



**PARTOS  
ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

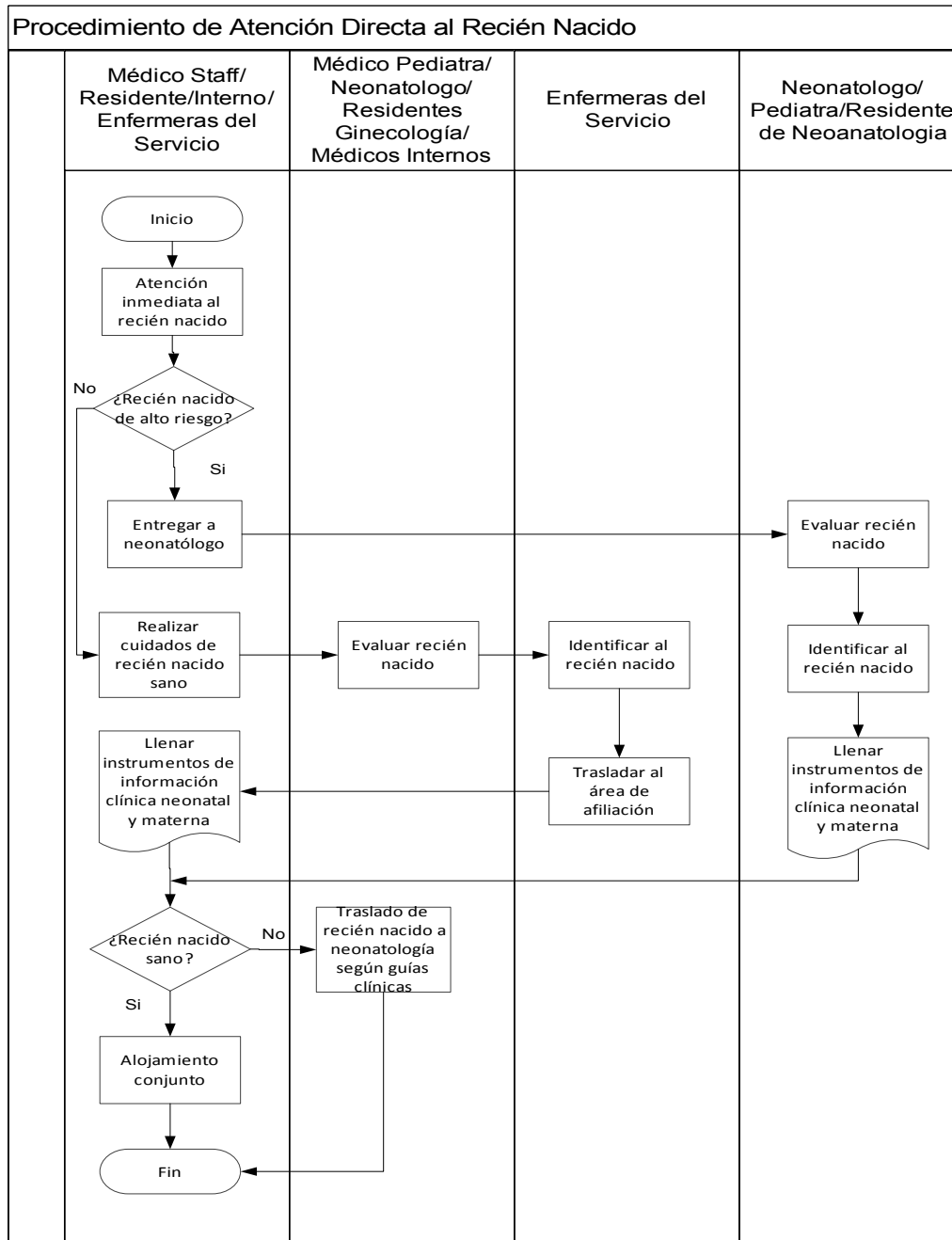
Código:  
CP.3.5.01

**PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN DIRECTA AL RECIÉN NACIDO**

Versión: 1

Página 7 de 5

**14 Diagrama de flujo**





**CÓDIGO : CP.3.5.02**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31-3-13**

**PROCEDIMIENTO CUIDADO SISTEMÁTICO DEL RECIÉN NACIDO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO**

- 1 **Unidad Administrativa:** Puerperio o cirugía obstétrica
- 2 **Objetivo:** Brindar los cuidados de rigor al Recién nacido y ejecutar las indicaciones definidas por el personal médico permitiendo la pronta recuperación del RN.
- 3 **Alcance:** Aplica al personal de enfermería, de las unidades de Puerperio u Cirugía Obstétrica y, e inicia con la revisión de expediente clínico y finaliza con el cumplimiento de las indicaciones médicas.
- 4 **Definiciones / abreviatura:**
  - Nacimiento: expulsión completa o extracción del organismo materno el producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical unido a la placenta y que sea de 22 o más semanas de gestación.
  - RN: Recién Nacido
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Registro de indicaciones medicas
  - 5.2 Registro de notas de evolución en el expediente.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Realización de cuidados diarios del RN
- 7 **Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
MA.4.2.3.02	Manual de Organización y Funciones de Puerperio
MA.4.2.3.03	Manual de Organización y Funciones de Cirugía obstétrica

- 8 **Documentos externos:**

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

	<b>ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.02
	<b>CUIDADO SISTEMÁTICO DEL RECIÉN NACIDO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO</b>	Versión: 1.0
		Página 2 de 5

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías clínicas para la atención hospitalaria del Neonato		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria
Norma nacional de atención del RN		MINSAL	

#### 9 Indicadores:

Código	Nombre
RE.009	Porcentaje de recién nacidos vivos en alojamiento conjunto

#### 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.08	HOJA DE PROCEDIMIENTO	Jefe de archivos	de Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES MEDICAS	Jefe de archivos	de Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.10	HOJA DE CONTINUACIÓN DE HISTORIA MEDICA	Jefe de archivos	de Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.19	HOJA DE ANOTACIONES DE	Jefe de	de Físico	Archivo	10 años

	<b>ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.02
	<b>CUIDADO SISTEMÁTICO DEL RECIÉN NACIDO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO</b>	Versión: 1.0
		Página 3 de 5

	ENFERMERAS	archivos				
EX.7.5.3.22	HOJA DE REPORTE OBSTÉTRICO	Jefe de archivos	de	Físico	Archivo	10 años

### 11 Recursos

Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hoja de ingreso Documentos de Expediente clínico y filiación Documento de solicitud de pruebas complementarias	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental		Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	cama	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Camilla, mesa para cambio del RN	Revisiones reglamentarias realizadas

### 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Pruebas diagnósticas	Laboratorio clínico, Banco de sangre, Nutrición, Fisioterapia.
Papelería	Impresos
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Sistemas de información	Unidad de informática
Fármacos	Farmacia

	<b>ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.02
	<b>CUIDADO SISTEMÁTICO DEL RECIÉN NACIDO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO</b>	Versión: 1.0
		Página 4 de 5

### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Enfermera del servicio	1.	Revisión del expediente Revisión de indicaciones médicas en cuadro clínico
Enfermera del servicio	2.	Cuidados diarios del recién nacido Cumplimiento de rutina de baño y cuidados generales del recién nacido Poner vacuna BCG (después de 6 horas de nacido) Aseo del Recién Nacido (después de 12 horas de nacido) Curación umbilical y cambio de pañal (Cada 6 horas) Toma de temperatura (Cada 8 horas) Vigilancia de cámara y orina
Enfermera del servicio	3.	Cumplimiento de indicaciones Verificación de nombres de medicamentos y dosificación en los casos en que este indicado
Pediatra	4.	El pediatra neonatólogo evalúa el estado de salud del RN, estableciendo la indicación de darle de alta o no. Si se le dará de alta al RN el pediatra firma la hoja de egreso. Si no está en condiciones para dársele de alta el RN continúa en el servicio.



## ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

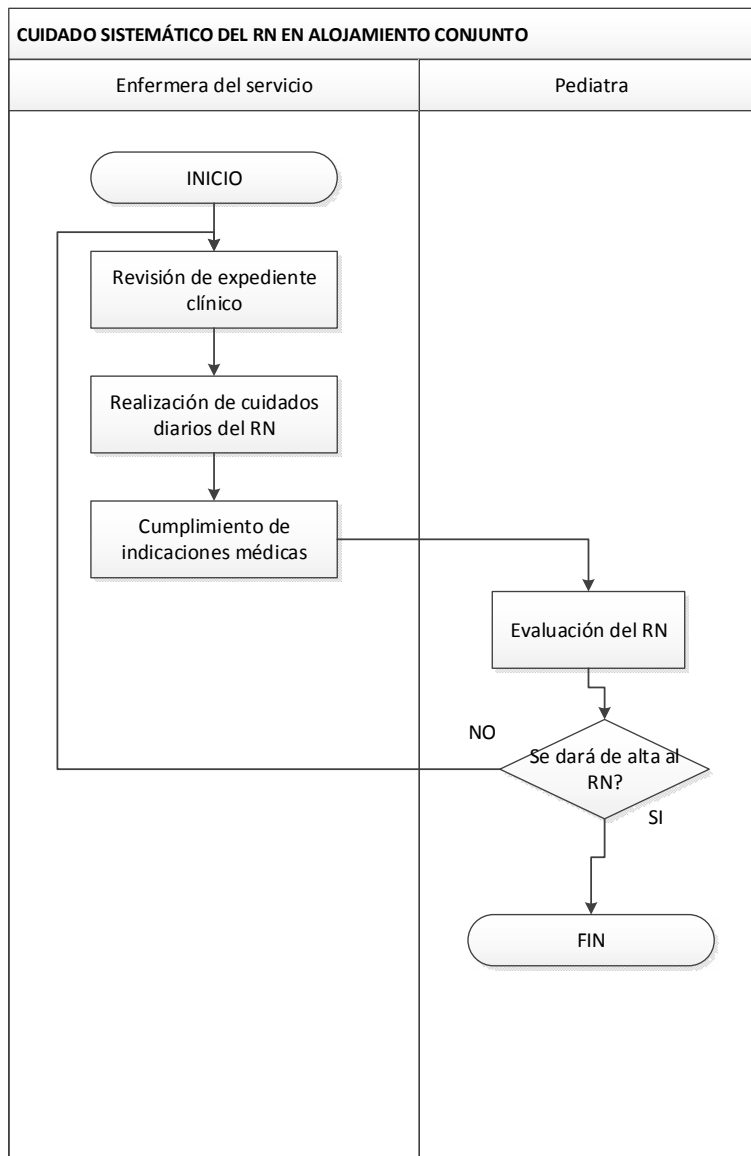
Código:  
CP.3.5.02

### CUIDADO SISTEMÁTICO DEL RECIÉN NACIDO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO

Versión: 1.0

Página 5 de 5

#### 14 Diagrama de flujo







**CÓDIGO : CP.3.5.03**


**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31-3-13**

**ALTA DEL RECIÉN NACIDO**

- 1 **Unidad Administrativa:** Puerperio, Cirugía Obstétrica y Unidad de Cuidados Mínimos
- 2 **Objetivo:** Dar de alta al recién nacido, posterior a la evaluación del estado de salud de este. Incluyendo la comunicación a los padres, sobre el estado general de salud del Recién Nacido y los cuidados de deben de brindársele.
- 3 **Alcance:** El procedimiento aplica para el personal médico y de enfermería de puerperio, Cirugía Obstétrica, Unidad de cuidados mínimos. El procedimiento inicia cuando el pediatra neonatólogo evalúa el estado de salud del RN, dando la aprobación de que puede dársele de alta, y finaliza cuando el Neonato es entregado a la madre, después de haberle dado charlas de educación que abarcan temas sobre los cuidados posteriores del RN.
- 4 **Definiciones / abreviaturas:**
  - 4.1 El estado neonatal: conjunto de conductas organizadas que ocurren espontáneamente y se repiten cíclicamente, a diferencia de los recién nacidos de término que tienen estados claramente definidos, los cuales reflejan integridad del sistema nervioso central
  - 4.2 UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos
  - 4.3 RNI: Unidad de Cuidados Intermedios
  - 4.4 RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos
  - 4.5 RN: Recién Nacido.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Decisión de transferencia a otro servicio de neonatología o alta
  - 5.2 Expediente Clínico actualizado.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Las charlas deberán estar relacionadas con la condición de salud del neonato.
- 7 **Documentos externos:**


Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

	<b>PROCESO DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.03
	<b>ALTA DEL RECIÉN NACIDO</b>	Versión: 1.0
		Página 2 de 6

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías clínicas para la atención hospitalaria del Neonato		MINSAL	Conjunto de procedimientos por realizar según la situación de salud de la paciente
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria
Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta		MINSAL	Indicaciones para la referencia del Recién Nacido

## 8 Indicadores:

Código	Nombre
PR.005	Índice de ocupación por servicio final
PR.009	Promedio de estancia por servicio final
PR.007	Intervalo de sustitución por servicio final
PR.006	Índice de rotación por servicio final
PR.004	Índice de infecciones nosocomiales por servicio final
PR.011	Total de pacientes hospitalizados (promedio diario)
PR.010	Porcentaje de paciente con reacciones adversas por medicamento
RE.007	Porcentaje de depresión neonatal
RE.006	Porcentaje de asfixia perinatal
RE.012	Porcentaje de síndrome de distres respiratorio
RE.008	Porcentaje de enfermedad de membrana hialina
RE.011	Porcentaje de síndrome de aspiración de meconio.
RE.010	Porcentaje de sepsis neonatal
RE.004	Mortalidad neonatal bruta
RE.005	Mortalidad neonatal precoz
RE.003	Mortalidad Neonatal tardía
RE.016	Tasa de mortinatos

	<b>PROCESO DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.03
	<b>ALTA DEL RECIÉN NACIDO</b>	Versión: 1.0
		Página 3 de 6

RE.015	Tasa de mortalidad del prematuro
RE.018	Total de recién nacidos vivos

### 9 Registros:


Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.25	TRANSFERENCIA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.22	HOJA DE EVALUACIÓN DE ALTA DE RECIÉN NACIDO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
LC.7.2.3.01	LIBRO DE CENSOS DE CHARLAS EDUCACIONALES	Jefe de enfermeras	Físico	Archivo	2 años

### 10 Recursos

Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hoja de ingreso Documentos de Expediente clínico y filiación Documento de solicitud de pruebas complementarias	Registro formalizados por la unidad de estadísticas

### 11 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Papelería	Impresos
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Fármacos	Farmacia

	<b>PROCESO DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.03
	<b>ALTA DEL RECIÉN NACIDO</b>	Versión: 1.0
		Página 4 de 6

## 12 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Enfermera del servicio	1.	Educación al momento del alta de un RN  Si se le dará de alta al RN, La enfermera le informa sobre estado de salud al momento de su egreso y los cuidados a implementar posterior a ello.
Enfermera del servicio	2.	Educación al momento del alta de un RN prematuro  Si es prematuro hay 7 hojas de referencia que se entregan a la madre y se le da instrucciones de las citas por asistir, los cuidados al niño.
Enfermera del servicio	3.	El RN es entregado a la madre



## PROCESO DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

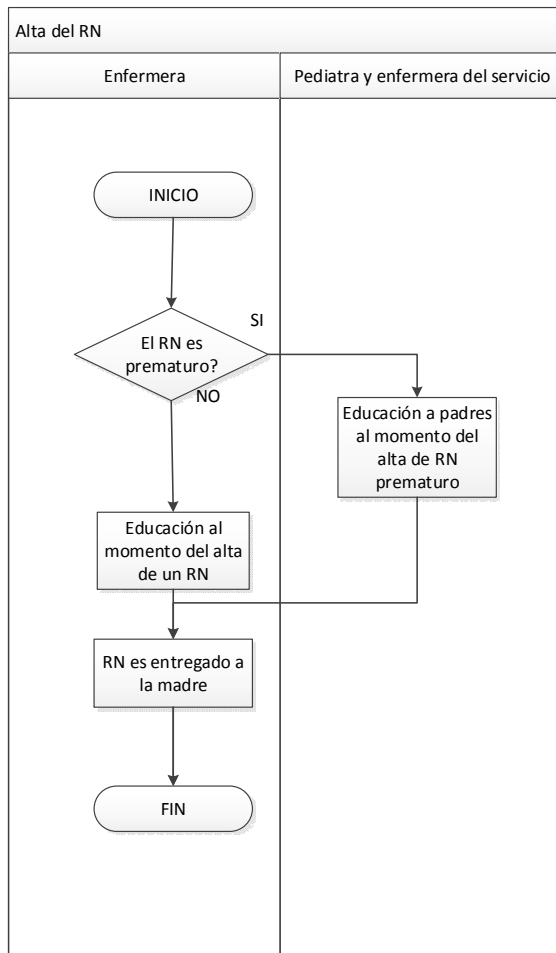
Código:  
CP.3.5.03

## ALTA DEL RECIÉN NACIDO

Versión: 1.0

Página 5 de 6

### 13 Diagrama de flujo





**CÓDIGO : CP.3.5.04**

**VERSIÓN: 1.0**


**FECHA: 31-3-13**

**PROCEDIMIENTO DE INGRESO DEL RECIÉN NACIDO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

- 1 **Unidad Administrativa:** Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología
- 2 **Objetivo:** Dar una mayor atención, vigilancia del estado de salud y un tratamiento especializado al Recién Nacido, debido a que la condición de salud del neonato es crítica.
- 3 **Alcance:** Aplica al personal de la Unidad de Neonatología que registrará el ingreso del RN y a la enfermera que transporta al Recién nacido a la UCIN. Este procedimiento inicia al entrar la enfermera con el RN trasladado desde sala de Partos o Quirófano Obstétrico y termina cuando la enfermera de la UCIN desarrolla las indicaciones que el pediatra neonatólogo ha definido.
- 4 **Definiciones / abreviaturas:**
  - 4.1 El estado neonatal: conjunto de conductas organizadas que ocurren espontáneamente y se repiten cíclicamente, a diferencia de los recién nacidos de término que tienen estados claramente definidos, los cuales reflejan integridad del sistema nervioso central
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Elaboración del reporte obstétrico por el pediatra neonatólogo
  - 5.2 Hoja de transferencia con la información completa y letra legible
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Elaboración de historia clínica neonatal.
  - 6.2 Realización de indicaciones médicas y su fiel cumplimiento por el personal de enfermería.
- 7 **Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
MA.4.2.3.04	Manual de Organización y Funciones de Neonatología

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

	<b>UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PROCESO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON PATOLOGÍA</b>	Código: CP.3.5.04
	<b>PROCEDIMIENTO DE INGRESO DEL RECIÉN NACIDO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	Versión: 1.0
		Página 2 de 5

**8 Documentos externos:**


Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías clínicas para la atención hospitalaria del Neonato		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria
Norma nacional de atención del RN		MINSAL	

**9 Indicadores:**

Código	Nombre

**10 Registros:**

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
FO.7.5.3.03	HOJA DE INGRESO Y EGRESO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES MEDICAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.19	HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años

	<b>UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS          PROCESO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO          CON PATOLOGÍA</b>	Código: CP.3.5.04
	<b>PROCEDIMIENTO DE INGRESO DEL RECIÉN          NACIDO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	Versión: 1.0
		Página 3 de 5

EX.7.5.3.21	HOJA PLANTAR DEL RECIÉN NACIDO	Jefe de archivos	de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.22	HOJA DE REPORTE OBSTÉTRICO	Jefe de archivos	de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.25	TRANSFERENCIA	Jefe de archivos	de	Físico	Archivo	10 años


#### 11 Recursos

Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hoja de ingreso Documentos de Expediente clínico y filiación Documento de solicitud de pruebas complementarias	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental		Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	Incubadora	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sabanas, guantes, espéculo, fármacos)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Incubadora	Revisiones reglamentarias realizadas

#### 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Pruebas diagnósticas	Laboratorio clínico, Banco de sangre, Nutrición, Fisioterapia.
Papelería	Impresos
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento



	<b>UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS          PROCESO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO          CON PATOLOGÍA</b>	Código: CP.3.5.04
	<b>PROCEDIMIENTO DE INGRESO DEL RECIÉN          NACIDO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	Versión: 1.0
		Página 4 de 5

### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Enfermera de sala de partos o quirófano obstétrico	1.	Identificación de Rn a ingresar al servicio Enfermera presenta RN a la enfermera del servicio UCIN
Enfermera de UCIN	2.	Revisión de hoja de transferencia La enfermera del servicio receptor revisa que la hoja de transferencia este completa
Enfermera del servicio y si es necesario el Pediatra Neonatólogo	3.	Colocación del RN en Incubadora y ventilador La enfermera cambia al RN crítico de la incubadora de transporte a la incubadora de la UCIN
Enfermera del servicio	4.	Llenado de papelería de expediente clínico y censo de ingresos de RN La enfermera del servicio llena el expediente clínico y el censo de ingreso del paciente
Pediatra Neonatólogo	5.	Elaboración de la historia clínica neonatal y examen físico del recién nacido El pediatra realiza el examen físico completo del recién nacido y revisa los factores de riesgo en el reporte obstétrico completando la historia neonatal
Pediatra Neonatólogo	6.	Registro de indicaciones al ingreso El pediatra coloca en el expediente las indicaciones médicas iniciales para el tratamiento del Recién nacido
Pediatra Neonatólogo	7.	Realización de cateterismo umbilical El pediatra coloca un catéter central en vasos umbilicales
Enfermera del servicio	8.	Cumplimiento de indicaciones medicas El personal de enfermería a cargo del recién nacido revisa indicaciones médicas y les da cumplimiento



**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
PROCESO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO  
CON PATOLOGÍA**

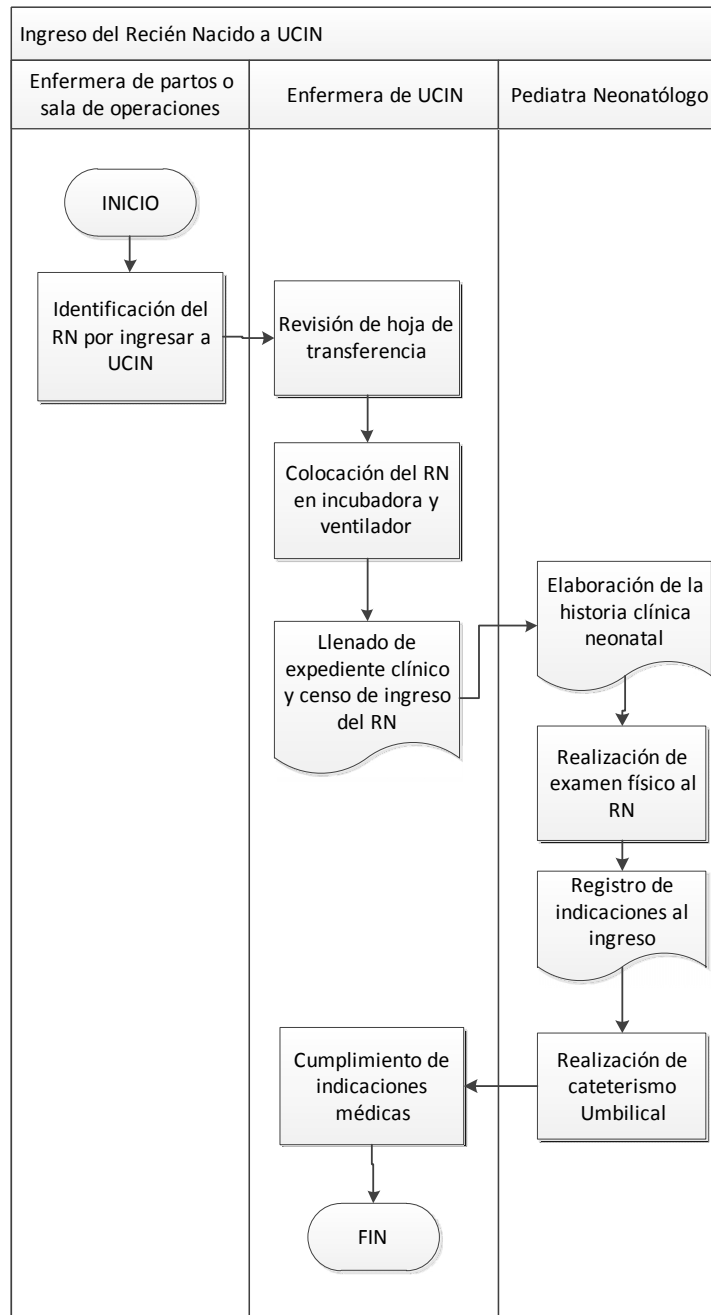
Código:  
CP.3.5.04

**PROCEDIMIENTO DE INGRESO DEL RECIÉN  
NACIDO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Versión: 1.0

Página 5 de 5

**14 Diagrama de flujo**





**CÓDIGO : CP.3.5.05**


**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31-3-13**

**PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN MEDICA INMEDIATA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

- 1 **Unidad Administrativa:** Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN)
- 2 **Objetivo:** Brindar una atención inmediata al RN ingresado con estado de salud crítica inestable, con el propósito de definir indicaciones médicas al momento del ingreso, para lograr la mejoría del neonato.
- 3 **Alcance:** Este procedimiento aplica al personal médico y de enfermería. El proceso inicia con el traslado del médico a la incubadora del RN ingresado a la UCIN con condiciones críticas e inestables, y termina con la decisión de transferencia o no a otro establecimiento de salud, especializado, de la red.
- 4 **Definiciones:**
  - 4.1 **Asfisia Neonatal:** Es una complicación que afecta al feto durante el nacimiento en la que por diversas causas no recibe una adecuada oxigenación e irrigación de sus órganos vitales. Por lo tanto no afecta solo al cerebro sino que a todo su organismo.
  - 4.2 **El estado neonatal:** conjunto de conductas organizadas que ocurren espontáneamente y se repiten cíclicamente, a diferencia de los recién nacidos de término que tienen estados claramente definidos, los cuales reflejan integridad del sistema nervioso central.
  - 4.3 **La evaluación del recién nacido o examen neonatal:** son las pruebas que se realizan a los bebés recién nacidos para detectar una amplia variedad de trastornos. Normalmente, las pruebas se realizan usando una muestra de sangre obtenida de un pinchazo en el talón cuando el bebé tiene dos o tres días de nacido
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Registro de indicaciones al ingreso y su cumplimiento por el personal de enfermería.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

	<b>PROCESO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.05
	<b>ATENCIÓN MEDICA INMEDIATA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	Versión: 1.0
		Página 2 de 7

## 6 Criterios de aceptación:

6.1 Definición del plan de manejo.

6.2 Actualización del expediente clínico.

## 7 Documentos internos de referencia:

<b>Código</b>	<b>Nombre</b>
MA.4.2.3.04	Manual de Organización y Funciones de Neonato
PL.4.2.3.04	Plan anual operativo de neonatología

## 8 Documentos externos:

<b>Nombre del documento externo</b>	<b>Fecha de expedición</b>	<b>Entidad que lo expide</b>	<b>Descripción</b>
Guías clínicas para la atención hospitalaria del Neonato		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria
Norma nacional de atención del RN		MINSAL	

	<b>PROCESO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.05
	<b>ATENCIÓN MEDICA INMEDIATA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	Versión: 1.0
		Página 3 de 7

## 9 Indicadores:


Código	Nombre
PR.008	Porcentaje de necesidad de reanimación neonatal avanzada

## 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
FO.7.5.3.03	HOJA DE INGRESO Y EGRESO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES MEDICAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.13	HOJA DE TEMPERATURA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años

## 11 Recursos

Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Papel para Documentos de Expediente clínico Documento de solicitud de pruebas complementarias	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental		Existencias de unidades

	<b>PROCESO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.05
	<b>ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	Versión: 1.0
		Página 4 de 7

		de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	Incubadora.	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	incubadora	Revisiones reglamentarias realizadas

## 12 Unidades de soporte

<b>Tipo de soporte</b>	<b>Área proveedora</b>
Pruebas diagnósticas	Laboratorio clínico, Banco de sangre, Nutrición, Fisioterapia.
Papelería	Impresos
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Sistemas de información	Unidad de informática
Fármacos	Farmacia

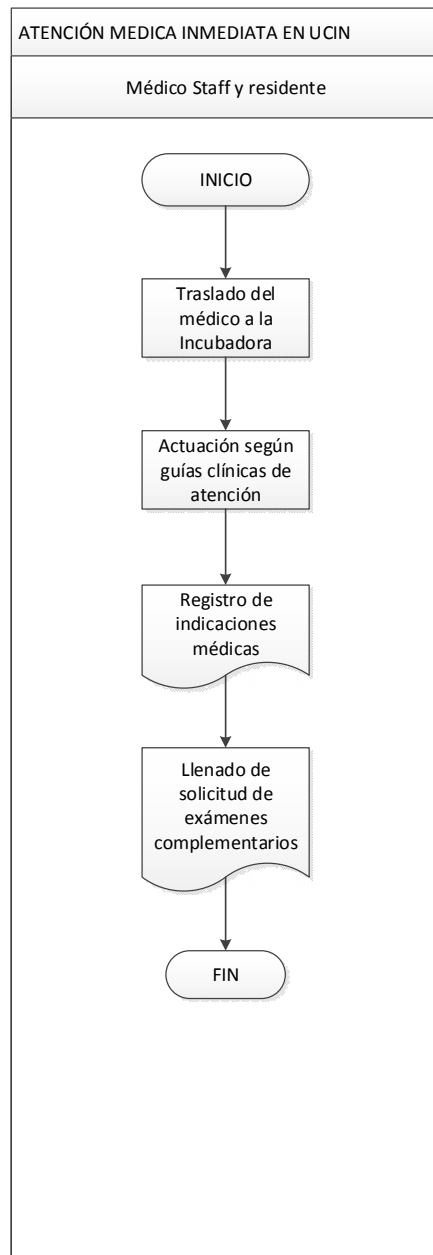
	<b>PROCESO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.05
	<b>ATENCIÓN MEDICA INMEDIATA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	Versión: 1.0
		Página 5 de 7

### 13 Descripción

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Médico staff Médico residente	1.	Evaluación inmediata del RN El médico residente se traslada a la incubadora donde se ha ubicado al RN
Médico staff Médico residente	2.	Realizar examen físico El médico realiza las acciones requeridas, según el estado de salud del RN, siguiendo las indicaciones de las guías clínicas de atención hospitalaria del Neonato.
Médico staff Médico residente	3.	Registro de indicaciones medicas El médico staff y el residente proponen conducta de manejo anotando las indicaciones en el expediente clínico del RN
Médico staff Médico residente	4.	El médico residente o staff escribe en documentos pre elaborados las solicitudes de exámenes de laboratorio y gabinete

	<b>PROCESO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.05
	<b>ATENCIÓN MEDICA INMEDIATA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	Versión: 1.0
		Página 6 de 7

#### 14 Diagrama de flujo







**CÓDIGO : CP.3.5.06**


**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31-3-13**

**PROCEDIMIENTO ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

- 1 **Unidad Administrativa:** Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN)
- 2 **Objetivo:** Inspeccionar la evolución del estado de salud del RN ingresado con condiciones críticas, definiendo indicaciones médicas para lograr la mejoría del neonato.
- 3 **Alcance:** Este procedimiento aplica al personal médico y de enfermería. El proceso inicia con el traslado del médico a la incubadora del RN con condiciones críticas para realizarle los exámenes físicos pertinentes y termina con el traslado del RN a otra unidad (RNI, RNCM) o la resolución de que continúe en UCIN
- 4 **Definiciones:**
  - 4.1 **Asfisia Neonatal:** Es una complicación que afecta al feto durante el nacimiento en la que por diversas causas no recibe una adecuada oxigenación e irrigación de sus órganos vitales. Por lo tanto no afecta solo al cerebro sino que a todo su organismo.
  - 4.2 El estado neonatal se define como el conjunto de conductas organizadas que ocurren espontáneamente y se repiten cíclicamente, a diferencia de los recién nacidos de término que tienen estados claramente definidos, los cuales reflejan integridad del sistema nervioso central.
  - 4.3 La evaluación del recién nacido o examen neonatal: son las pruebas que se realizan a los bebés recién nacidos para detectar una amplia variedad de trastornos. Normalmente, las pruebas se realizan usando una muestra de sangre obtenida de un pinchazo en el talón cuando el bebé tiene dos o tres días de nacido
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Registro de indicaciones al ingreso y su cumplimiento por el personal de enfermería.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Mejoría en la evolución de la salud del recién nacido.
  - 6.2 Actualización del expediente clínico.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

	<b>PROCESO ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.06
	<b>PROCEDIMIENTO ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	Versión: 1
		Página 2 de 9

**7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
MA.4.2.3.04	Manual de Organización y Funciones de Neonato
PL.4.2.3.04	Plan anual operativo de neonatología

**8 Documentos externos:**


Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías clínicas para la atención hospitalaria del Neonato		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria
Norma nacional de atención del RN		MINSAL	

**9 Indicadores:**

Código	Nombre
PR.008	Porcentaje de necesidad de reanimación neonatal avanzada

**10 Registros:**

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES MEDICAS	Jefe de archivos	de Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.10	HOJA DE CONTINUACIÓN	Jefe de	de Físico	Archivo	10 años

	<b>PROCESO ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.06
	<b>PROCEDIMIENTO ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	Versión: 1
		Página 3 de 9


	DE HISTORIA MEDICA	archivos			
EX.7.5.3.13	HOJA DE TEMPERATURA	Jefe de archivos	de	Físico	Archivo 10 años

### 11 Recursos

Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Medico staff, residente, interno. Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Papel para Documentos de Expediente clínico Documento de solicitud de pruebas complementarias	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental	Para examen físico.	Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	Incubadora.	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	incubadora	Revisiones reglamentarias realizadas

### 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Pruebas diagnósticas	Laboratorio clínico, Banco de sangre, Nutrición, Fisioterapia.
Papelería	Impresos
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Sistemas de información	Unidad de informática
Fármacos	Farmacia

	<b>PROCESO ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.06
	<b>PROCEDIMIENTO ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	Versión: 1
		Página 4 de 9

### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Médico pediatra	1.	Evaluación diaria del RN El médico residente se traslada a la incubadora donde se ha ubicado al RN
Médico pediatra	2.	Realizar examen físico El pediatra realiza examen físicos completo al RN
Médico pediatra	3.	Registro de notas de evolución en el expediente El medico anota las observaciones necesarias para describir la evolución del RN durante las últimas 12 hr.
Médico pediatra	4.	Registro de indicaciones medicas El médico residente propone conducta de manejo anotando las indicaciones en el expediente clínico de cada RN
Medico de staff	5.	Seguimiento y Evaluación del recién nacido critico ingresado Revisión del expediente clínico, examen físico, indicaciones y exámenes de laboratorio y gabinete
Personal medico	6.	Discusión del Plan de manejo en conjunto con el residente Define el plan de manejo para la continuidad de la hospitalización a través del registro y revisión de notas de evolución e indicaciones medicas
Personal médico enfermería y laboratorio	7.	Control y seguimiento de exámenes de laboratorio Verificar el resultado oportuno de los resultados de laboratorio
Personal médico y técnico en radiología	8.	Control y seguimiento de exámenes de gabinete Elaboración y revisión de estudios radiológicos y ultrasonográficos
Personal Medico	9.	Decisión de indicación de transferencia Decide mediante la evaluación física médica y exámenes de laboratorios del recién nacido si está en condiciones de transferencia a los otros servicios Cuidados intermedios
Personal Médico y enfermería	10.	Llenado de documentación de traslado Completar documentación necesaria para el expediente clínico para su traslado



**PROCESO ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

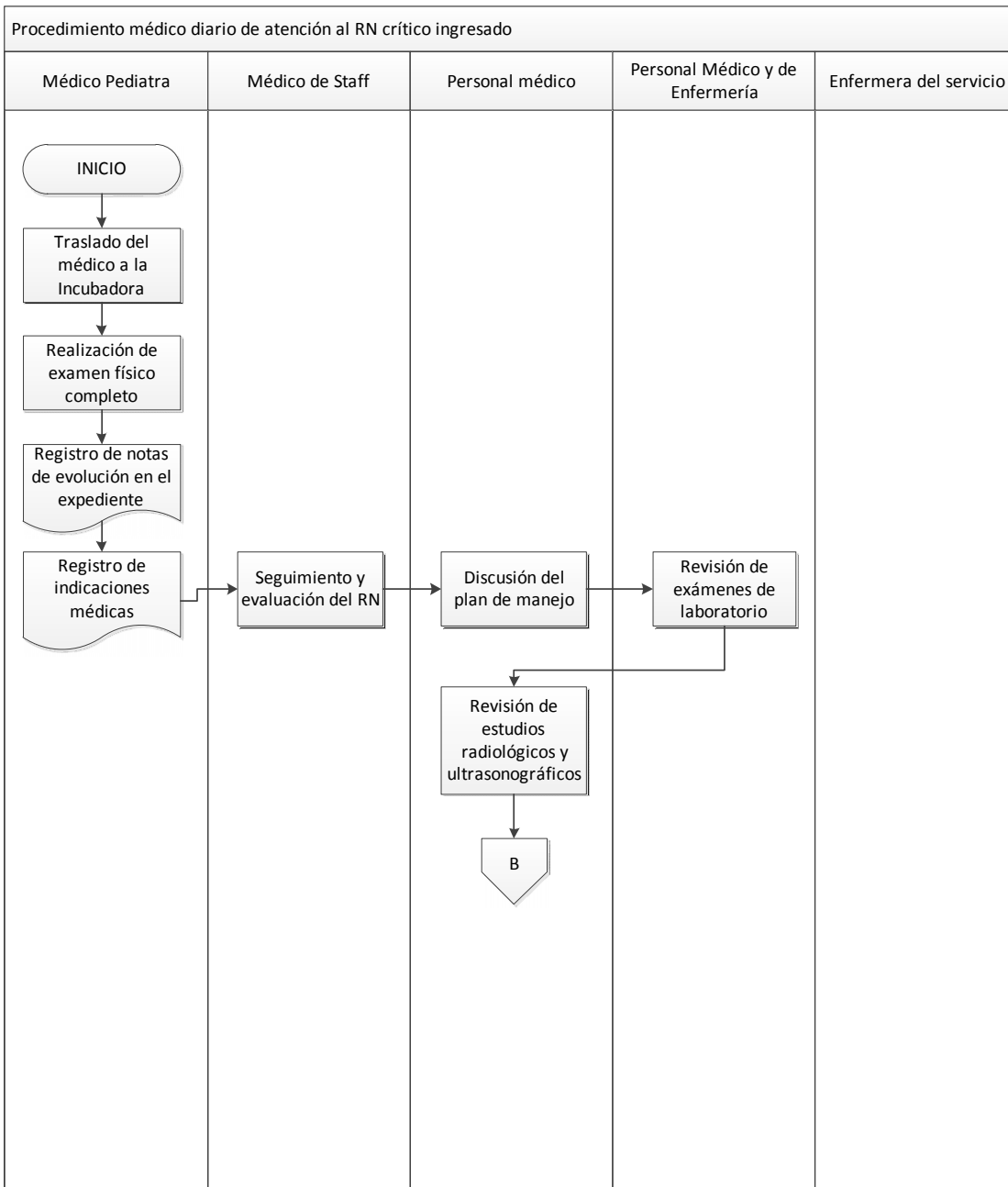
Código:  
CP.3.5.06

**PROCEDIMIENTO ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Versión: 1

Página 5 de 9

**14 Diagrama de flujo**





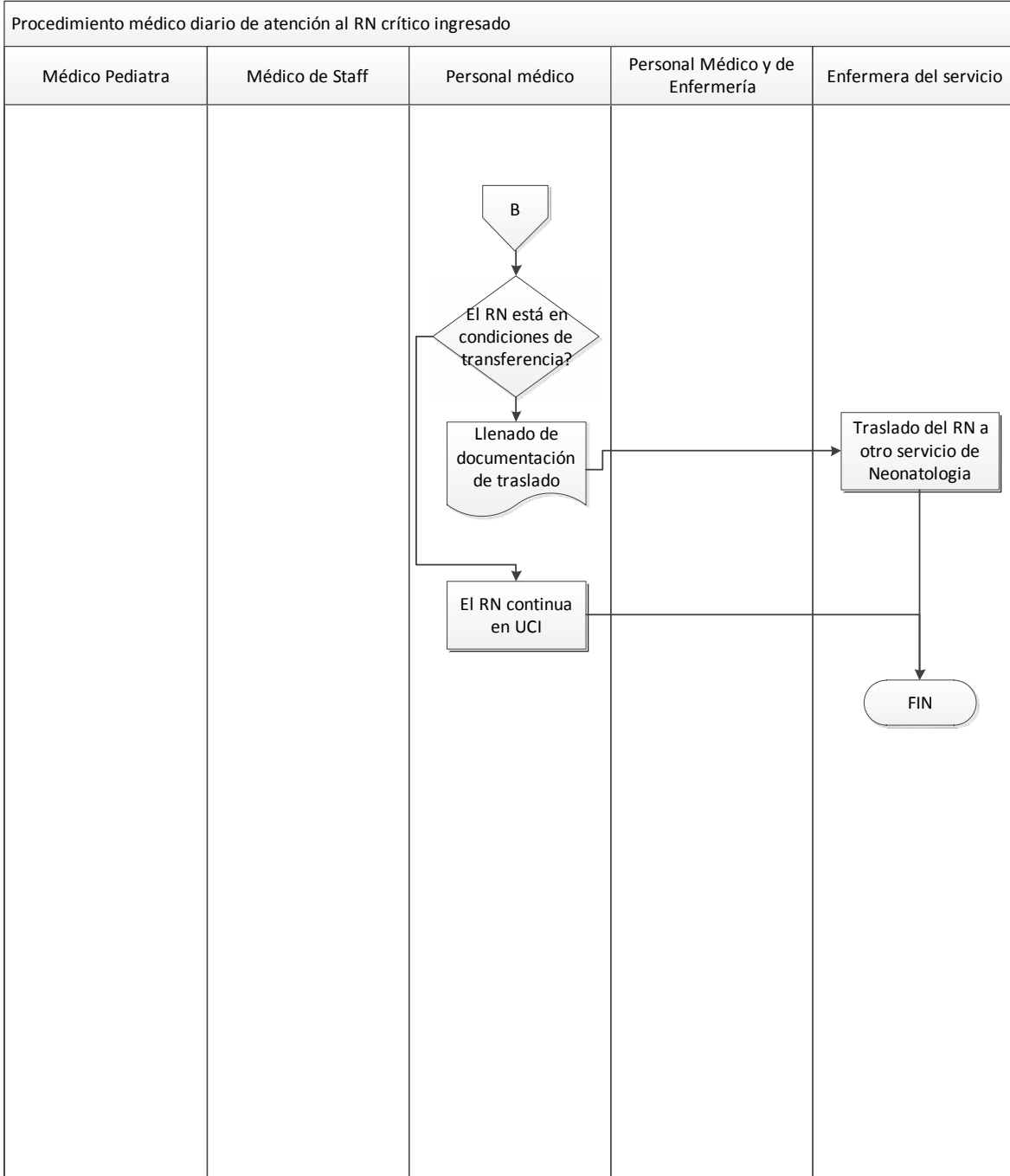
**PROCESO ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

Código:  
CP.3.5.06

**PROCEDIMIENTO ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Versión: 1

Página 6 de 9





**CÓDIGO : CP.3.5.07**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31-3-13**

**PROCEDIMIENTO CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS  
 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**


- 1 **Unidad Administrativa:** Unidad de Cuidados Intensivos
- 2 **Objetivo:** Ejecutar las indicaciones definidas por el personal médico permitiendo la pronta recuperación del RN.
- 3 **Alcance:** Aplica al personal de enfermería, de cada unidad de neonatología, e inicia con la revisión de expediente clínico y finaliza con el cumplimiento de las indicaciones médicas.
- 4 **Definiciones / abreviatura:**
  - 4.1 El estado neonatal: conjunto de conductas organizadas que ocurren espontáneamente y se repiten cíclicamente, a diferencia de los recién nacidos de término que tienen estados claramente definidos, los cuales reflejan integridad del sistema nervioso central.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Registro de indicaciones medicas
  - 5.2 Registro de notas de evolución en el expediente.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Realización de cuidados diarios del RN
- 7 **Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
MA.4.2.3.04	Manual de Organización y Funciones de Neonatología

8 **Documentos externos:**

Nombre del documento	Fecha de	Entidad que lo	Descripción

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

	<b>ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.07
	<b>CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	Versión: 1.0
		Página 2 de 5

externo	expedición	expide	
Guías clínicas para la atención hospitalaria del Neonato		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación MINSAL	de de del Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria
Norma nacional de atención del RN		MINSAL	


#### 9 Indicadores:

Código	Nombre

#### 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.10	HOJA DE CONTINUACIÓN DE HISTORIA MEDICA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.17	HOJA DE EXÁMENES	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.19	HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años




	<b>ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.07
	<b>CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	Versión: 1.0
		Página 3 de 5

## 11 Recursos

Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hoja de ingreso Documentos de Expediente clínico y filiación Documento de solicitud de pruebas complementarias	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental		Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	cama	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Camilla, mesa para cambio del RN	Revisiones reglamentarias realizadas


## 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Pruebas diagnósticas	Laboratorio clínico, Banco de sangre, Nutrición, Fisioterapia.
Papelería	Impresos
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Sistemas de información	Unidad de informática
Fármacos	Farmacia

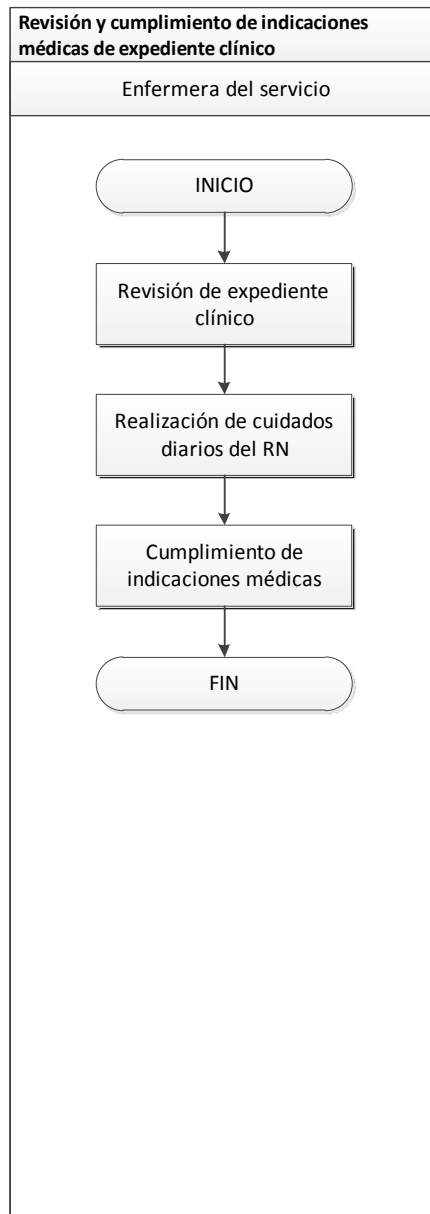
	<b>ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.07
	<b>CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	Versión: 1.0
		Página 4 de 5

### 13 Descripción

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Enfermera del servicio	1.	Revisión del expediente Revisión de indicaciones médicas en cuadro clínico
Enfermera del servicio	2.	Cuidados diarios del recién nacido Cumplimiento de rutina de baño y cuidados generales del recién nacido Poner vacuna BCG (después de 6 horas de nacido) Aseo del Recién Nacido (después de 12 horas de nacido) Curación umbilical y cambio de pañal (Cada 6 horas) Toma de temperatura (Cada 8 horas) Vigilancia de cámara y orina
Enfermera del servicio	3.	Cumplimiento de indicaciones Verificación de nombres de medicamentos y dosificación en los casos en que este indicado

	<b>ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.07
	<b>CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	Versión: 1.0
		Página 5 de 5

#### 14 Diagrama de flujo





**CÓDIGO : CP.3.5.08**


**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31-3-13**

**PROCEDIMIENTO: INGRESO DEL RECIÉN NACIDO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS**

- 1 **Unidad Administrativa:** UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DE NEONATOLOGÍA
- 2 **Objetivo:** Vigilar el estado de salud del recién nacido enfermo, proveyendo de las condiciones y el equipo adecuado para dar un tratamiento oportuno buscando una pronta mejoría en el Neonato.
- 3 **Alcance:** Aplica al personal de la Unidad de Cuidados Intermedios de Neonatología en el que se registrará al RN y a la enfermera que lo transportará hacia esa unidad, e inicia al entrar la enfermera con el RN trasladado desde sala de Partos o Quirófano Obstétrico y termina cuando la enfermera de la RNI desarrolla las indicaciones que el pediatra neonatólogo ha definido
- 4 **Definiciones / abreviaturas:**
  - 4.1 El estado neonatal: conjunto de conductas organizadas que ocurren espontáneamente y se repiten cíclicamente, a diferencia de los recién nacidos de término que tienen estados claramente definidos, los cuales reflejan integridad del sistema nervioso central
  - 4.2 Rn: Recién Nacido
  - 4.3 RNI: Unidad de Cuidados Intermedios
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Elaboración del reporte obstétrico por el pediatra neonatólogo
  - 5.2 Hoja de transferencia.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Elaboración de historia clínica neonatal.
  - 6.2 Realización de indicaciones médicas y su fiel cumplimiento por el personal de enfermería
- 7 **Documentos internos de referencia:**

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

	<b>ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.08
	<b>PROCEDIMIENTO: INGRESO DEL RECIÉN NACIDO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS</b>	Versión: 1.0
		Página 2 de 6

Código	Nombre
MA.4.2.3.04	Manual de Organización y Funciones de Neonatología

**8 Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías clínicas para la atención hospitalaria del Neonato		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria
Norma nacional de atención del RN		MINSAL	

**9 Indicadores:**

Código	Nombre

**10 Registros:**

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
FO.7.5.3.03	HOJA DE INGRESO Y EGRESO	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años

	<b>ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.08
	<b>PROCEDIMIENTO: INGRESO DEL RECIÉN NACIDO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS</b>	Versión: 1.0
		Página 3 de 6


EX.7.5.3.10	HOJA DE CONTINUACIÓN DE HISTORIA MEDICA	Jefe de archivos	de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.21	HOJA PLANTAR DEL RECIÉN NACIDO	Jefe de archivos	de	Físico	Archivo	10 años

## 11 Recursos

Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hoja de ingreso Documentos de Expediente clínico y filiación Documento de solicitud de pruebas complementarias	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental		Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	Incubadora	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Incubadora	Revisiones reglamentarias realizadas

## 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Pruebas diagnósticas	Laboratorio clínico, Banco de sangre, Nutrición, Fisioterapia.
Papelería	Impresos
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento

	<b>ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.08
	<b>PROCEDIMIENTO: INGRESO DEL RECIÉN NACIDO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS</b>	Versión: 1.0
		Página 4 de 6

### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Enfermera de otro servicio	1.	Identificación de Rn a ingresar al servicio Enfermera presenta RN a la enfermera del servicio RNI
Enfermera del servicio	2.	Revisión de hoja de transferencia La enfermera del servicio receptor revisa que la hoja de transferencia este completa
Enfermera del servicio y si es necesario el Pediatra Neonatólogo	3.	Colocación del RN en Incubadora La enfermera cambia al RN enfermo de la incubadora de transporte a la incubadora de RNI
Enfermera del servicio	4.	Llenado de papelería de expediente clínico y censo de ingresos de RN La enfermera del servicio llena el expediente clínico y el censo de ingreso del paciente
Pediatra Neonatólogo	5.	Elaboración de la historia clínica neonatal y examen físico del recién nacido El pediatra realiza el examen físico completo del recién nacido y revisa los factores de riesgo en el reporte obstétrico completando la historia neonatal
Pediatra Neonatólogo	6.	Registro de indicaciones al ingreso El pediatra coloca en el expediente las indicaciones médicas iniciales para el tratamiento del Recién nacido
Enfermera del servicio	7.	Cumplimiento de indicaciones medicas El personal de enfermería a cargo del recién nacido revisa indicaciones médicas y les da cumplimiento



## ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

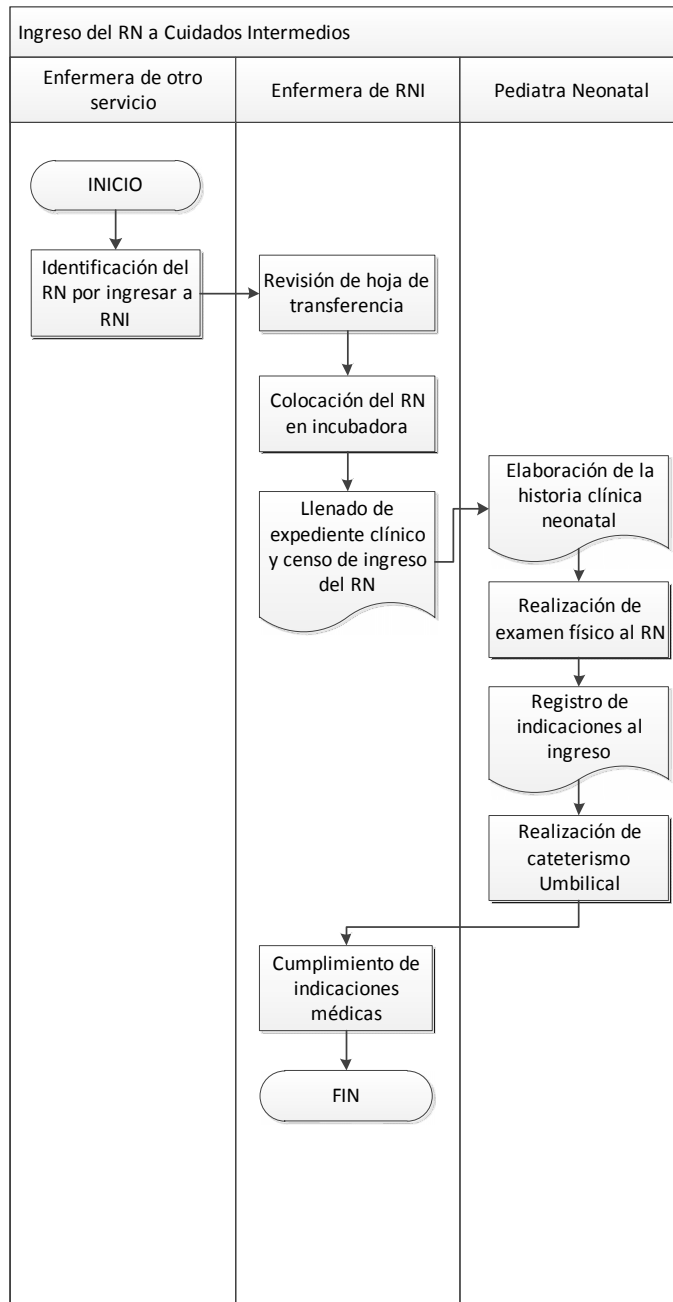
Código:  
CP.3.5.08

### PROCEDIMIENTO: INGRESO DEL RECIÉN NACIDO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

Versión: 1.0

Página 5 de 6

#### 14 Diagrama de flujo







**CÓDIGO : CP.3.5.09**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31-3-13**

**PROCEDIMIENTO ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS**

- 1 **Unidad Administrativa:** Unidad de Cuidados Intermedios
- 2 **Objetivo:** Inspeccionar la evolución del estado de salud del RN Ingresado enfermo, definiendo indicaciones médicas para lograr la mejoría del Neonato.
- 3 **Alcance:** Este procedimiento aplica al personal médico y de enfermería. Inicia con el traslado del médico a la incubadora del RN enfermo para realizarle los exámenes físicos pertinentes y termina con el traslado del RN a otra unidad (UCIN o RNCM) o la resolución de que continúe en RNI
- 4 **Definiciones / abreviaturas:**
  - 4.1 **Asfisia Neonatal:** Es una complicación que afecta al feto durante el nacimiento en la que por diversas causas no recibe una adecuada oxigenación e irrigación de sus órganos vitales. Por lo tanto no afecta solo al cerebro sino que a todo su organismo.
  - 4.2 El estado neonatal se define como el conjunto de conductas organizadas que ocurren espontáneamente y se repiten cíclicamente, a diferencia de los recién nacidos de término que tienen estados claramente definidos, los cuales reflejan integridad del sistema nervioso central.
  - 4.3 La evaluación del recién nacido o examen neonatal: son las pruebas que se realizan a los bebés recién nacidos para detectar una amplia variedad de trastornos. Normalmente, las pruebas se realizan usando una muestra de sangre obtenida de un pinchazo en el talón cuando el bebé tiene dos o tres días de nacido
  - 4.4 **RNI:** Unidad de Cuidados Intermedios
  - 4.5 **RNCM:** Unidad de Cuidados Mínimos
  - 4.6 **UCIN:** Unidad de Cuidados Intensivos
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Registro de indicaciones al ingreso y su cumplimiento por el personal de enfermería.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:



**PROCESO: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

Código:  
CP.3.5.09

**PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS**

Versión: 1

Página 2 de 7

**6 Criterios de aceptación:**

- 6.1 Mejoría en la evolución de la salud del recién nacido.
- 6.2 Actualización del expediente clínico.

**7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
MA.4.2.3.04	Manual de Organización y Funciones de Neonato
PL.4.2.3.04	Plan anual operativo de neonatología

**8 Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías clínicas para la atención hospitalaria del Neonato		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria
Norma nacional de atención del RN		MINSAL	

**9 Indicadores:**

Código	Nombre



**PROCESO: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

Código:  
CP.3.5.09

**PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS**

Versión: 1


Página 3 de 7

**10 Registros:**

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.03	HOJA CLAP	Jefe archivos de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.04	HOJA DE PARTOGRAMA	Jefe archivos de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.08	HOJA DE PROCEDIMIENTO	Jefe archivos de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES MEDICAS	Jefe archivos de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.10	HOJA DE CONTINUACIÓN DE HISTORIA MEDICA	Jefe archivos de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.17	HOJA DE EXÁMENES	Jefe archivos de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.19	HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERAS	Jefe archivos de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.21	HOJA PLANTAR DEL RECIÉN NACIDO	Jefe archivos de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.22	HOJA DE REPORTE OBSTÉTRICO	Jefe archivos de	Físico	Archivo	10 años

**11 Recursos**


Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Medico staff, residente, interno. Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Papel para Documentos de Expediente clínico Documento de solicitud de pruebas	Registro formalizados por la unidad de estadísticas

	<b>PROCESO: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.09
	<b>PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS</b>	Versión: 1
		Página 4 de 7

	complementarias	
Instrumental	Para examen físico.	Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	Incubadora.	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	incubadora	Revisiones reglamentarias realizadas

## 12 Unidades de soporte

<b>Tipo de soporte</b>	<b>Área proveedora</b>
Pruebas diagnósticas	Laboratorio clínico, Banco de sangre, Nutrición, Fisioterapia.
Papelería	Impresos
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Sistemas de información	Unidad de informática
Fármacos	Farmacia

	<b>PROCESO: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.09
	<b>PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS</b>	Versión: 1
		Página 5 de 7

### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Médico pediatra	1.	Evaluación diaria del RN El médico residente se traslada a la incubadora donde se ha ubicado al RN
Médico pediatra	2.	Realizar examen físico El pediatra realiza examen físicos completo al RN
Médico pediatra	3.	Registro de notas de evolución en el expediente El medico anota las observaciones necesarias para describir la evolución del RN durante las últimas 24 hr.
Médico pediatra	4.	Registro de indicaciones medicas El médico residente propone conducta de manejo anotando las indicaciones en el expediente clínico de cada RN
Medico de staff	5.	Seguimiento y Evaluación del recién nacido enfermo ingresado Revisión del expediente clínico, examen físico, indicaciones y exámenes de laboratorio y gabinete
Personal medico	6.	Discusión del Plan de manejo en conjunto con el residente Define el plan de manejo para la continuidad de la hospitalización a través del registro y revisión de notas de evolución e indicaciones medicas
Personal médico enfermería y laboratorio	7.	Control y seguimiento de exámenes de laboratorio Verificar el resultado oportuno de los resultados de laboratorio
Personal médico y técnico en radiología	8.	Control y seguimiento de exámenes de gabinete Elaboración y revisión de estudios radiológicos y ultrasonograficos
Personal Medico	9.	Decisión de indicación de transferencia Decide mediante la evaluación física médica y exámenes de laboratorios del recién nacido si está en condiciones de transferencia a los otros servicios Cuidados Mínimos
Personal Médico y enfermería	10.	Llenado de documentación de traslado Completar documentación necesaria para el expediente clínico para su traslado



**PROCESO: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

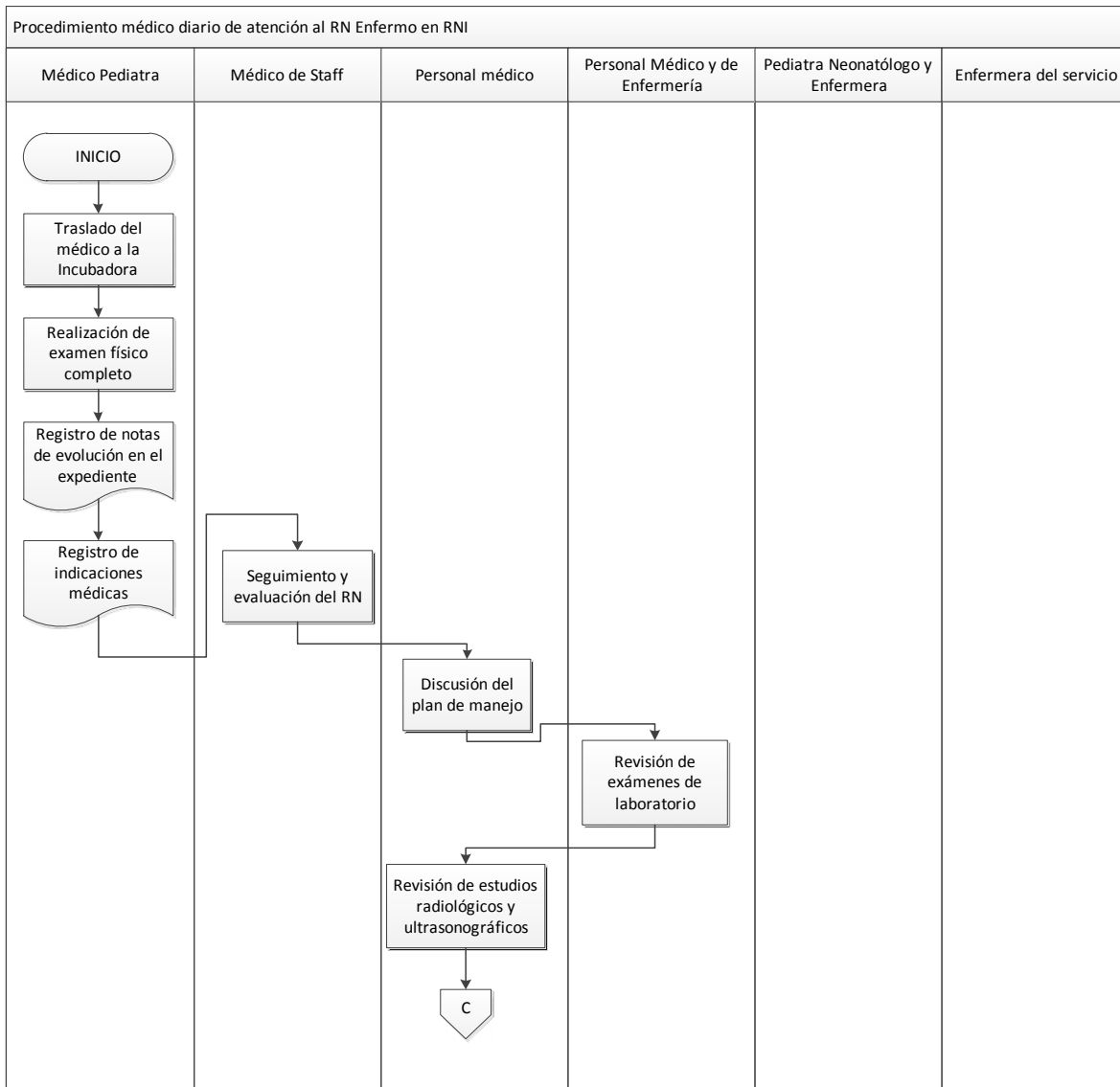
Código:  
CP.3.5.09

**PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS**

Versión: 1

Página 6 de 7

**14 Diagrama de flujo**





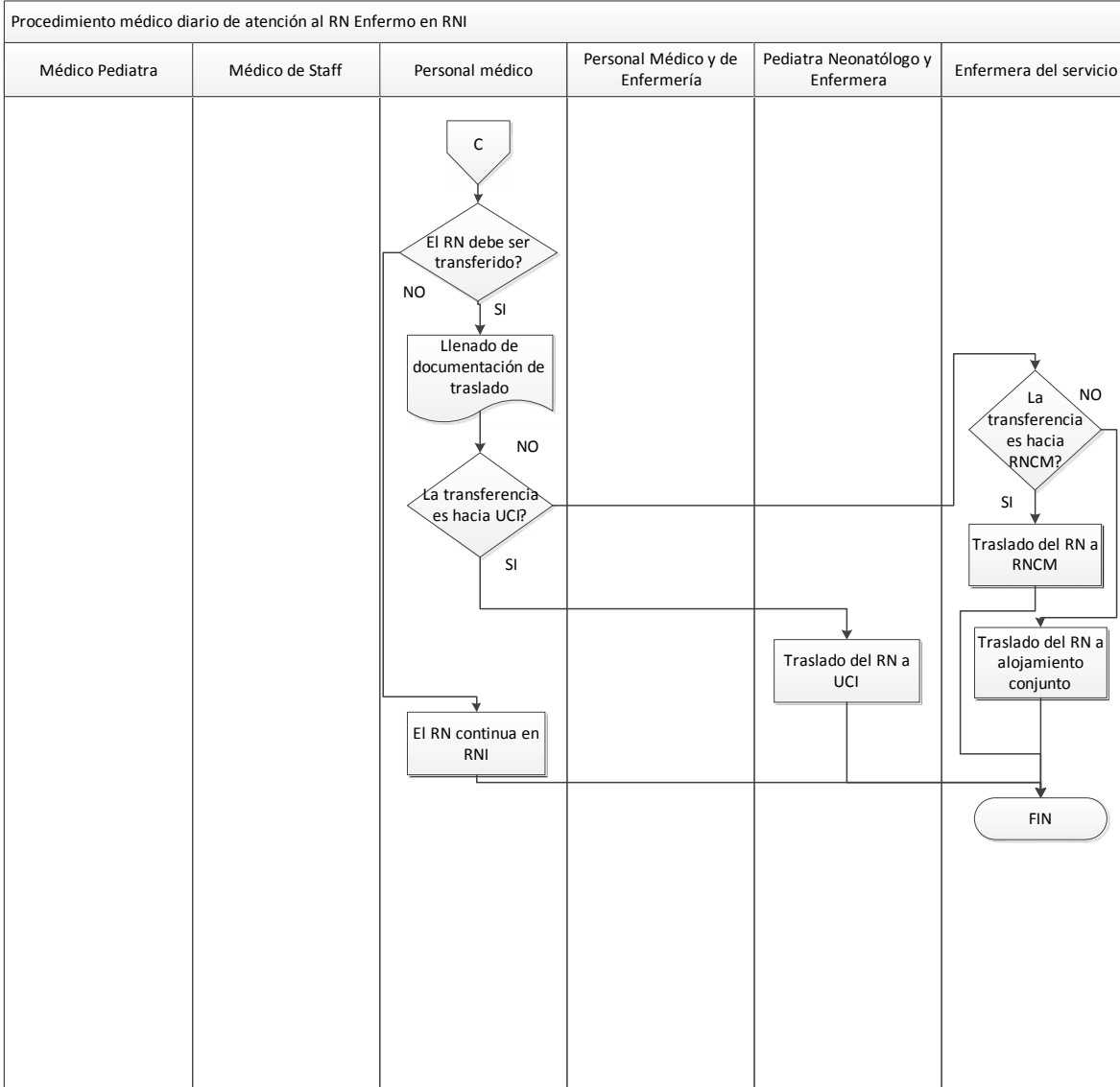
**PROCESO: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

Código:  
CP.3.5.09

**PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS**

Versión: 1

Página 7 de 7





<b>CÓDIGO :</b> CP.3.5.10	<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FECHA:</b> 21-09-12
---------------------------	---------------------	------------------------

**PROCEDIMIENTO CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS EN  
 UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS**


- 1 **Unidad Administrativa:** Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios, Unidad de Cuidados Mínimos
- 2 **Objetivo:** Ejecutar las indicaciones definidas por el personal médico permitiendo la pronta recuperación del RN.
- 3 **Alcance:** Aplica al personal de enfermería, de cada unidad de neonatología, e inicia con la revisión de expediente clínico y finaliza con el cumplimiento de las indicaciones médicas.
- 4 **Definiciones / abreviatura::**
  - 4.1 El estado neonatal: conjunto de conductas organizadas que ocurren espontáneamente y se repiten cíclicamente, a diferencia de los recién nacidos de término que tienen estados claramente definidos, los cuales reflejan integridad del sistema nervioso central
  - 4.2 RN: Recién Nacido.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Registro de indicaciones medicas
  - 5.2 Registro de notas de evolución en el expediente.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Realización de cuidados diarios del RN
- 7 **Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
MA.4.2.3.04	Manual de Organización y Funciones de Neonatología

- 8 **Documentos externos:**

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>



	<b>PROCESO: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.10
	<b>CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS</b>	Versión: 1.0
		Página 2 de 5


Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías clínicas para la atención hospitalaria del Neonato		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria
Norma nacional de atención del RN		MINSAL	

#### 9 Indicadores:

Código	Nombre

#### 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES MEDICAS	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.10	HOJA DE CONTINUACIÓN DE HISTORIA MEDICA	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.17	HOJA DE EXÁMENES	Jefe de archivos	Físico	Archivo	10 años

	<b>PROCESO: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.10
	<b>CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS</b>	Versión: 1.0
		Página 3 de 5


EX.7.5.3.19	HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERAS	Jefe de archivos	de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.13	HOJA DE TEMPERATURA	Jefe de archivos	de	Físico	Archivo	10 años

## 11 Recursos

Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hoja de ingreso Documentos de Expediente clínico y filiación Documento de solicitud de pruebas complementarias	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental		Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	cama	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Camilla, mesa para cambio del RN	Revisiones reglamentarias realizadas


## 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Pruebas diagnósticas	Laboratorio clínico, Banco de sangre, Nutrición, Fisioterapia.
Papelería	Impresos
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Sistemas de información	Unidad de informática
Fármacos	Farmacia

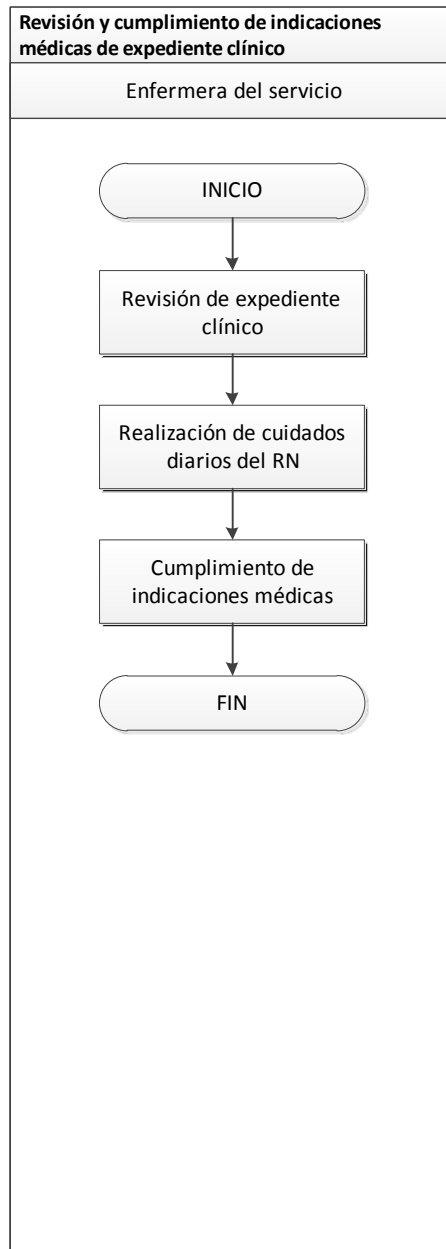
	<b>PROCESO: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.10
	<b>CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS</b>	Versión: 1.0
		Página 4 de 5

### 13 Descripción

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Enfermera del servicio	1.	Revisión del expediente Revisión de indicaciones médicas en cuadro clínico
Enfermera del servicio	2.	Cuidados diarios del recién nacido Cumplimiento de rutina de baño y cuidados generales del recién nacido Poner vacuna BCG (después de 6 horas de nacido) Aseo del Recién Nacido (después de 12 horas de nacido) Curación umbilical y cambio de pañal (Cada 6 horas) Toma de temperatura (Cada 8 horas) Vigilancia de cámara y orina
Enfermera del servicio	3.	Cumplimiento de indicaciones Verificación de nombres de medicamentos y dosificación en los casos en que este indicado

	<b>PROCESO: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.10
	<b>CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS</b>	Versión: 1.0
		Página 5 de 5

#### 14 Diagrama de flujo



	<b>PROCESO: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.11
	<b>INGRESO DEL RECIÉN NACIDO A UNIDAD DE CUIDADOS MÍNIMOS</b>	Versión: 1.0
		Página 1 de 5

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD  
 DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN  
 DIVISIÓN MÉDICA  
 ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON PATOLOGÍA  
 FICHA DE PROCEDIMIENTO



<b>CÓDIGO : CP.3.5.11</b>	<b>VERSIÓN: 1.0</b>	<b>FECHA: 31-3-13</b>
---------------------------	---------------------	-----------------------

**PROCEDIMIENTO: INGRESO DEL RECIÉN NACIDO A LA UNIDAD DE CUIDADOS MÍNIMOS**

- 1 **Unidad Administrativa:** Unidad de Cuidados Mínimos
- 2 **Objetivo:** Vigilar el estado de salud del RN con riesgo de enfermedad, proveyendo las condiciones necesarias para su pronta recuperación.
- 3 **Alcance:** Aplica al personal de la Unidad de Cuidados Mínimos de Neonatología en el que se registrará el RN y a enfermera que lo transportará hacia esa unidad. Inicia al entrar la enfermera con el RN trasladado desde Parto o Quirófano Obstétrico y termina cuando la enfermera de la RNCM desarrolla las indicaciones que el pediatra neonatólogo ha definido.
- 4 **Definiciones / abreviaturas:**
  - 4.1 El estado neonatal: conjunto de conductas organizadas que ocurren espontáneamente y se repiten cíclicamente, a diferencia de los recién nacidos de término que tienen estados claramente definidos, los cuales reflejan integridad del sistema nervioso central
  - 4.2 RN: Recién Nacido
  - 4.3 RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Elaboración del reporte obstétrico por el pediatra neonatólogo
  - 5.2 Hoja de transferencia.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Elaboración de historia clínica neonatal.
  - 6.2 Realización de indicaciones médicas y su fiel cumplimiento por el personal de enfermería
- 7 **Documentos internos de referencia:**

	<b>PROCESO: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.11
	<b>INGRESO DEL RECIÉN NACIDO A UNIDAD DE CUIDADOS MÍNIMOS</b>	Versión: 1.0
		Página 2 de 5

<b>Código</b>	<b>Nombre</b>
MA.4.2.3.04	Manual de Organización y Funciones de Neonatología

**8 Documentos externos:**

<b>Nombre del documento externo</b>	<b>Fecha de expedición</b>	<b>Entidad que lo expide</b>	<b>Descripción</b>
Guías clínicas para la atención hospitalaria del Neonato		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria
Norma nacional de atención del RN		MINSAL	

**9 Indicadores:**

<b>Código</b>	<b>Nombre</b>

**10 Registros:**

<b>Código</b>	<b>Nombre</b>	<b>Almacenamiento</b>			<b>Tiempo de retención</b>
		<b>Responsable</b>	<b>Forma</b>	<b>Lugar</b>	

	<b>PROCESO: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.11
	<b>INGRESO DEL RECIÉN NACIDO A UNIDAD DE CUIDADOS MÍNIMOS</b>	Versión: 1.0
		Página 3 de 5

FO.7.5.3.03	HOJA DE INGRESO Y EGRESO	Jefe archivos	de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.10	HOJA DE CONTINUACIÓN DE HISTORIA MEDICA	Jefe archivos	de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.21	HOJA PLANTAR DEL RECIÉN NACIDO	Jefe archivos	de	Físico	Archivo	10 años

## 11 Recursos

Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hoja de ingreso Documentos de Expediente clínico y filiación Documento de solicitud de pruebas complementarias	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental		Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	Incubadora	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sabanas, guantes, espéculo, fármacos)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Incubadora	Revisiones reglamentarias realizadas

## 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Pruebas diagnósticas	Laboratorio clínico, Banco de sangre, Nutrición, Fisioterapia.
Papelería	Impresos
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento

	<b>PROCESO: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.11
	<b>INGRESO DEL RECIÉN NACIDO A UNIDAD DE CUIDADOS MÍNIMOS</b>	Versión: 1.0
		Página 4 de 5

### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Enfermera de otro servicio	1.	Identificación de Rn a ingresar al servicio Enfermera presenta RN a la enfermera del servicio RNCM
Enfermera del servicio	2.	Revisión de hoja de transferencia La enfermera del servicio receptor revisa que la hoja de transferencia este completa
Enfermera del servicio	3.	Colocación del RN en Incubadora o Bacinet La enfermera cambia al RN con riesgo de enfermedad de la incubadora de transporte a la incubadora o Bacinet de RNCM
Enfermera del servicio	4.	Llenado de papelería de expediente clínico y censo de ingresos de RN La enfermera del servicio llena el expediente clínico y el censo de ingreso del paciente
Médico interno	5.	Elaboración de la historia clínica neonatal y examen físico del recién nacido El Interno realiza el examen físico completo del recién nacido y revisa los factores de riesgo en el reporte obstétrico completando la historia neonatal
Pediatra Neonatólogo	6.	Revisión de historia clínica neonatal y examen físico del RN El pediatra supervisa la historia clínica elaborada por el interno y realiza el examen físico completo del recién nacido
Pediatra Neonatólogo	7.	Registro de indicaciones al ingreso El pediatra coloca en el expediente las indicaciones médicas iniciales para el tratamiento del Recién nacido
Enfermera del servicio	8.	Cumplimiento de indicaciones medicas El personal de enfermería a cargo del recién nacido revisa indicaciones médicas y les da cumplimiento





**PROCESO: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

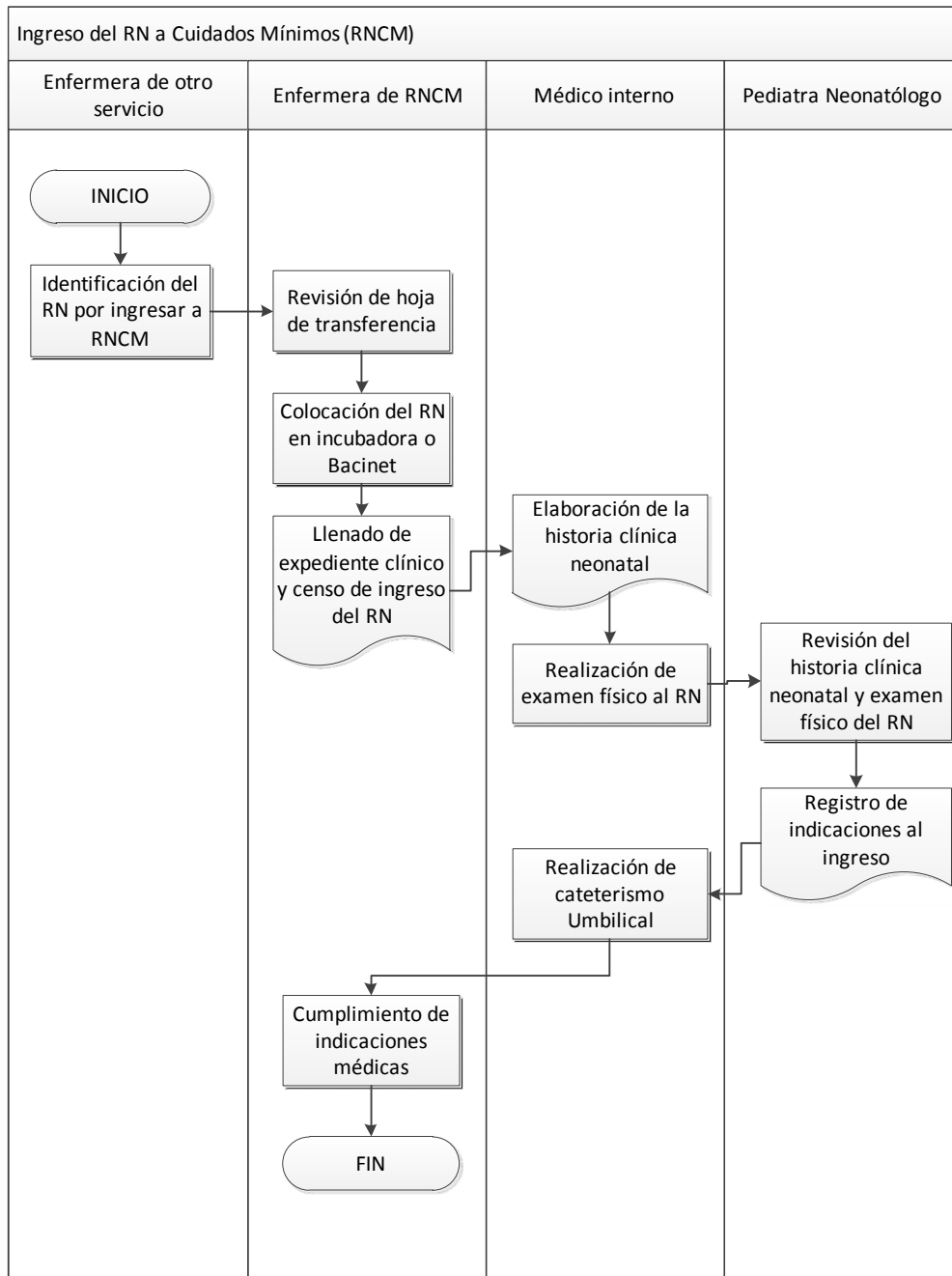
Código:  
CP.3.5.11

**INGRESO DEL RECIÉN NACIDO A UNIDAD DE CUIDADOS MÍNIMOS**

Versión: 1.0

Página 5 de 5

**14 Diagrama de flujo**





**CÓDIGO : CP.3.5.12**


**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31-3-13**

**PROCEDIMIENTO ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA EN UNIDAD DE CUIDADOS MÍNIMOS**

- 1 **Unidad Administrativa:** Unidad de Cuidados Mínimos
- 2 **Objetivo:** Inspeccionar la evolución del estado de salud del RN ingresado con riesgo de enfermedad, definiendo indicaciones médicas para lograr la mejoría del Neonato.
- 3 **Alcance:** Este procedimiento aplica al personal médico y de enfermería de la RNCM. Inicia con el traslado del pediatra al bacinet para evaluar la evolución del estado de salud del RN y decidir si es necesario la realización de exámenes o el traslado a otra área para tratamiento o alojamiento conjunto.
- 4 **Definiciones / abreviaturas:**
  - 4.1 Asfixia Neonatal: Es una complicación que afecta al feto durante el nacimiento en la que por diversas causas no recibe una adecuada oxigenación e irrigación de sus órganos vitales. Por lo tanto no afecta solo al cerebro sino que a todo su organismo.
  - 4.2 El estado neonatal se define como el conjunto de conductas organizadas que ocurren espontáneamente y se repiten cíclicamente, a diferencia de los recién nacidos de término que tienen estados claramente definidos, los cuales reflejan integridad del sistema nervioso central.
  - 4.3 La evaluación del recién nacido o examen neonatal: son las pruebas que se realizan a los bebés recién nacidos para detectar una amplia variedad de trastornos. Normalmente, las pruebas se realizan usando una muestra de sangre obtenida de un pinchazo en el talón cuando el bebé tiene dos o tres días de nacido
  - 4.4 RNCM: Unidad de Cuidados Mínimos
  - 4.5 RN: Recién Nacido
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Registro de indicaciones al ingreso y su cumplimiento por el personal de enfermería.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Mejoría en la evolución de la salud del recién nacido.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

	<b>ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.12
	<b>ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA EN UNIDAD E CUIDADOS MÍNIMOS</b>	Versión: 1.0
		Página 2 de 7

6.2 Actualización del expediente clínico.

**7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
MA.4.2.3.04	Manual de Organización y Funciones de Neonato
PL.4.2.3.04	Plan anual operativo de neonatología

**8 Documentos externos:**


Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Guías clínicas para la atención hospitalaria del Neonato		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria
Norma nacional de atención del RN		MINSAL	

**9 Indicadores:**

Código	Nombre
PR.008	Porcentaje de necesidad de reanimación neonatal avanzada

**10 Registros:**

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES	Jefe de	Físico	Archivo	10 años

	<b>ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.12
	<b>ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA EN UNIDAD E CUIDADOS MÍNIMOS</b>	Versión: 1.0
		Página 3 de 7


	MEDICAS	archivos			
EX.7.5.3.10	HOJA DE CONTINUACIÓN DE HISTORIA MEDICA	Jefe de archivos	de	Físico	Archivo 10 años
EX.7.5.3.13	HOJA DE TEMPERATURA	Jefe de archivos	de	Físico	Archivo 10 años

## 11 Recursos

Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Medico staff, residente, interno. Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Papel para Documentos de Expediente clínico Documento de solicitud de pruebas complementarias	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental	Para examen físico.	Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	Incubadora.	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	incubadora	Revisiones reglamentarias realizadas


## 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Pruebas diagnósticas	Laboratorio clínico, Banco de sangre, Nutrición, Fisioterapia.
Papelería	Impresos
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Sistemas de información	Unidad de informática
Fármacos	Farmacia

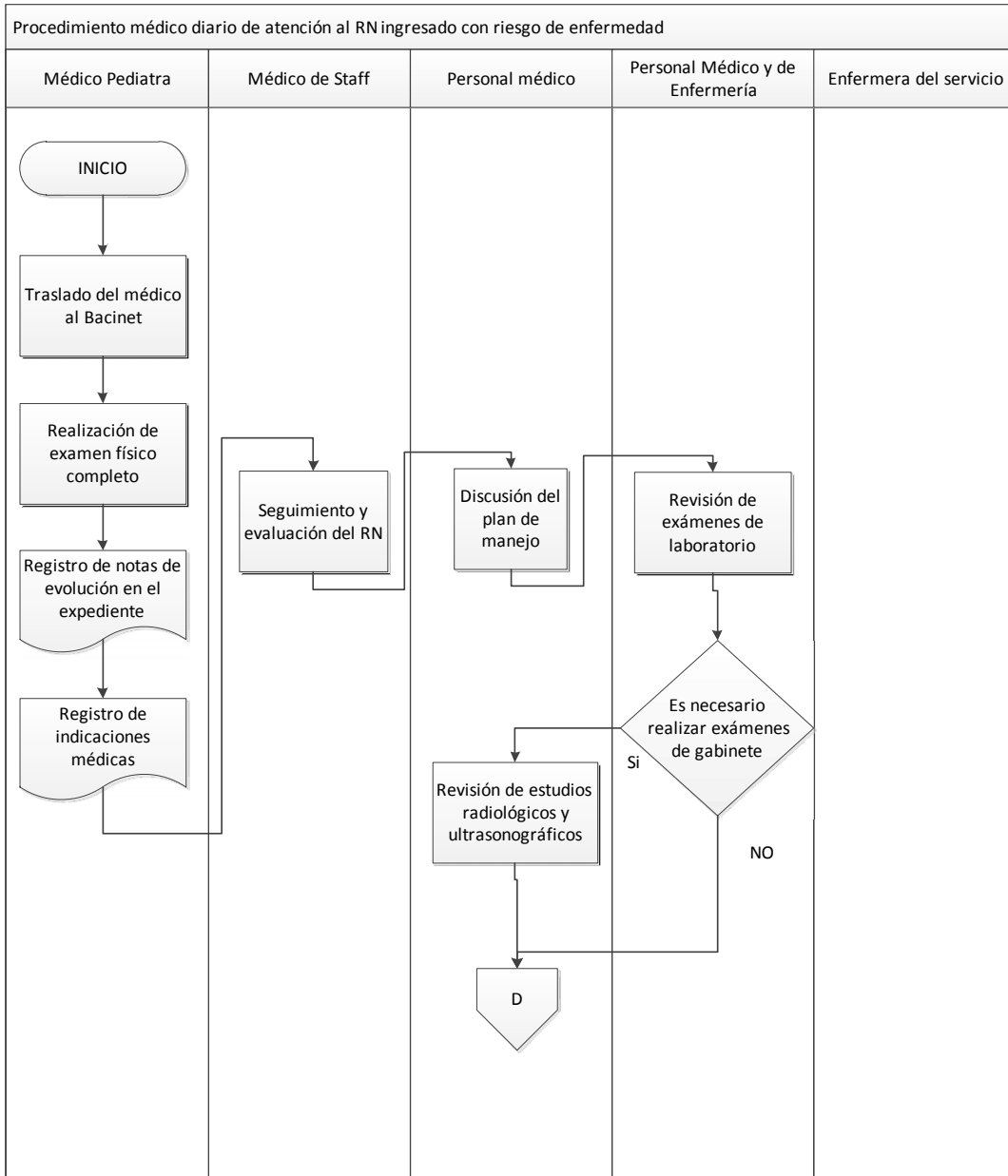
	<b>ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.12
	<b>ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA EN UNIDAD E CUIDADOS MÍNIMOS</b>	Versión: 1.0
		Página 4 de 7

### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Médico pediatra	1.	Evaluación diaria del RN El médico residente se traslada al Bacinet donde se ha ubicado al RN
Médico pediatra	2.	Realizar examen físico El pediatra realiza examen físicos completo al RN
Médico pediatra	3.	Registro de notas de evolución en el expediente El medico anota las observaciones necesarias para describir la evolución del RN durante las últimas 24 hr.
Médico Interno	4.	Registro de indicaciones medicas El Interno anota las indicaciones en el expediente clínico de cada RN
Médico pediatra	5.	Revisión de indicaciones medicas Médico Pediatra supervisa indicaciones elaboradas por el interno
Médico de staff	6.	Seguimiento y Evaluación del recién nacido ingresado Revisión del expediente clínico, examen físico, indicaciones y exámenes complementarios en el caso de que sean necesarios
Personal medico	7.	Discusión del Plan de manejo en conjunto con el residente Define el plan de manejo para la continuidad de la hospitalización a través del registro y revisión de notas de evolución e indicaciones medicas
Personal médico enfermería y laboratorio	8.	Control y seguimiento de exámenes de laboratorio Verificar el resultado oportuno de los resultados de laboratorio
Personal médico y técnico en radiología	9.	Control y seguimiento de exámenes de gabinete Elaboración y revisión de estudios radiológicos y ultrasonograficos en el caso de que sean necesarios
Personal Medico	10.	Decisión de indicación de transferencia o alta Decide mediante la evaluación física médica y exámenes de laboratorios del recién nacido si está en condiciones de transferencia a alojamiento conjunto o de alta
Personal Médico y enfermería	11.	Llenado de documentación de egreso Completar documentación necesaria para el expediente clínico para su egreso

	<b>ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.12
	<b>ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA EN UNIDAD E CUIDADOS MÍNIMOS</b>	Versión: 1.0
		Página 5 de 7

## 14 Diagrama de flujo





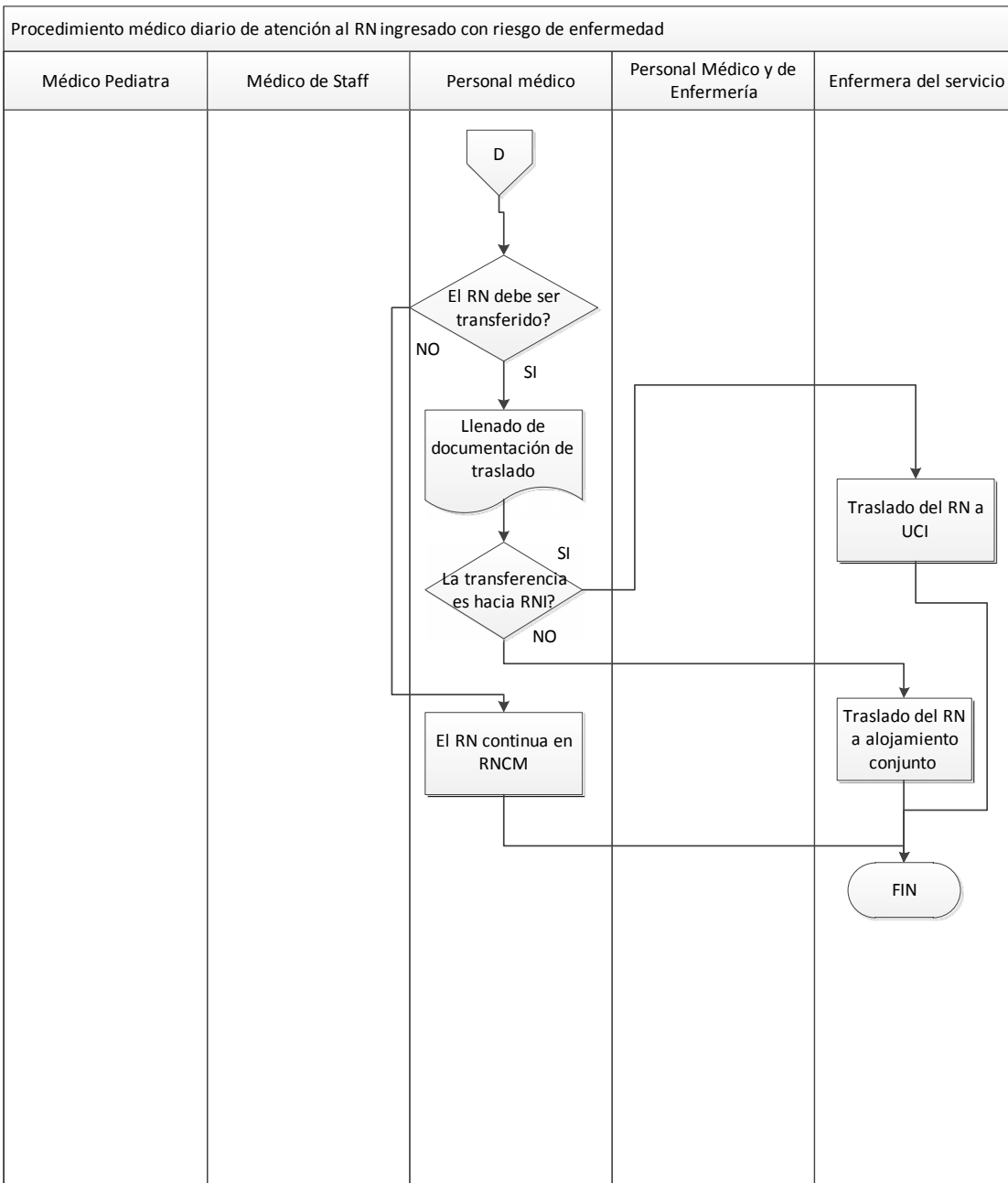
## ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Código:  
CP.3.5.12

## ATENCIÓN MEDICA SISTEMÁTICA EN UNIDAD E CUIDADOS MÍNIMOS

Versión: 1.0

Página 6 de 7





**CÓDIGO : CP.3.5.13**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31-3-13**

**PROCEDIMIENTO CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS EN  
 UNIDAD DE CUIDADOS MÍNIMOS**

- 1 **Unidad Administrativa:** Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios, Unidad de Cuidados Mínimos
- 2 **Objetivo:** Ejecutar las indicaciones definidas por el personal médico permitiendo la pronta recuperación del RN.
- 3 **Alcance:** Aplica al personal de enfermería, de cada unidad de neonatología, e inicia con la revisión de expediente clínico y finaliza con el cumplimiento de las indicaciones médicas.
- 4 **Definiciones / abreviatura::**
  - 4.1 El estado neonatal: conjunto de conductas organizadas que ocurren espontáneamente y se repiten cíclicamente, a diferencia de los recién nacidos de término que tienen estados claramente definidos, los cuales reflejan integridad del sistema nervioso central
  - 4.2 RN: Recién Nacido.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Registro de indicaciones medicas
  - 5.2 Registro de notas de evolución en el expediente.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Realización de cuidados diarios del RN
- 7 **Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
MA.4.2.3.04	Manual de Organización y Funciones de Neonatología

8 **Documentos externos:**

Nombre del	Fecha de expedición	Entidad que lo	Descripción

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:



	<b>PROCESO: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.13
	<b>PROCEDIMIENTO: CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS EN UNIDAD DE CUIDADOS MÍNIMOS</b>	Versión: 1.0
		Página 2 de 7

documento externo		expide	
Guías clínicas para la atención hospitalaria del Neonato		MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el tercer nivel de atención	Mayo 2009	Unidad de enfermería- Dirección de regulación del MINSAL	Conjunto de herramientas técnicas administrativas para la prestación de cuidados de enfermería a usuarios de la red hospitalaria
Norma nacional de atención del RN		MINSAL	

#### 9 Indicadores:

Código	Nombre

#### 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
EX.7.5.3.09	HOJA DE INDICACIONES MEDICAS	Jefe de archivos	de Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.10	HOJA DE CONTINUACIÓN DE HISTORIA MEDICA	Jefe de archivos	de Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.17	HOJA DE EXÁMENES	Jefe de archivos	de Físico	Archivo	10 años

	<b>PROCESO: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.13
	<b>PROCEDIMIENTO: CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS EN UNIDAD DE CUIDADOS MÍNIMOS</b>	Versión: 1.0
		Página 3 de 7

EX.7.5.3.19	HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERAS	Jefe de archivos	de	Físico	Archivo	10 años
EX.7.5.3.13	HOJA DE TEMPERATURA	Jefe de archivos	de	Físico	Archivo	10 años

### 11 Recursos

Tipo	Descripción	Características generales. Requisitos
Personal	Enfermera del servicio	Personal con formación específica
Papelería	Papel para hoja de ingreso Documentos de Expediente clínico y filiación Documento de solicitud de pruebas complementarias	Registro formalizados por la unidad de estadísticas
Instrumental		Existencias de unidades de esterilización
Aparataje o Equipo biomédico	cama	Revisiones reglamentarias realizadas
Material fungible	Según stock de consumo (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Camilla, mesa para cambio del RN	Revisiones reglamentarias realizadas

### 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Pruebas diagnósticas	Laboratorio clínico, Banco de sangre, Nutrición, Fisioterapia.
Papelería	Impresos
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Sistemas de información	Unidad de informática
Fármacos	Farmacia

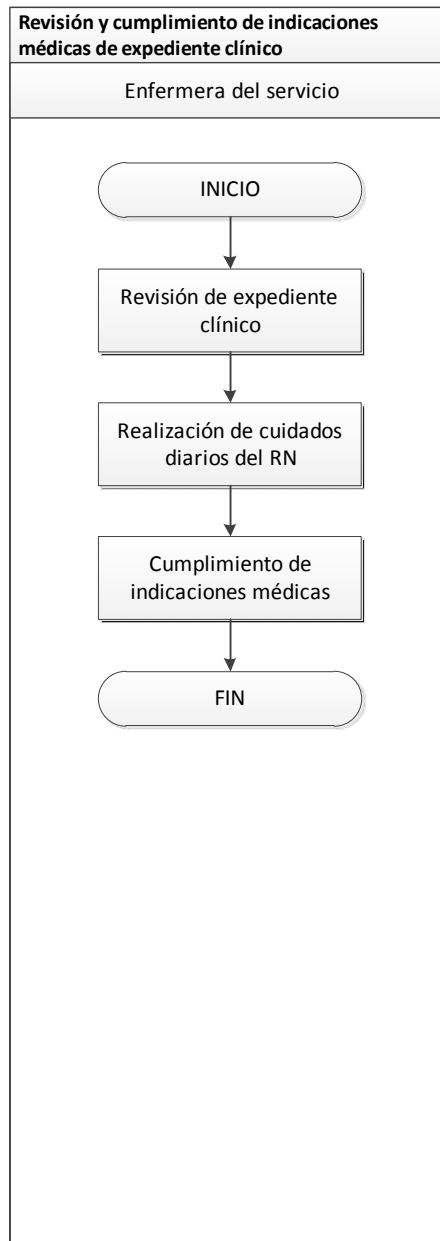
	<b>PROCESO: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.13
	<b>PROCEDIMIENTO: CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS EN UNIDAD DE CUIDADOS MÍNIMOS</b>	Versión: 1.0
		Página 4 de 7

### 13 Descripción

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Enfermera del servicio	1.	Revisión del expediente  Revisión de indicaciones médicas en cuadro clínico
Enfermera del servicio	2.	Cuidados diarios del recién nacido  Cumplimiento de rutina de baño y cuidados generales del recién nacido  Poner vacuna BCG (después de 6 horas de nacido)  Aseo del Recién Nacido (después de 12 horas de nacido)  Curación umbilical y cambio de pañal (Cada 6 horas)  Toma de temperatura (Cada 8 horas)  Vigilancia de cámara y orina
Enfermera del servicio	3.	Cumplimiento de indicaciones  Verificación de nombres de medicamentos y dosificación en los casos en que este indicado

	<b>PROCESO: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>	Código: CP.3.5.13
	<b>PROCEDIMIENTO: CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS EN UNIDAD DE CUIDADOS MÍNIMOS</b>	Versión: 1.0
		Página 5 de 7

#### 14 Diagrama de flujo





**CÓDIGO : CP.7.2.1.01**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31/03/2013**

**PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DEL SERVICIO**

- 1 Unidad Administrativa:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 Objetivo:** Establecer un marco común de actuación para identificar y definir los requisitos relacionados con el servicio; requisitos legales aplicables, requisitos establecidos por las pacientes, requisitos establecidos por normativas institucionales o gubernamentales, así como todos aquellos voluntarios establecidos por las unidades donde se realizan los servicios.
- 3 Alcance:** El alcance de este procedimiento se extiende a los servicios proporcionados por los procesos:
  - Proceso de Atención del Parto y Postparto
  - Proceso de Atención del Recién Nacido
- 4 Definiciones:**
  - 4.1 Especificaciones: Documento donde se establecen los requisitos.
  - 4.2 Requisito: Necesidad o expectativa generalmente implícita u obligatoria.
  - 4.3 Registros: Documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos.
  - 4.4 UOC: Unidad Organizativa de la Calidad.
- 5 Requisitos Previos:**
  - 5.1 Definición de requisitos legales, clínicos establecidos en los lineamientos internos o del Ministerio de Salud.
- 6 Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Especificación elaborada según el formato definido.
- 7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Plan quinquenal de desarrollo 2010 - 2014 del hospital de Maternidad.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres

	Manuales de funciones de las unidades involucradas con los procesos.
--	--

## 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Código de Salud			
Política Nacional de Salud 2009-2014 "Construyendo la Esperanza"			
Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIIS			
Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

## 9 Indicadores:

Código	Nombre
	Índice de participación por convocatoria
	Índice de participación global
	Índice de Convocatorias realizadas

## 10 Registros:


Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
	Acta de reunión de Especificación de requisitos	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años

## 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Representante de la Unidad Organizativa de la calidad.	Debe conocer el SGC.
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	

## 12 Unidades de soporte

Ninguna

	<b>PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DEL SERVICIO</b>	Código: <b>CP.7.2.1.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 3 de 7


### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Unidad Organizativa de la Calidad	1	<p>Identificar el servicio al cual se le definirán sus requisitos. Así como también el proceso que lo genera, la unidad de la división medica encargada de brindar el servicio.</p> <p>Verificar que para el servicio identificado no se cuente con una especificación elaborada, en caso de que ya se encuentren identificados los requisitos del servicio aplicar el procedimiento de revisión de requisitos.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	2	<p>Especificar y reunir la documentación de apoyo, normativas internas, protocolos, guías clínicas, normas de atención y lineamientos técnicos relacionados con el servicio brindado por proceso en las unidades involucradas.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	3	<p>Convocar formalmente para la reunión técnica a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrantes del Comité de Calidad.</li> <li>• Jefes y Subjefes de las unidades médicas que participen en la prestación del servicio especificado.</li> <li>• Personal técnico que considere conveniente.</li> </ul> <p>En la convocatoria se especifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La agenda de la reunión que como mínimo debe contener <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Punteo de Antecedentes</li> <li>○ El propósito de la reunión</li> <li>○ Referencia de la documentación que sirva de apoyo.</li> <li>○ Fecha y hora de la reunión.</li> </ul> </li> </ul>
Comité de Calidad	4	<p>Los miembros del comité de calidad, jefes y subjefes de las unidades involucradas revisan la documentación recabada por la UOC.</p>
Comité de Calidad	5	<p>Los miembros del comité, jefes, subjefes y personal técnico considerado en la convocatoria deberán elaborar acta de la reunión con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de los participantes con roles y firmas.</li> <li>• Identificar la reunión con código correlativo y fecha.</li> </ul>

	<b>PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DEL SERVICIO</b>	<b>Código:</b> <b>CP.7.2.1.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	<b>Versión:</b> 1
		<b>Página</b> 4 de 7

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agenda de la reunión</li> </ul>
Comité de Calidad	6	<p>Los participantes a la convocatoria en base a los lineamientos externos o internos que se recabaron documentalmente y a su criterio clínico o técnico propio, deberán identificar los requisitos del servicio relacionados con los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición del paciente del que consume el servicio:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Características o condición del paciente</li> <li>○ Cantidad de pacientes que requieren o requerirán el servicio en un periodo de tiempo.</li> <li>○ Otras aclaraciones que se consideren necesarias para</li> </ul> </li> <li>• Características del recurso humano:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Especialidades médicas, de enfermería o técnicas requeridas</li> <li>○ Perfiles, experiencia, etc.</li> <li>○ Cantidad requerida por paciente, global, etc.</li> </ul> </li> <li>• Requisitos clínicos de atención o cuidados del paciente o Recién nacido.</li> <li>• Condiciones de infraestructura o área de trabajo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Área de Trabajo o Zonas con su respectiva tipología, particularidades y/o acondicionamiento.</li> <li>○ Ingeniería Hospitalaria, es decir, sistemas específicos (tipo de iluminación, oxígeno, aire comprimido, aire acondicionado, accesos, conexiones eléctricas, etc).</li> </ul> </li> <li>• Recursos Materiales:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Productos sanitarios o Material fungible (desechable y reutilizable)</li> <li>○ Equipos biomédicos requeridos</li> </ul> </li> <li>• Medicamentos o Fármacos que deben estar disponibles en el lugar donde se brinda el servicio (en caso que aplique).</li> <li>• Servicios de apoyo requeridos (existentes o nuevos).</li> <li>• Normatividad de registros propios del servicio que sean requeridos (en caso que aplique).</li> </ul>



	<b>PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DEL SERVICIO</b>	Código: <b>CP.7.2.1.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 5 de 7

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
		Nota: En caso de que no aplique alguno de los aspectos anteriores o sea necesario agregar algún aspecto adicional deberá ser acordado por los participantes a la convocatoria.
Comité de Calidad	7	Hacer el cierre de la reunión y se redactan los acuerdos.  Si el comité junto a los participantes considera que los requisitos han sido totalmente especificados continúa con el paso 8, caso contrario volver a paso 3.
Unidad Organizativa de la Calidad	8	Elaborar el documento de la especificación técnica según el formato especificado, donde se plasme el resultado de la ejecución del presente procedimiento.  En anexos de la especificación técnica del servicio deberá colocarse listado de las reuniones en las que se elaboró con la fecha, participantes en las mismas.
Unidad Organizativa de la Calidad	9	Distribuir la especificación técnica del servicio a los miembros del Comité de Calidad y los participantes que apoyaron en su elaboración.  En caso de que surjan observaciones deberá considerarse convocar a otra reunión para superarlas.
Unidad Organizativa de la Calidad	10	Recabar firmas de los miembros del comité de calidad y los demás participantes que respaldan la especificación técnica.
Unidad Organizativa de la Calidad	11	Colocar la especificación técnica en el repositorio de documentos del Sistema de Gestión de Calidad y actualizar el inventario de documentos.  Fin del procedimiento.



**PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DEL SERVICIO**

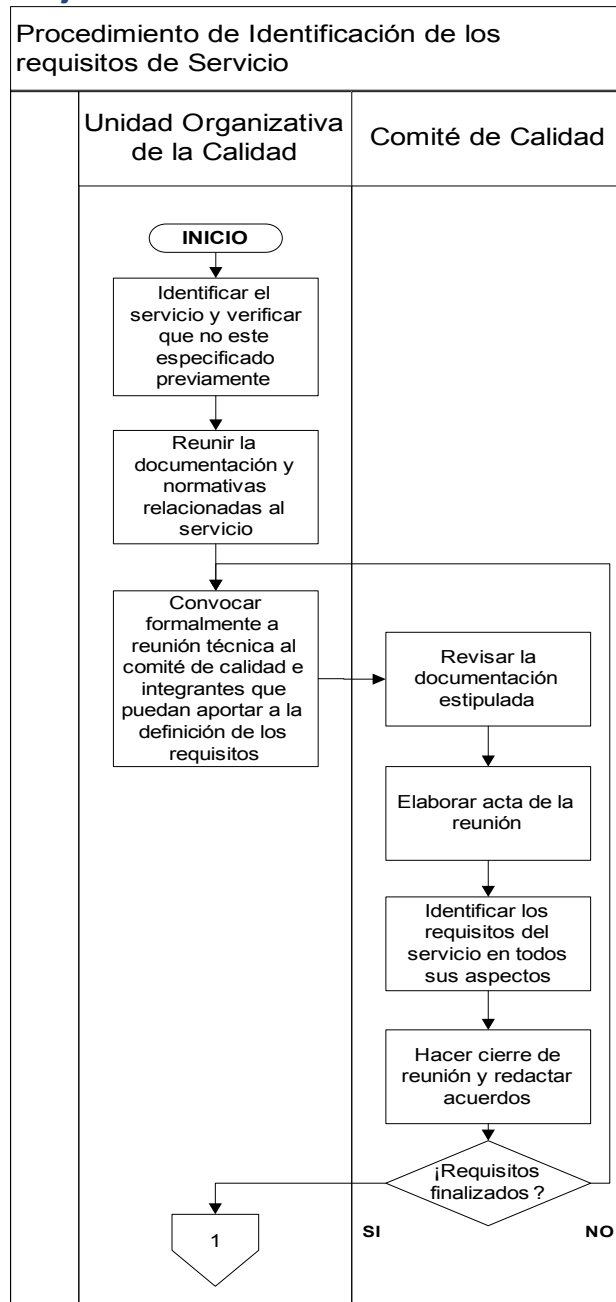
Código:  
**CP.7.2.1.01**

**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 6 de 7

**14 Diagrama de Flujo**





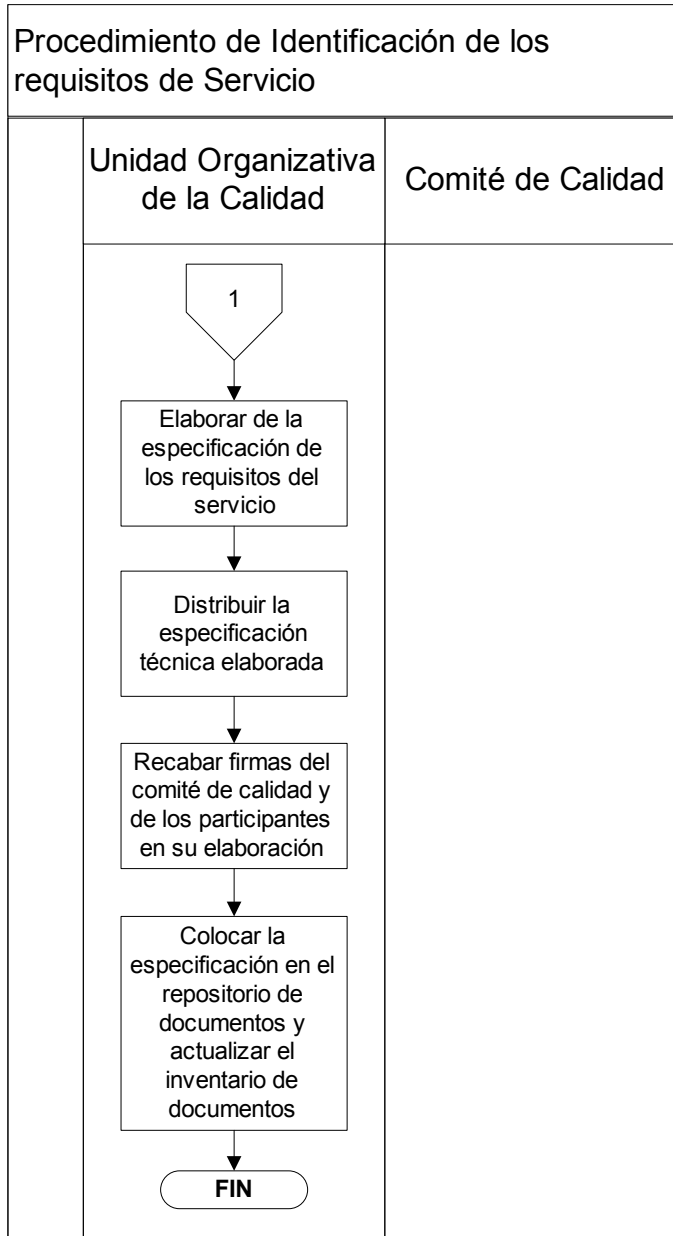
**PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DEL SERVICIO**


Código:  
**CP.7.2.1.01**

**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 7 de 7




<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.7.2.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 1 de 3</p>

<p><b>Denominación del Servicio</b></p> <p>Ingrese en este campo la denominación técnica servicio en texto claro usando la terminología a que haya lugar. Este debe corresponder al término estandarizado.</p>
<p><b>Código Especificación Técnica:</b></p> <p>Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Denominación del Proceso Generador</b></p> <p>Ingrese en este campo la denominación del proceso que genera el servicio según corresponda:</p> <p style="text-align: center;">CODIGO DEL PROCESO – NOMBRE DEL PROCESO</p>

## Contenido

1. OBJETO	2
2. DEFINICIONES	2
3. REQUISITOS	2
4. NORMATIVIDAD APLICABLE	3
5. ANEXOS	3

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes Cargo: Director, jefe, etc</p>

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO (FORMATO)</b></p>		
<p><b>Código: FO.7.2.1.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 2 de 3</b></p>

### 1. OBJETO

Se indica en forma breve y clara el qué? y para qué? de la especificación del servicio.

Establecer en este punto adicionalmente la caracterización del paciente que consume el servicio:

- Paciente que consume el servicio:
  - Característica o condición del paciente:
  - Cantidad de pacientes que consumirán el servicio por periodo de tiempo.
  - Otras aclaraciones necesarias que se consideren para definir a la paciente.


### 2. DEFINICIONES

Los términos y/o explicaciones necesarias para el entendimiento del contenido de la Especificación del Servicio.

### 3. REQUISITOS

Definir las características requeridas del servicio mediante el establecimiento de los requisitos relacionados con los siguientes aspectos establecidos en el procesamiento Identificación de los Requisitos del Servicio:

- Definición del paciente del que consume el servicio:
  - Características o condición del paciente
  - Cantidad de pacientes que requieren o requerirán el servicio en un periodo de tiempo.
  - Otras aclaraciones que se consideren necesarias para
- Características del recurso humano:
  - Especialidades médicas, de enfermería o técnicas requeridas
  - Perfiles, experiencia, etc.
  - Cantidad requerida por paciente, global, etc.
- Requisitos clínicos de atención o cuidados del paciente o Recién nacido.
- Condiciones de infraestructura o área de trabajo:

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO (FORMATO)</b></p>		
<p><b>Código: FO.7.2.1.01</b></p>	<p><b>Versión:</b> <b>1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión:</b> <b>31/03/2013</b></p>	<p><b>Página:</b> 3 de 3</p>

- Área de Trabajo o Zonas con su respectiva tipología, particularidades y/o acondicionamiento.
- Ingeniería Hospitalaria, es decir, sistemas específicos (tipo de iluminación, oxígeno, aire comprimido, aire acondicionado, accesos, conexiones eléctricas, etc).
- Recursos Materiales:
  - Productos sanitarios o Material fungible (desechable y reutilizable)
  - Equipos biomédicos requeridos
- Medicamentos o Fármacos que deben estar disponibles en el lugar donde se brinda el servicio (en caso que aplique).
- Servicios de apoyo requeridos (existentes o nuevos).
- Normatividad de registros propios del servicio que sean requeridos (en caso que aplique).

#### **4.    NORMATIVIDAD APLICABLE**

Relacionar la normativa legal y reglamentaria aplicable que respalden los requisitos del servicio especificados

#### **5.    ANEXOS**

Indicar si la especificación del servicio tiene algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.



**CÓDIGO : CP.7.2.2.01**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31/03/2013**

**PROCEDIMIENTO DE REVISION DE LOS REQUISITOS DEL SERVICIO**

- 1 Unidad Administrativa:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 Objetivo:** Establecer un marco común de actuación para revisar los requisitos relacionados con los servicios; legales, los establecidos por las pacientes, los establecidos por normativas institucionales o gubernamentales, así como todos aquellos voluntarios establecidos por las unidades donde se realizan los servicios.
- 3 Alcance:** El alcance de este procedimiento se extiende a los servicios proporcionados por los procesos:
  - Proceso de Atención del Parto y Postparto
  - Proceso de Atención del Recién Nacido
- 4 Definiciones:**
  - 4.1 Especificaciones: Documento donde se establecen los requisitos.
  - 4.2 Requisito: Necesidad o expectativa generalmente implícita u obligatoria.
  - 4.3 Registros: Documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos.
  - 4.4 UOC: Unidad Organizativa de la Calidad.
- 5 Requisitos Previos:**
  - 5.1 Especificación del servicio a revisar debidamente elaborada y aprobada.
- 6 Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Registro de la revisión de los requisitos del servicio elaborada.
- 7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Plan quinquenal de desarrollo 2010 - 2014 del hospital de Maternidad.
	Manuales de funciones de las unidades involucradas con los procesos.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres

Especificaciones de los servicios

**8 Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Código de Salud			
Política Nacional de Salud 2009-2014 "Construyendo la Esperanza"			
Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIIS			
Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

**9 Indicadores:**

Código	Nombre
	Índice de participación por convocatoria
	Índice de participación global
	Índice de Convocatorias realizadas

**10 Registros:**

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
	Registro de revisión de los requisitos del servicio.	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años


**11 Recursos:**

Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Representante de la Unidad Organizativa de la calidad.	Debe conocer el SGC.
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	

**12 Unidades de soporte**


Ninguna



	<b>PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DEL SERVICIO</b>	Código: <b>CP.7.2.2.01</b>
	<b>DIRECCIÓN UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 3 de 7

### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Unidad Organizativa de la Calidad	1	Identificar el servicio al que se le revisaran sus requisitos. Y Verificar que para el servicio identificado se cuente con una especificación debidamente elaborada y aprobada.
Unidad Organizativa de la Calidad	2	Verificar si la documentación de apoyo que se utilizaron para la elaboración de la especificación del servicio (normativas internas, protocolos, guías clínicas, normas de atención y lineamientos técnicos) han sido modificados o actualizados.  En caso de existir cambios en dicha documentación reunirla para que sea considerada en la revisión.
Unidad Organizativa de la Calidad	3	Convocar formalmente para la reunión técnica a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrantes del Comité de Calidad.</li> <li>• Jefes y Subjefes de las unidades médicas que participen en la prestación del servicio especificado.</li> <li>• Personal técnico que considere conveniente.</li> </ul> En la convocatoria se especifica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La agenda de la reunión que como mínimo debe contener <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Punteo de Antecedentes</li> <li>○ El propósito de la reunión</li> <li>○ Referencia de la documentación que sirva de apoyo.</li> <li>○ Fecha y hora de la reunión.</li> </ul> </li> </ul>
Comité de Calidad	4	Los miembros del comité de calidad, jefes y subjefes de las unidades involucradas revisan la documentación actualizada recabada por la UOC.
Comité de Calidad	5	Los miembros del comité, jefes, subjefes y personal técnico considerado en la convocatoria deberán elaborar acta de la reunión con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de los participantes con roles y firmas.</li> <li>• Identificar la reunión con código correlativo y fecha.</li> <li>• Agenda de la reunión</li> </ul>
Comité de Calidad	6	Los participantes a la convocatoria en base a los lineamientos externos o internos que se recabaron documentalmente y a su criterio clínico o técnico propio, deberán revisar cada requisito de considerando lo siguiente:

	<b>PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DEL SERVICIO</b>	Código: <b>CP.7.2.2.01</b>
	<b>DIRECCIÓN UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 4 de 7

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar que no haya errores, omisiones, ambigüedades o malos entendidos en la forma en que están definidos los requisitos.</li> <li>• Capacidad de la organización para cumplir lo definido.</li> <li>• Vigencia del requisito al momento de la revisión.</li> <li>• Necesidad de adicionar nuevos requisitos según nuevas exigencias.</li> <li>• Revisar acuerdos previos de convocatorias de revisión anteriores (en caso de que existan).</li> </ul>
Comité de Calidad	7	<p>Documentar los resultados de la revisión considerando lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las reuniones que han sido necesarias para revisar todos los requisitos con sus participantes en la revisión con su rol, cargo, etc.</li> <li>• Las observaciones realizadas a cada requisito, indicando si se mantiene, si se debe modificar o si hay algún incumplimiento del requisito.</li> <li>• Registrar las acciones, compromisos o acuerdos que se deben llevar a cabo para superar las observaciones a los requisitos con su responsable. En caso de que existan acuerdos anteriores registrar si se ha realizado el acuerdo.</li> <li>• Observaciones generales.</li> <li>• Incorporar documentos anexos que respalden la revisión en caso de ser necesario.</li> </ul>
Comité de Calidad	8	<p>Hacer el cierre de la reunión.</p> <p>Si el comité junto a los participantes considera que los requisitos han sido totalmente revisados continúa con el paso 9, caso contrario volver a paso 3.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	9	<p>Elaborar el Registro de revisión de requisitos según el formato establecido donde se plasmen el resultado del paso 7.</p> <p>Se debe verificar que se documentan en dicho registro todos los aspectos que han surgido como parte de la reunión.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	10	<p>Modificar y distribuir la especificación técnica del servicio actualizada los miembros del Comité de Calidad, los participantes que apoyaron para su revisión y los involucrados con la prestación de dicho servicio. Según los procedimientos establecidos para este fin.</p>

	<b>PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DEL SERVICIO</b>	Código: <b>CP.7.2.2.01</b>
	<b>DIRECCIÓN</b> <b>UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1 Página 5 de 7

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Unidad Organizativa de la Calidad	12	Colocar el registro de la revisión y la especificación técnica actualizada en el repositorio de documentos del Sistema de Gestión de Calidad.  Fin del procedimiento.



**PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DEL SERVICIO**

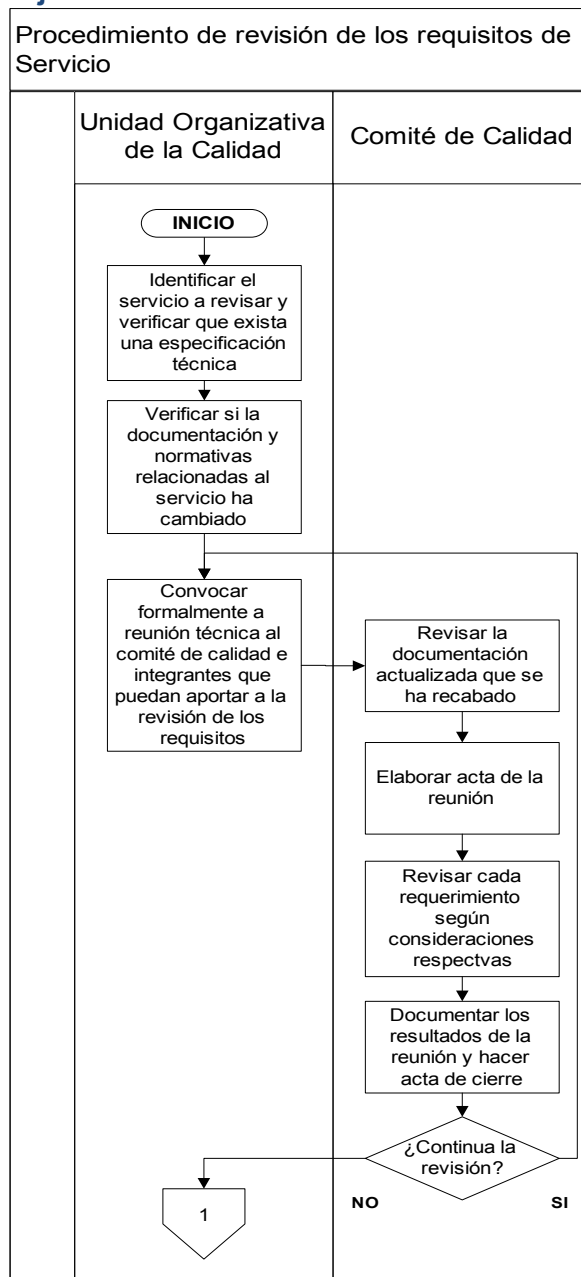
Código:  
**CP.7.2.2.01**

**DIRECCIÓN  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 6 de 7

**14 Diagrama de Flujo**





**PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DEL SERVICIO**

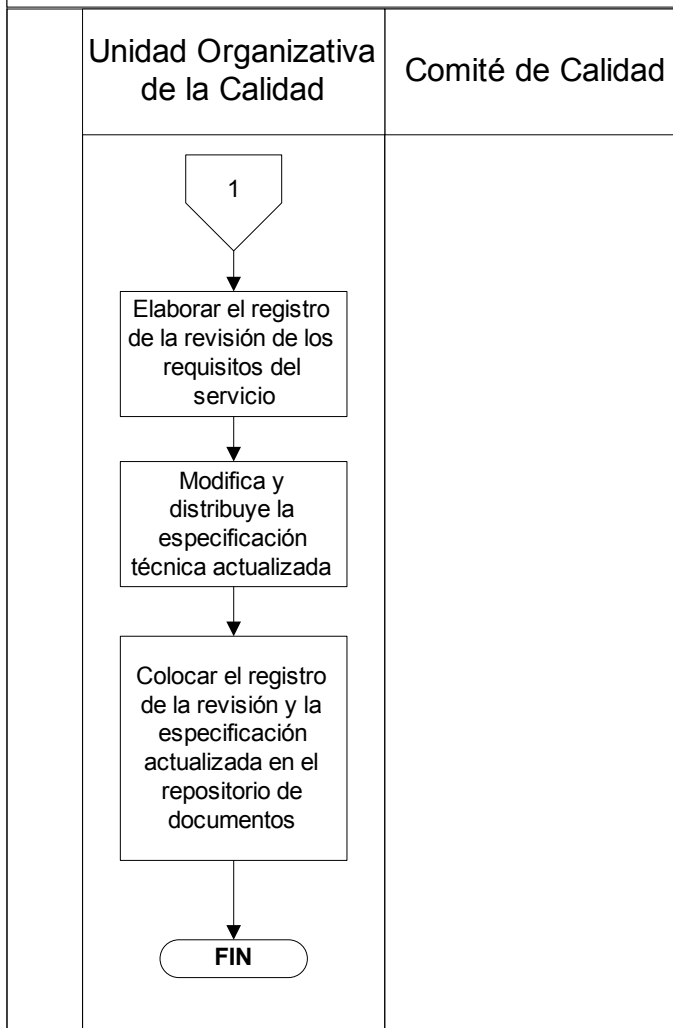
Código:  
**CP.7.2.2.01**


**DIRECCIÓN  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 7 de 7

Procedimiento de revisión de los requisitos de Servicio




HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>REGISTRO DE REVISIÓN DE          REQUISITOS DEL SERVICIO          (FORMATO)</b>		
<b>Código: FO.7.2.2.01</b>	<b>Versión: 1.0</b>	<b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b>	<b>Página: 1 de 2</b>

<b>Denominación del Registro</b> Ingrese en este campo la denominación registro en texto claro usando la terminología a que haya lugar. Este debe corresponder al término estandarizado.
<b>Código del Registro:</b> Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad.

### Contenido

1. REGISTRO DE ASISTENCIA	2
2. RESULTADOS DE LA REVISION	2
3. ACUERDOS Y COMPROMISOS	2
4. OBSERVACIONES	2
5. ANEXOS	2

Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes Cargo: Director, jefe, etc

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE REVISIÓN DE REQUISITOS DEL SERVICIO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.7.2.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 2 de 2</p>

### 1. REGISTRO DE ASISTENCIA

Se indica las fechas en que fue revisado los requisitos del servicio.

<p>Fecha: dd/mm/aa</p>	<p>Hora inicio:</p>	<p>Hora de terminación:</p>	<p>Lugar:</p>
----------------------------	---------------------	-----------------------------	---------------

- PARTICIPANTE – CARGO, ROL, etc.

### 2. RESULTADOS DE LA REVISION

Se deben listar los requisitos del servicio que se revisaron con su respectiva observación.

### 3. ACUERDOS Y COMPROMISOS

Se deben identificar los acuerdos y acciones que surgen de la revisión con su respectivo responsable y fecha de cumplimiento.

Acuerdos/Compromisos/Acciones	Responsable	Fecha de realización

### 4. OBSERVACIONES

Observaciones particulares que se deban especificar.

### 5. ANEXOS

Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario a la revisión realizada.



**CÓDIGO : CP.7.2.3.01**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31/03/2013**

**PROCEDIMIENTO DE RECEPCION DE QUEJAS Y SUGERENCIAS**

- 1 Unidad Administrativa:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 Objetivo:** Definir una metodología a seguir para dar recibir las quejas y sugerencias de las pacientes del hospital, para fomentar la retroalimentación del cliente y fortalecer el seguimiento de las quejas o reclamos presentados.
- 3 Alcance:** El alcance de este procedimiento se extiende a los servicios proporcionados por los procesos:
  - Proceso de Atención del Parto y Postparto
  - Proceso de Atención del Recién Nacido
- 4 Definiciones:**
  - 4.1 Queja: Comunicación verbal o escrita presentada por una inconformidad con el servicio prestado en el hospital.
  - 4.2 Sugerencia: Aconsejar sobre la manera de proceder relacionada con la prestación del servicio.
  - 4.3 UOC: Unidad Organizativa de la Calidad.
- 5 Requisitos Previos:**
  - 5.1 Identificación de la queja o sugerencia de las pacientes del hospital.
- 6 Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Ficha de queja debidamente completada.
  - 6.2 Queja o sugerencia debidamente registrada en ficha de control de quejas y sugerencias.
- 7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Procedimiento para determinar e implementar acciones correctivas.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres



	Procedimiento para revisar las nos conformidades.
--	---

### 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Código de Salud			
Política Nacional de Salud 2009-2014 "Construyendo la Esperanza"			
Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

### 9 Indicadores:

Código	Nombre del indicador

### 10 Registros:


Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
	Ficha de quejas y sugerencias	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	1 años
	Control de quejas y sugerencias	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	1 años

### 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Representante de la Unidad Organizativa de la calidad.	
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	

### 12 Unidades de soporte

Ninguna

	<b>PROCEDIMIENTO DE RECEPCION DE QUEJAS Y SUGERENCIAS</b>	Código: <b>CP.7.2.3.01</b>
	<b>DIRECCION</b> <b>UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 3 de 4

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Servicio Social	1	<p>El personal encargado de servicio social recibe las quejas que surjan a través de los siguientes medios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escrito: Cuando la paciente directamente completa la ficha de recepción de quejas y sugerencias.</li> <li>• Verbal: Cuando la paciente se acerca a comunicar la inconformidad con el servicio prestado al personal de servicio social.</li> </ul> <p>En caso que el medio sea verbal el personal encargado de servicio social, completará la ficha de quejas y reclamos, solicitando la firma de la paciente.</p>
Servicio Social	2	<p>Verifica que la ficha de quejas y sugerencias esté completamente llena. Y las entrega a la Unidad Organizativa de la Calidad.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	3	<p>Recibe y analiza las fichas de quejas y reclamos, verificando el servicio al cual se hace referencia en las mismas.</p> <p>Identifica si es necesario tomar acciones correctivas según lo establecido en el Procedimiento para determinar e implementar acciones correctivas.</p> <p>Identifica si se trata de un servicio no conforme según lo establecido en el Procedimiento para revisar las no conformidades.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	4	<p>Una vez analizadas las quejas registra en la ficha de control lo siguiente: fecha recepción, fuente (que recolecto la queja en este caso servicio social), tipo (queja o sugerencia), nombre del servicio y proceso al que pertenece la queja, unidad responsable de la atención, fecha de recepción en la UOC, fecha límite de respuesta.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	5	<p>Realiza seguimiento al cumplimiento de la respuesta en el tiempo establecido en la ficha de control.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	6	<p>Archiva las quejas y la ficha de control en el repositorio de documentos del Sistema de Gestión de Calidad.</p> <p>Fin del procedimiento.</p>



**PROCEDIMIENTO DE RECEPCION DE QUEJAS Y SUGERENCIAS**

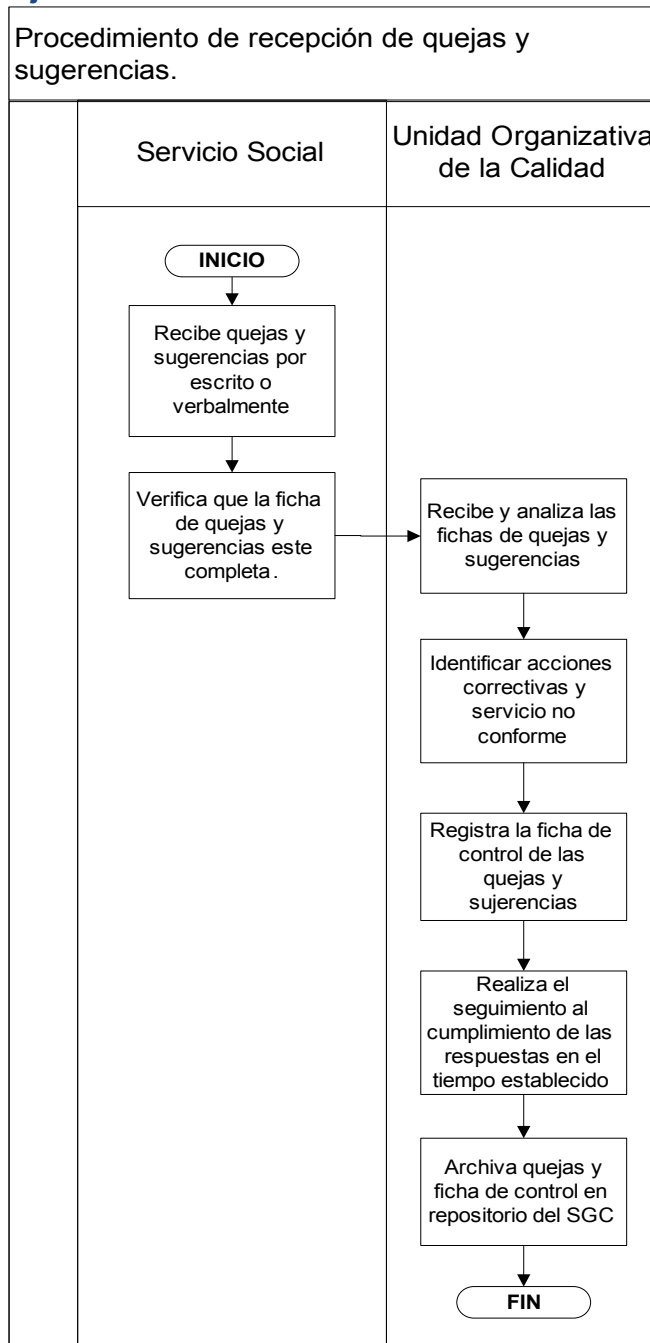
Código:  
**CP.7.2.3.01**


**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 4 de 4

**13 Diagrama de Flujo**



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>FORMATO DE QUEJAS Y          SUGERENCIAS          (FORMATO)</b>		
Código: FO.7.2.3.01	Versión: 1.0	Fecha de emisión: 31/03/2013	Página: 1 de 1

**Número de registro:**

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **HORA:** \_\_\_\_\_

Para validar su queja y/o sugerencia deberá registrar algún dato que nos permita localizarlo y darle respuesta, esta información es de carácter CONFIDENCIAL.

Nombre:	Teléfono

Especifique el nombre del servicio o unidad a la que va dirigida la queja o sugerencia:

**Describa su:**

QUEJA	SUGERENCIA

**Espacio reservado para el Hospital**

Área donde se recibió: \_\_\_\_\_

Unidad o servicio a la que va dirigida: \_\_\_\_\_

La solicitud se clasifica como:

Queja \_\_\_\_\_ Sugerencia \_\_\_\_\_

Paciente	Responsable de la recepción
Firma	Nombre y Firma

HOSPITAL NACIONAL  
ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN



## CONTROL DE QUEJAS Y SUGERENCIAS (FORMATO)

Código: FO.7.2.3.02

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 1 de 1

MES:					AÑO			
N°	Fecha de recepción dd/mm/aa	Fuente	Tipo	Nombre del Servicio y proceso al que pertenece.	Unidad responsable de atención	Fecha de recepción en la UOC dd/mm/aa	Fecha límite de respuesta dd/mm/aa	Fecha real de respuesta dd/mm/aa



## EN BUSCA DEL MEJORAMIENTO CONTINUO

Fecha: \_\_\_\_\_ Unidad: \_\_\_\_\_

Nombre (opcional): \_\_\_\_\_

Queja:  Reclamo:  Sugerencia:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Sus aportes e ideas son bien recibidas**

Cod: FO.7.5.1.01 Versión : 01 F. Aprobación: 31-3-13



## EN BUSCA DEL MEJORAMIENTO CONTINUO

Fecha: \_\_\_\_\_ Unidad: \_\_\_\_\_

Nombre (opcional): \_\_\_\_\_

Queja:  Reclamo:  Sugerencia:

---

---

---

---

---

---

---


---

---

---

**Sus aportes e ideas son bien recibidas**

Cod: FO.7.5.1.01 Versión : 01 F. Aprobación: 31-3-13

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>INSTRUCTIVO DEL SISTEMA DE QUEJAS Y SUGERENCIAS</b></p>		
<p>Código: IN.7.2.3.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 1 de 4</p>

## SISTEMA DE QUEJAS Y SUGERENCIAS

### Contenido del sistema de quejas y sugerencias

#### Estructura Física

El hospital cuenta con 5 buzones de QS (quejas y sugerencias) en, Emergencias, Consulta externa, Puerperio-Cirugía obstétrica, RRHH y Comunicación, que le permiten realizar eficazmente las acciones enmarcadas dentro del Sistema de Quejas y Sugerencias de los servicios del Hospital.

#### Recurso Humano


El sistema de QS cuenta con el equipo de personas necesario para su correcto funcionamiento, y cuentan con el presente procedimiento. Se ha previsto la utilización de tres formatos, el primero (FO.7.2.3.01 Formato de quejas y sugerencias) es para la presentación de Quejas y sugerencias, disponible, en las áreas de enfermería o recepción de las unidades, el segundo (Formato para realización de quejas o sugerencias de cliente interno FO.7.2.3.01) con el mismo fin; pero dirigido a los clientes internos, disponible en las jefaturas de cada unidad y el tercer formato (Encuesta al cliente FO.8.2.1.02) diseñado para la presentación de sugerencias y disponible en la Unidad Organizativa de la Calidad y planificación. De la misma forma, para garantizar la oportuna atención a nuestros clientes, se han establecido plazos límite de respuesta a las quejas de los usuarios, de la siguiente forma:

- Queja: 15 días

El Sistema de quejas, prevé la participación del Asesor Jurídico y el personal encargado de la prestación del servicio, cada uno de los cuales contribuirá en forma positiva y creciente gracias a su conocimiento y vasta experiencia en cada uno de los campos en que desarrollan.

La alta dirección, será el responsable de la divulgación y promoción del sistema QS

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>INSTRUCTIVO DEL SISTEMA DE QUEJAS Y SUGERENCIAS</b></p>		
<p>Código: IN.7.2.3.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 2 de 4</p>

## Aspectos Administrativos del Sistema

Para el funcionamiento del Sistema QS es necesaria la participación del personal, cada uno de los cuáles tendrá a su cargo funciones específicas.

### ***Alta Dirección, Enfermeras, Recepcionistas de las unidades del Hospital y personal de comunicaciones.***

Son los Administradores y responsables del Sistema QS, serán los encargados de vigilar y asegurar la calidad en el funcionamiento del sistema, que se logra con la prestación e información eficiente de los servicios del Hospital.

Serán los encargados de dar respuesta oportuna y eficiente a cada una de las quejas que se produzcan durante la prestación del servicio. Sus actuaciones estarán regidas por los aspectos establecidos por la ley, y enmarcadas dentro de la política de calidad del servicio al cliente de la Entidad.

### ***Enfermeras, personal de comunicaciones y recepcionista de RRHH***

Su responsabilidad es ser el punto de partida para la recolección de la información que alimentará el sistema de quejas y sugerencias.


Serán las encargadas de recibir los formatos de presentación de quejas y sugerencias que sean diligenciados por los usuarios y remitirlos a la Unidad Organizativa de la Calidad para su trámite y respuesta.

## MEDIOS PARA EFECTUAR UNA PETICIÓN, QUEJA O RECLAMO

Para la captura de la información que alimenta el Sistema de Quejas y sugerencias, el HNEM dispone de varios medios:

**Recepción Emergencias y consulta externa:** La enfermera de recepción se encargará de recibir los formatos de queja y sugerencias que han sido diligenciados por los usuarios



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>INSTRUCTIVO DEL SISTEMA DE QUEJAS Y SUGERENCIAS</h2>		
<p>Código: IN.7.2.3.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 3 de 4</p>

de los servicios del Hospital. También existen los buzones donde el usuario puede depositar su queja, reclamo o sugerencia.

**Departamento de enfermería de puerperio y cirugía obstétrica:** La persona encargada del área de enfermería, recibirá los formatos diligenciados de las quejas y sugerencias presentadas por los usuarios, los cuales remitirá al Representante de la alta dirección por un medio que garantice la entrega con la mayor brevedad posible. También existen los buzones donde el usuario puede depositar su queja o sugerencia.


**Personal de comunicación:** La persona encargada de la unidad de comunicaciones, recibirá las quejas y sugerencias presentadas por los usuarios, los cuales remitirá al Representante de la alta dirección por un medio que garantice la entrega con la mayor brevedad posible. También existen los buzones donde el usuario puede depositar su queja, reclamo o sugerencia.

Los formatos de petición se distribuyen por el Jefe de la Unidad Organizativa de la calidad, quien les asigna un número consecutivo (Numero de Registro) al enviarlos a las áreas receptoras.

## FORMATO DE PRESENTACIÓN DE LAS QUEJAS Y SUGERENCIAS

Para la recepción de las diferentes Peticiones se contará con el FO.7.2.3.01 Formato de quejas y sugerencias, que contiene seis secciones específicas, comenzando por el número de registro:

- Fecha y hora
- Nombre y teléfono del peticionado
- Especificación del servicio o unidad a la que va dirigida la queja o sugerencia
- Espacio para presentar de forma clara y concreta el motivo de la queja o sugerencia.
- Recuadro: Es un espacio reservado para la clasificación de las solicitudes, y será diligenciado únicamente por el personal de la Unidad Organizativa de la Calidad responsable de la actividad
- A continuación viene la firma de la persona que hace la queja o sugerencia y el responsable de la recepción

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>INSTRUCTIVO DEL SISTEMA DE QUEJAS Y SUGERENCIAS</b></p>		
<p>Código: IN.7.2.3.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 4 de 4</p>

- Este formato se utilizará para dar fe de la PQR's y garantizar al usuario que su PQR's procede.

**Control de cambios:**

N° Revisión	Fecha Revisión	Apartados modificados	Elaborado	Aprobado



**CÓDIGO : CP.7.3.1.01**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31/03/2013**

**PROCEDIMIENTO DE PLANIFICACION DEL DISEÑO DEL SERVICIO**

- 1 Unidad Administrativa:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 Objetivo:** Establecer un marco común de actuación para llevar a cabo el diseño de nuevos servicios dentro del hospital de manera controlada.
- 3 Alcance:** El alcance de este procedimiento se extiende a los servicios proporcionados por los procesos:
  - Proceso de Atención del Parto y Postparto
  - Proceso de Atención del Recién Nacido
- 4 Definiciones:**
  - 4.1 Especificaciones: Documento donde se establecen los requisitos.
  - 4.2 Requisito: Necesidad o expectativa generalmente implícita u obligatoria.
  - 4.3 Registros: Documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos.
  - 4.4 UOC: Unidad Organizativa de la Calidad.
- 5 Requisitos Previos:**
  - 5.1 Identificación de la necesidad de un servicio de manera formal a la UOC.
- 6 Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Plan de diseño elaborado.
- 7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Plan quinquenal de desarrollo 2010 - 2014 del hospital de Maternidad.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres

**8 Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Código de Salud			
Política Nacional de Salud 2009-2014 "Construyendo la Esperanza"			
Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

**9 Indicadores:**

Código	Nombre
	Índice de planes de diseño elaborados

**10 Registros:**

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
	Plan de diseño del servicio	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años
	Requerimiento de diseño de un servicio de manera formal	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años

**11 Recursos:**

Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Representante de la Unidad Organizativa de la calidad.	Debe conocer el proceso de diseño de nuevos servicios establecidos en el SGC.
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	

**12 Unidades de soporte**

Ninguna

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres

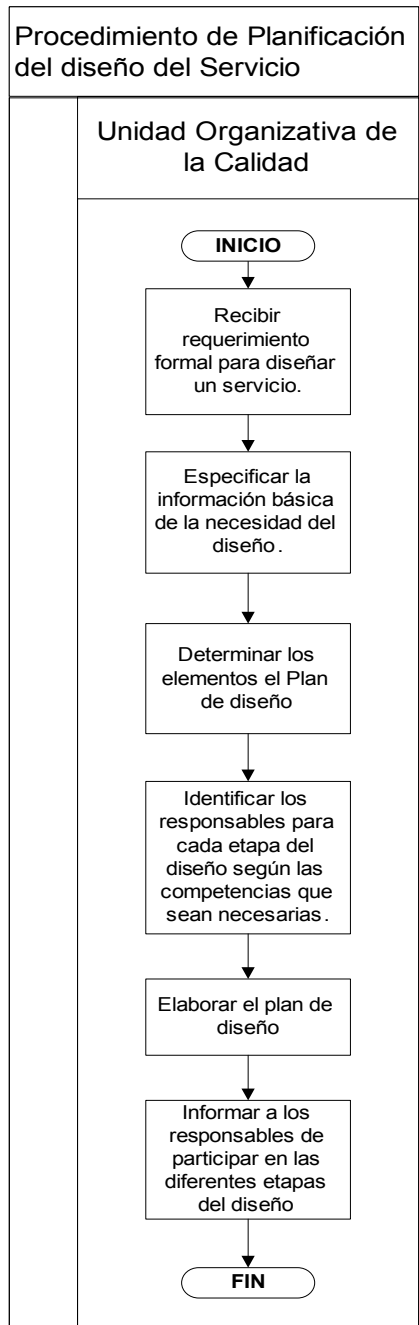
	<b>PROCEDIMIENTO DE PLANIFICACION DEL DISEÑO DEL SERVICIO</b>	Código: <b>CP.7.3.1.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 3 de 4


RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Unidad Organizativa de la Calidad	1	Recibir el requerimiento formal donde se establece la necesidad de diseñar un nuevo servicio, establecer un expediente donde se archivarán los documentos de todas las etapas del diseño y archivar el requerimiento en el expediente creado.
Unidad Organizativa de la Calidad	2	<p>Especificar o reunir la siguiente información básica de la necesidad de diseño del nuevo servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad, Organización o entidad solicitante del diseño.</li> <li>• Nombre o denominación del nuevo servicio.</li> <li>• Necesidad a cubrir con el nuevo.</li> <li>• Identificación de los Clientes internos o externos que consumirán el servicio.</li> <li>• Nivel de servicio requerido.</li> </ul>
Unidad Organizativa de la Calidad	3	<p>Para el plan del diseño del servicio se debe determinar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivos del diseño (medibles)</li> <li>• Etapas del diseño que como mínimo deben ser: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Definición de los elementos de entrada del diseño</li> <li>○ Diseño del servicio</li> <li>○ Verificación del diseño</li> <li>○ Validación del diseño</li> </ul> </li> </ul> <p>Para cada etapa se debe especificar una breve descripción de las tareas o actividades que conlleva y el parido en el que se ejecutaran.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos necesarios para el diseño</li> </ul>
Unidad Organizativa de la Calidad	4	Identificar para cada etapa de diseño los responsables que deben participar en cada una, tomando en cuenta las competencias que se requieren para el tipo de de servicio en cuestión.
Unidad Organizativa de la Calidad	5	Elaborar el plan de diseño que incluye lo que se ha definido en los pasos del 2 al 4, según el formato de plan del diseño.
Unidad Organizativa de la Calidad	6	Informar a los responsables que participarán en las diferentes etapas del diseño las fechas que se tienen planificadas para cada etapa en las que ellos están involucrados.

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres

	<b>PROCEDIMIENTO DE PLANIFICACION DEL DISEÑO DEL SERVICIO</b>	Código: <b>CP.7.3.1.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 4 de 4

### 13 Diagrama de Flujo




HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>PLAN DE DISEÑO (FORMATO)</b>	
<b>Código:</b> FO.7.3.1.01	<b>Versión:</b> 1.0	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013	<b>Página:</b> 1 de 2

<b>Denominación del Servicio a Diseñar</b>
Ingrese en este campo la denominación técnica servicio en texto claro usando la terminología a que haya lugar. Este debe corresponder a lo solicitado en el requerimiento formal.
<b>Código del Diseño:</b>
Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad para el diseño del servicio

## Contenido

1. INFORMACION BASICA DEL REQUERIMIENTO	2
2. OBJETIVOS DEL DISEÑO	2
3. ETAPAS DEL DISEÑO	2
4. RESPONSABLES	2
5. RECURSOS NECESARIOS	2
6. ANEXOS	2

Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes Cargo: Director, jefe, etc

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>PLAN DE DISEÑO (FORMATO)</b></p>		
<p><b>Código:</b> FO.7.3.1.01</p>	<p><b>Versión:</b> 1.0</p>	<p><b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013</p>	<p><b>Página:</b> 2 de 2</p>

**1. INFORMACION BASICA DEL REQUERIMIENTO**

Se indica los elementos básicos que caracterizan la necesidad del diseño de un nuevo servicio:

- Unidad, Organización o entidad solicitante del diseño.
- Nombre o denominación del nuevo servicio.
- Necesidades a cubrir con el nuevo servicio.
- Identificación de los Clientes internos o externos que consumirán el servicio.
- Nivel de servicio requerido.

**2. OBJETIVOS DEL DISEÑO**

- Se identifican los objetivos que se deben cubrir con el diseño del servicio, donde se mencione las características del servicio a diseñar de manera general y los usuarios que consumirán dicho servicio.

**3. ETAPAS DEL DISEÑO**

Se deben especificar las etapas mínimas que conllevara el diseño con sus respectivas fechas de ejecución y alguna descripción breve de lo que se debe desarrollar en cada etapa:

Etapas del diseño	Descripción breve de la etapa	Fecha de inicio	Fecha de fin
Definición de los elementos de entrada del diseño.			
Diseño del servicio			
Verificación del diseño			
Validación del diseño.			

Nota: en caso de agregar otras etapas considerar que se deben validar y verificar también.

**4. RESPONSABLES**

Para cada etapa del diseño se deben identificar los responsables que la ejecutarán considerando las competencias que sean requeridas.

**5. RECURSOS NECESARIOS**

Se deben identificar los recursos necesarios para el diseño.

**6. ANEXOS**

Indicar para el plan de diseño algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.





<b>CÓDIGO : CP.7.3.2.01</b>	<b>VERSIÓN: 1.0</b>	<b>FECHA: 31/03/2013</b>
-----------------------------	---------------------	--------------------------

**PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO DE SERVICIOS**

- 1 Unidad Administrativa:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 Objetivo:** Establecer un marco común de actuación para identificar y definir los elementos de entrada que se deberán considerar en el diseño de nuevos servicios, que permitan evaluar los resultados del diseño.
- 3 Alcance:** El alcance de este procedimiento se extiende a los servicios proporcionados por los procesos:
  - Proceso de Atención del Parto y Postparto
  - Proceso de Atención del Recién Nacido
- 4 Definiciones:**
  - 4.1 Elementos de entrada: Conjunto de criterios que permiten evaluar la aceptación de los resultados del diseño.
  - 4.2 Especificaciones: Documento donde se establecen los requisitos.
  - 4.3 Requerimientos Funcionales: son los relacionados a las necesidades que debe satisfacer el servicio a diseñar.
  - 4.4 Requerimientos de rendimiento: son los relacionados al comportamiento que debe tener el servicio a diseñar en condiciones normales.
  - 4.5 Requisito: Necesidad o expectativa generalmente implícita u obligatoria.
  - 4.6 Registros: Documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos.
  - 4.7 UOC: Unidad Organizativa de la Calidad.
- 5 Requisitos Previos:**
  - 5.1 Se debe contar con el Plan del Diseño (del servicio) previamente elaborado.
- 6 Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Especificación elaborada según el formato definido.
- 7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
--------	--------

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres

	Plan quinquenal de desarrollo 2010 - 2014 del hospital de Maternidad.
	Manuales de funciones de las unidades involucradas con los procesos.

## 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Código de Salud			
Política Nacional de Salud 2009-2014 "Construyendo la Esperanza"			
Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIIS			
Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

## 9 Indicadores:

Código	Nombre
	Índice de participación por convocatoria
	Índice de participación global
	Índice de Convocatorias realizadas

## 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
	Registro de identificación de elementos de entrada para el diseño de servicios.	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años

## 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Representante de la Unidad Organizativa de la calidad.	Debe conocer el proceso de diseño de nuevos servicios establecidos en el SGC.
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	


## 12 Unidades de soporte

Ninguna

	<b>PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO DE SERVICIOS</b>	Código: <b>CP.7.3.2.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 3 de 7

### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Unidad Organizativa de la Calidad	1	Revisar el plan de diseño e identificar los participantes para la identificación de los elementos de entrada al diseño.
Unidad Organizativa de la Calidad	2	<p>Convocar formalmente a los responsables que se han definido en el plan de implementación para la etapa de Identificación de los elementos de entrada del diseño pudiendo ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrantes del Comité de Calidad u otros comités.</li> <li>• Jefes y Subjefes de las unidades médicas.</li> <li>• Personal de enfermería.</li> <li>• Personal técnico adicional que considere conveniente.</li> </ul> <p>En la convocatoria se especifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La agenda de la reunión que como mínimo debe contener <ul style="list-style-type: none"> <li>○ En el propósito de la reunión se debe indicar que se la convocatoria es para la etapa de identificación de los elementos de entrada del diseño del servicio.</li> <li>○ Punteo de las actividades que se van a desarrollar en la reunión.</li> <li>○ Fecha y hora de la reunión.</li> </ul> </li> </ul>
Responsables de la identificación de elementos de entrada	3	<p>Los responsables de la definición de los elementos de entrada al diseño (miembros de comités, jefes, subjefes y personal técnico) considerado en la convocatoria deberán elaborar acta de la reunión con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de los participantes con roles y firmas.</li> <li>• Identificar la reunión con código correlativo y fecha.</li> <li>• Agenda de la reunión.</li> </ul>
Responsables de la identificación de elementos de entrada	4	<p>Los participantes a la convocatoria en base al plan de implementación deberán establecer en los elementos de entrada al diseño del servicio considerando los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Propósito del nuevo servicio</li> <li>✓ Análisis del paciente <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Definir el tipo de pacientes a los que va dirigido el</li> </ul> </li> </ul>

	<b>PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO DE SERVICIOS</b>	Código: <b>CP.7.3.2.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 4 de 7

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
		<p>servicio que se quiere diseñar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Necesidades que se deben cubrir del las pacientes.</li> <li>✓ Perfiles, habilidades, categorías de personal que brindara el servicio.</li> <li>✓ Descripción de las condiciones de infraestructura o ambiente en el que se debe prestar el servicio.</li> <li>✓ Requerimientos de desempeño o rendimiento.</li> <li>✓ Restricciones de tiempos y costos (si aplica).</li> <li>✓ Estándares que el servicio deben respetar.</li> <li>✓ Políticas a considerar.</li> <li>✓ Definición de la documentación que deberá surgir del diseño del servicio (listado con una breve explicación de lo que debería contener).</li> <li>✓ Referencias o experiencias anteriores a considerar.</li> <li>✓ Requerimientos reglamentarios o normativos a respetar.</li> <li>✓ Requerimientos legales a respetar.</li> </ul> <p>Nota: En caso de que no aplique alguno de los aspectos anteriores o sea necesario agregar algún aspecto adicional deberá ser acordado por los participantes a la convocatoria.</p>
Responsables de la identificación de elementos de entrada	5	<p>Hacer el cierre de la reunión y se redactar los acuerdos y compromisos.</p> <p>Si el comité junto a los participantes considera que los elementos de entrada al diseño han sido totalmente especificados continúa con el paso 5, caso contrario volver a paso 2.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	6	<p>Elaborar el Registro de Elementos de entrada para el diseño (según el formato definido) donde se plasme el resultado de la ejecución del presente procedimiento.</p> <p>En anexos del registro de los elementos de entrada para el diseño</p>

	<b>PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO DE SERVICIOS</b>	<b>Código: CP.7.3.2.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	<b>Versión: 1</b>
		<b>Página 5 de 7</b>

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
		se deberá colocarse listado de las reuniones previas en las que se elaboró con la fecha, participantes en las mismas.
Unidad Organizativa de la Calidad	7	Distribuir el registro de los elementos de entrada del diseño del servicio a los miembros del Comité de Calidad y los participantes que apoyaron en su elaboración.  En caso de que surjan observaciones deberá considerarse convocar a otra reunión para superarlas.
Unidad Organizativa de la Calidad	8	Recabar firmas de los participantes que respaldan en la definición de los elementos de entrada del diseño.
Unidad Organizativa de la Calidad	9	Colocar el registro de identificación de los elementos de entrada para el diseño en el repositorio junto a los de documentos del expediente del diseño del servicio que se está realizando. Actualizar el inventario de documentos.  Fin del procedimiento.



**PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS  
ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO DE  
SERVICIOS**

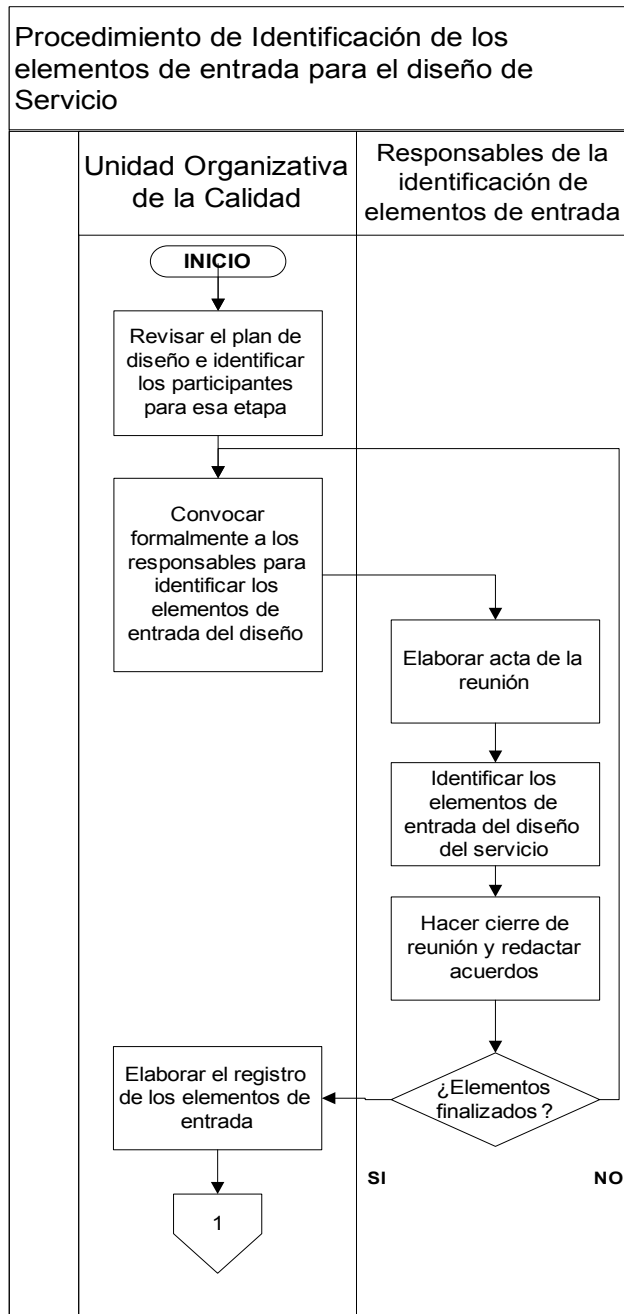
Código:  
**CP.7.3.2.01**

**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 6 de 7

**14 Diagrama de Flujo**





**PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS  
ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO DE  
SERVICIOS**

Código:  
**CP.7.3.2.01**

**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 7 de 7

Procedimiento de Identificación de los  
elementos de entrada para el diseño de  
Servicio

Unidad Organizativa  
de la Calidad

Responsables de la  
identificación de  
elementos de entrada


1

Distribuir el registro  
elaborado con los  
elementos de  
entrada del diseño

Recabar firmas del  
de los participantes  
en la elaboración  
del los elementos  
de entrada del  
diseño

Colocar el registro  
en el repositorio del  
diseño del servicio  
que se está  
realizando .

**FIN**

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.7.3.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 1 de 3</p>


<p><b>Denominación del Registro</b></p> <p>Ingrese en este campo la denominación registro en texto claro usando la terminología a que haya lugar. Este debe corresponder al nombre del servicio a diseñar establecido en el plan de diseño.</p>
<p><b>Código del Registro:</b></p> <p>Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad.</p>

**Contenido**

1. REGISTRO DE ASISTENCIA	2
2. DEFINICIONES	2
3. REQUISITOS DE ENTRADA AL DISEÑO	2
4. ACUERDOS Y COMPROMISOS	3
5. OBSERVACIONES	3
6. ANEXOS	3

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes Cargo: Director, jefe, etc</p>



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.7.3.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 2 de 3</p>

## 1. REGISTRO DE ASISTENCIA

Se indica las fechas en que fue elaborado el presente registro con los elementos de entrada del diseño:

<p>Fecha: dd/mm/aa</p>	<p>Hora inicio:</p>	<p>Hora de terminación:</p>	<p>Lugar:</p>
----------------------------	---------------------	-----------------------------	---------------

- PARTICIPANTE – CARGO, ROL, etc.


## 2. DEFINICIONES

Los términos y/o explicaciones necesarias para el entendimiento del contenido de en el presente registro.

## 3. REQUISITOS DE ENTRADA AL DISEÑO

Definir los elementos de entrada al diseño del servicio mediante detallando los siguientes aspectos mínimos que se deben considerar para evaluar la aceptación del diseño resultante en fases posteriores:

- ✓ Propósito del nuevo servicio
- ✓ Análisis del paciente
  - Definir el tipo de pacientes a los que va dirigido el servicio que se quiere diseñar.
  - Necesidades que se deben cubrir del las pacientes.
- ✓ Perfiles, habilidades, categorías de personal que brindara el servicio.
- ✓ Descripción de las condiciones de infraestructura o ambiente en el que se debe prestar el servicio.
- ✓ Requerimientos de desempeño o rendimiento.
- ✓ Restricciones de tiempos y costos (si aplica).
- ✓ Estándares que el servicio deben respetar.
- ✓ Políticas a considerar.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.7.3.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 3 de 3</p>

- ✓ Definición de la documentación que deberá surgir del diseño del servicio (listado con una breve explicación de lo que debería contener).
- ✓ Referencias o experiencias anteriores a considerar.
- ✓ Requerimientos reglamentarios o normativos a respetar.
- ✓ Requerimientos legales a respetar.

#### 4. ACUERDOS Y COMPROMISOS

Se deben identificar los acuerdos y acciones que surgen al momento del establecimiento de los elementos de entrada en el diseño (cuando aplique) con su respectivo responsable y fecha de cumplimiento.

Acuerdos/Compromisos/Acciones	Responsable	Fecha de realización

#### 5. OBSERVACIONES

Observaciones particulares que se deban especificar.

#### 6. ANEXOS

Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.



**CÓDIGO : CP.7.3.3.01**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31/03/2013**

**PROCEDIMIENTO PARA EL DISEÑO DE SERVICIOS**

- 1 Unidad Administrativa:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 Objetivo:** Establecer un marco común de actuación para ejecutar la etapa de diseño de un nuevo servicio, que permita obtener los resultados del diseño sean verificables respecto a la necesidad que se quiere cubrir con el servicio diseñado.
- 3 Alcance:** El alcance de este procedimiento se extiende a los servicios proporcionados por los procesos:
  - Proceso de Atención del Parto y Postparto
  - Proceso de Atención del Recién Nacido
- 4 Definiciones:**
  - 4.1 Liberación del diseño: Estado del diseño que indica que está listo para ser verificado.
  - 4.2 Especificaciones: Documento donde se establecen los requisitos.
  - 4.3 Requisito: Necesidad o expectativa generalmente implícita u obligatoria.
  - 4.4 Registros: Documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos.
  - 4.5 UOC: Unidad Organizativa de la Calidad.
- 5 Requisitos Previos:**
  - 5.1 Se debe contar con el Plan del Diseño (del servicio) previamente elaborado.
  - 5.2 Se debe contar con el Registro de los Elementos de Entrada al diseño del servicio.
- 6 Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Liberación del diseño.
- 7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Plan quinquenal de desarrollo 2010 - 2014 del hospital de Maternidad.
	Manuales de funciones de las unidades involucradas con los procesos.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres



**PROCEDIMIENTO PARA EL DISEÑO DE SERVICIOS**

Código:  
**CP.7.3.3.01**

**DIRECCIÓN  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1  
Página 2 de 7

**8 Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Código de Salud			
Política Nacional de Salud 2009-2014 "Construyendo la Esperanza"			
Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIIS			
Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

**9 Indicadores:**

Código	Nombre
	Índice de participación por convocatoria
	Índice de participación global
	Índice de Convocatorias realizadas

**10 Registros:**


Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
	Registro de identificación de elementos de entrada para el diseño de servicios.	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años

**11 Recursos:**

Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Representante de la Unidad Organizativa de la calidad.	Debe conocer el proceso de diseño de nuevos servicios establecidos en el SGC.
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	

**12 Unidades de soporte**

Ninguna

	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DISEÑO DE SERVICIOS</b>	Código: <b>CP.7.3.3.01</b>
	<b>DIRECCIÓN UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1 Página 3 de 7

### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Unidad Organizativa de la Calidad	1	Revisar el plan de diseño e identificar los participantes para la etapa de diseño del servicio.
Unidad Organizativa de la Calidad	2	<p>Convocar formalmente a los responsables que se han definido en el plan de implementación para la etapa de diseño del servicio pudiendo ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrantes del Comité de Calidad u otros comités.</li> <li>• Jefes y Subjefes de las unidades médicas.</li> <li>• Personal de enfermería.</li> <li>• Personal técnico adicional que considere conveniente.</li> </ul> <p>En la convocatoria se especifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La agenda de la reunión que como mínimo debe contener <ul style="list-style-type: none"> <li>○ En el propósito de la reunión se debe indicar que se la convocatoria es para la etapa de diseño del servicio (indicando el servicio correspondiente).</li> <li>○ Punteo de las actividades que se van a desarrollar en la reunión.</li> <li>○ Fecha y hora de la reunión.</li> </ul> </li> </ul>
Responsables del diseño del servicio	3	<p>Los responsables del diseño (miembros de comités, jefes, subjefes y personal técnico) considerados en la convocatoria deberán elaborar acta de la reunión con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de los participantes con roles y firmas.</li> <li>• Identificar la reunión con código correlativo y fecha.</li> <li>• Agenda de la reunión.</li> </ul>



**PROCEDIMIENTO PARA EL DISEÑO DE SERVICIOS**

Código:  
**CP.7.3.3.01**

**DIRECCIÓN  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1  
Página 4 de 7

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Responsables del diseño del servicio	4	<p>Los participantes a la convocatoria deberán considerar lo establecido en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan de diseño.</li> <li>• Los elementos de entrada del diseño registrados.</li> </ul> <p>Deberán elaborar los documentos de diseño que apliquen dentro de estos por lo menos debe quedar definido lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Descripción clara de la manera en que debe ser proporcionado el servicio:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Definición de procedimientos</li> <li>○ Definición de guías clínicas</li> <li>○ Manuales de funciones</li> <li>○ Entre otros que se hayan definido como necesarios en los elementos de entrada del diseño.</li> </ul> </li> <li>✓ Descripción del las tareas o actividades administrativas que se consideren necesarias.</li> <li>✓ Características críticas del servicio que se deben respetar.</li> <li>✓ Criterios de aceptación de la prestación del servicio.</li> <li>✓ Recursos requeridos incluidos las habilidades y cantidad del personal requerido.</li> <li>✓ Identificación de Materiales y Equipos con sus características y las cantidades requeridas.</li> <li>✓ Interfaces con otros servicios de apoyo.</li> <li>✓ Identificar Proveedores internos y externos según sea el caso.</li> <li>✓ Especificaciones de mantenimiento del servicio (infraestructura, equipos, capacitaciones para el personal) que serán necesarios con su respectivo periodo de cumplimiento.</li> <li>✓ Análisis de los posibles problemas, fallas con sus respectivas probabilidades de ocurrencia.</li> </ul>



**PROCEDIMIENTO PARA EL DISEÑO DE SERVICIOS**

Código:  
**CP.7.3.3.01**

**DIRECCIÓN  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

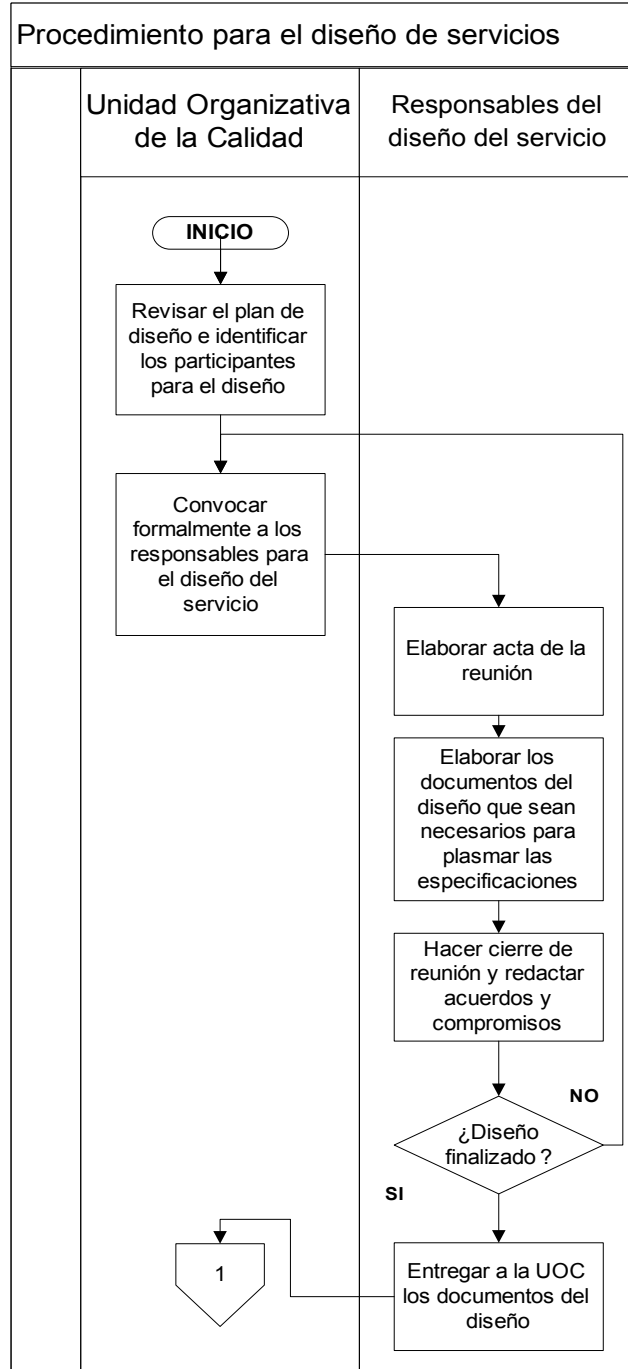
Versión: 1  
Página 5 de 7

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
		<p>Nota 1: En caso de que no aplique alguno de los aspectos anteriores o sea necesario agregar algún aspecto adicional deberá ser acordado por los participantes a la convocatoria.</p> <p>Nota 2: Todas las especificaciones del diseño deben expresarse de manera clara y verificable, evitando términos ambiguos.</p>
Responsables de la identificación de elementos de entrada	5	<p>Hacer el cierre de la reunión y se redactar los acuerdos y compromisos.</p> <p>Si los participantes consideran que los resultados del diseño han sido totalmente especificados continúa con el paso 5, caso contrario volver a paso 2.</p>
Responsables del diseño del servicio	6	<p>Entregar a la Unidad Organizativa de la Calidad, todos los documentos, modelos y/o especificaciones del servicio. Para su respectivo control y almacenamiento.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	7	<p>Revisar en los resultados del diseño y el contenido de su documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estén totalmente claras las especificaciones del servicio (sin ambigüedades).</li> <li>• Se hayan considerado los elementos de entrada como los aspectos del presente procedimiento.</li> <li>• Se identifican los materiales y equipos que deben ser comprados con su información de referencia. Así como también la del recurso humano a contratar o capacitar para que se realicen las gestiones necesarias.</li> <li>• Se establecen las características críticas del servicio.</li> </ul> <p>En caso de que surjan observaciones deberá considerarse convocar a otra reunión para que los responsables del diseño las superen.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	8	<p>Recabar firmas de los participantes y autoridades del hospital que respaldan los resultados del diseño.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	9	<p>Liberar el diseño para la siguiente etapa y colocar toda la documentación del diseño en el repositorio junto a los demás documentos del expediente para que sean utilizados en las siguientes etapas. Actualizar el inventario de documentos.</p> <p>Fin del procedimiento.</p>



<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DISEÑO DE SERVICIOS</b>	Código: <b>CP.7.3.3.01</b>
	Versión: 1 Página 6 de 7

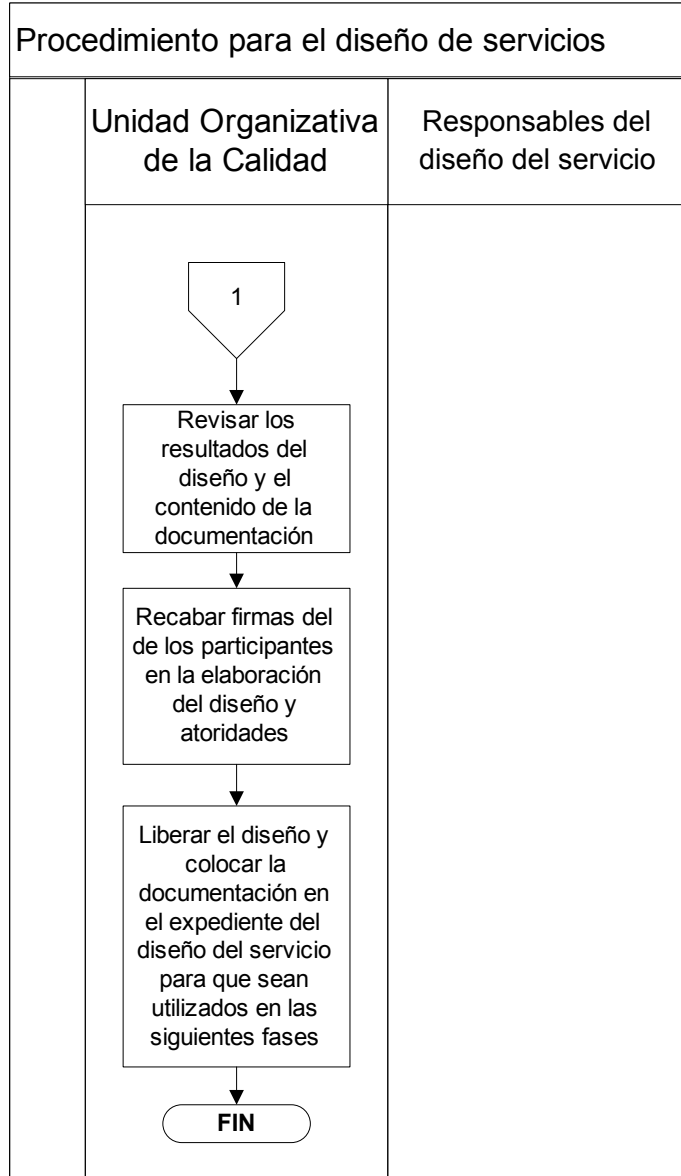
## 14 Diagrama de Flujo







<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DISEÑO DE SERVICIOS</b>	Código: <b>CP.7.3.3.01</b>
	Versión: 1 Página 7 de 7





**CÓDIGO : CP.7.3.4.01**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31/03/2013**

**PROCEDIMIENTO PARA LA REVISION DEL DISEÑO**

- 1 Unidad Administrativa:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 Objetivo:** Establecer un marco común de actuación para asegurar que el diseño cumple con los requisitos establecidos o identificar posibles cambios antes de continuar con la siguiente fase.
- 3 Alcance:** El alcance de este procedimiento se extiende a los servicios proporcionados por los procesos:
  - Proceso de Atención del Parto y Postparto
  - Proceso de Atención del Recién Nacido
- 4 Definiciones:**
  - 4.1 Revisión: Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia del tema objeto de revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.
  - 4.2 Requisito: Necesidad o expectativa generalmente implícita u obligatoria.
  - 4.3 Registros: Documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos.
  - 4.4 UOC: Unidad Organizativa de la Calidad.
- 5 Requisitos Previos:**
  - 5.1 Se debe contar con el Plan del Diseño (del servicio) previamente elaborado.
  - 5.2 Se debe contar con el registro de elementos de entrada del diseño.
  - 5.3 Se debe contar con el diseño liberado para la fase de revisión y toda la documentación que este implique.
- 6 Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Registro de revisión del diseño debidamente elaborado.
- 7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Plan quinquenal de desarrollo 2010 - 2014 del hospital de Maternidad.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres

	Manuales de funciones de las unidades involucradas con los procesos.
--	--

### 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Código de Salud			
Política Nacional de Salud 2009-2014 "Construyendo la Esperanza"			
Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIIS			
Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

### 9 Indicadores:

Código	Nombre
	Índice de participación por convocatoria
	Índice de participación global
	Índice de Convocatorias realizadas

### 10 Registros:


Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
	Registro de revisión del diseño	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años

### 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Representante de la Unidad Organizativa de la calidad.	Debe conocer el proceso de diseño de nuevos servicios establecidos en el SGC.
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	


### 12 Unidades de soporte

Ninguna


	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA REVISION DEL DISEÑO</b>	Código: <b>CP.7.3.4.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 3 de 7

### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Unidad Organizativa de la Calidad	1	<p>Revisar el plan de diseño e identificar los participantes para la revisión del diseño.</p> <p>Verifica que los participantes reúnan las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posan la competencia necesaria para revisar el diseño.</li> <li>• Existan miembros distintos a los diseñadores.</li> <li>• Hay representación de los diseñadores dentro del equipo.</li> <li>• Posean la suficiente experiencia para proveer advertencias sobre problemas potenciales del diseño.</li> </ul> <p>Nota: en caso que no se cumplan las características anteriores, se deberá modificar los participantes planificados para la etapa de revisión del diseño.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	2	<p>Convocar formalmente a los responsables que se han definido en el plan de implementación para la etapa de revisión del diseño pudiendo ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrantes del Comité de Calidad u otros comités.</li> <li>• Jefes y Subjefes de las unidades médicas.</li> <li>• Personal de enfermería.</li> <li>• Personal técnico adicional que considere conveniente.</li> </ul> <p>En la convocatoria se especifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La agenda de la reunión que como mínimo debe contener <ul style="list-style-type: none"> <li>○ En el propósito de la reunión se debe indicar, que se establecerán las conclusiones a la revisión del diseño.</li> <li>○ Punteo de las actividades que se van a desarrollar en la reunión.</li> <li>○ Fecha y hora de la reunión.</li> </ul> </li> </ul>
Unidad Organizativa de la Calidad	3	<p>Distribuir a todo el equipo que participara en la revisión del diseño, toda la documentación que este implique. Así como los contactos de los diseñadores para aclarar dudas.</p> <p><b>Nota:</b> La UOC podría organizar una reunión donde los diseñadores hagan una presentación del diseño propuesto al equipo que revisara el diseño.</p>

	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA REVISION DEL DISEÑO</b>	Código: <b>CP.7.3.4.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 4 de 7

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Responsables de la revisión del diseño	4	Los responsables de la revisión del diseño deberán revisar la documentación del diseño previo a la fecha de la reunión. Así como los registros de las revisiones anteriores al diseño.
Responsables de la revisión del diseño	5	Los responsables de la revisión del diseño considerado en la convocatoria deberán elaborar acta de la reunión con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de los participantes con roles y firmas.</li> <li>• Identificar la reunión con código correlativo y fecha.</li> <li>• Agenda de la reunión.</li> </ul>
Responsables de la revisión del diseño	6	Los participantes a la convocatoria en base al plan de implementación deberán establecer los siguientes aspectos como parte de su revisión: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Criterios bajo los cuales el diseño ha sido evaluado. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Punteo de los requisitos de entrada del diseño considerados.</li> <li>○ Riesgos considerados.</li> <li>○ Normativas, estándares o reglamentos.</li> <li>○ Entre otros.</li> </ul> </li> <li>✓ Lista de los documentos que describan la revisión del diseño y evidencien que el diseño cumple con los requerimientos. Y colocar en los anexos al registro de la revisión estos documentos.</li> <li>✓ Recomendaciones y/o Acciones correctivas al diseño con sus razones justificativas.</li> <li>✓ Bitácoras de acciones correctivas incompletas de revisiones anteriores.</li> <li>✓ Conclusión de la revisión con la decisión por escrito donde se exprese que se debe continuar con la siguiente fase del diseño.</li> <li>✓ Identificar los miembros y los roles del equipo de revisión del diseño.</li> </ul> <p>Nota: En caso de que no aplique alguno de los aspectos anteriores o sea necesario agregar algún aspecto adicional deberá ser</p>

	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA REVISION DEL DISEÑO</b>	Código: <b>CP.7.3.4.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 5 de 7

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
		<p>acordado por los participantes a la convocatoria.</p> <p>Nota 2: Puede que hayan varias revisiones al diseño, por lo que es posible que sea necesaria más de una reunión para reunir las conclusiones de la revisión.</p>
Responsables de la revisión del diseño	7	Hacer el cierre de la reunión y se redactar los acuerdos y compromisos.
Unidad Organizativa de la Calidad	8	<p>Elaborar el Registro de revisión del diseño (según el formato definido) donde se plasme el resultado de la ejecución del presente procedimiento.</p> <p>En anexos del registro de la revisión del diseño se deberá colocarse listado de las reuniones previas en las que se elaboró con la fecha, participantes en las mismas.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	9	<p>Distribuir el registro de la revisión del diseño del servicio a los miembros del Comité de Calidad y los participantes que apoyaron en su elaboración.</p> <p>Si el comité junto a los participantes considera que el diseño no es apto para continuar con la siguiente fase volver a paso 2.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	10	Recabar firmas de los participantes de la revisión del diseño que respaldan que continúe el diseño con la siguiente fase.
Unidad Organizativa de la Calidad	11	<p>Colocar el registro de la revisión del diseño en el repositorio junto a los de documentos del expediente del diseño del servicio que se está realizando. Actualizar el inventario de documentos.</p> <p>Fin del procedimiento.</p>



**PROCEDIMIENTO PARA LA REVISION DEL DISEÑO**

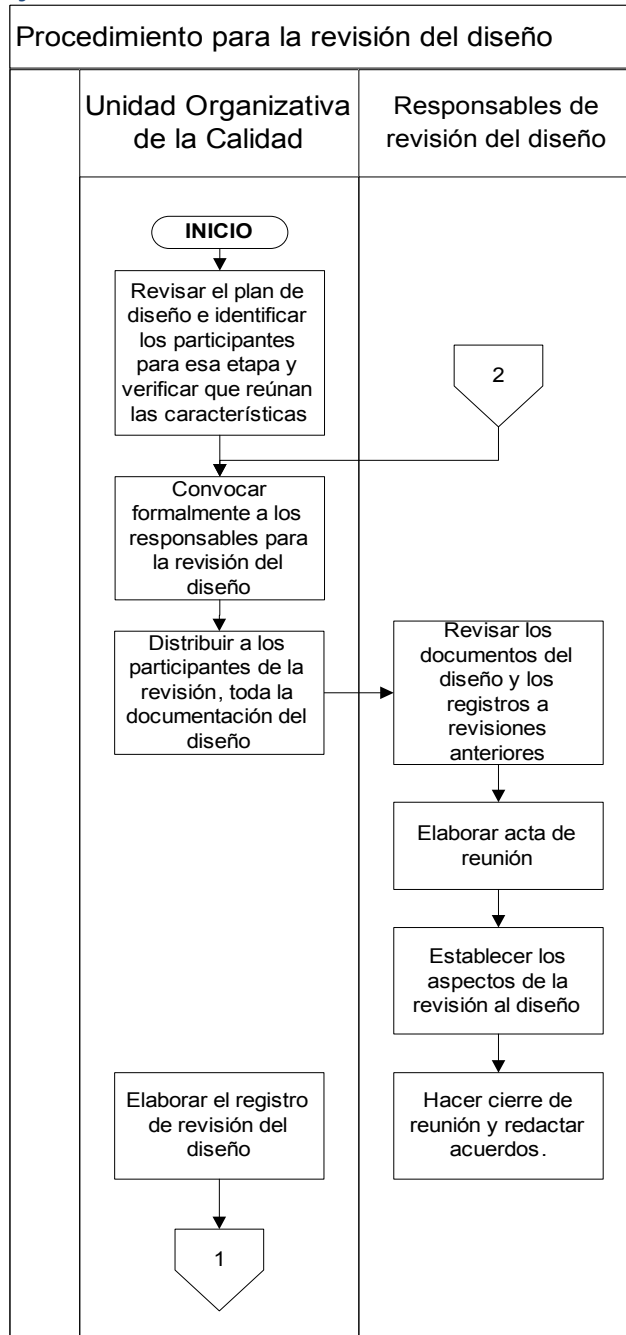
Código:  
**CP.7.3.4.01**

**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 6 de 7

**14 Diagrama de Flujo**





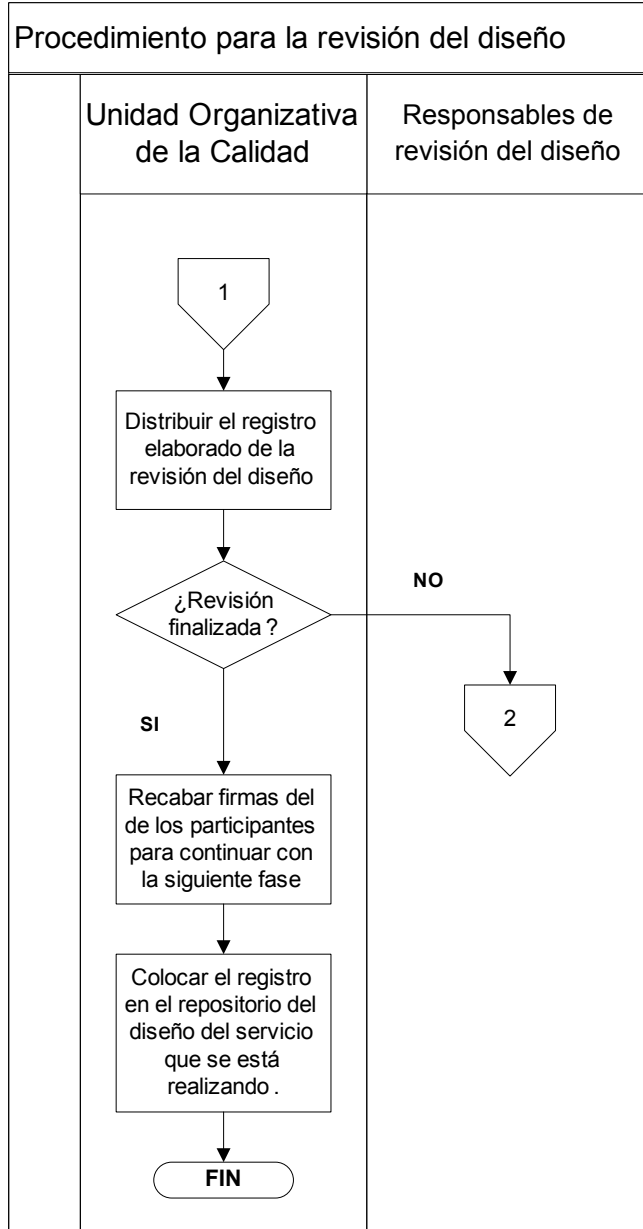
**PROCEDIMIENTO PARA LA REVISION DEL DISEÑO**

Código:  
**CP.7.3.4.01**


**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 7 de 7






HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>REGISTRO DE REVISIÓN DEL          DISEÑO          (FORMATO)</b>		
<b>Código: FO.7.3.4.01</b>	<b>Versión: 1.0</b>	<b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b>	<b>Página: 1 de 3</b>

<b>Denominación del Registro</b> Ingrese en este campo la denominación registro en texto claro usando la terminología a que haya lugar. Este debe corresponder al nombre del servicio a diseñar establecido en el plan de diseño.
<b>Código del Registro:</b> Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad.

## Contenido

1. REGISTRO DE ASISTENCIA DE ÚLTIMA REVISIÓN	2
2. DEFINICIONES	2
3. CRITERIOS DE REVISION DEL DISEÑO	2
4. DOCUMENTOS DE REVISION AL DISEÑO	2
5. ACCIONES CORRECTIVAS Y RECOMENDACIONES	2
6. BITACORRA ACCIONES CORRECTIVAS PENDIENTES	3
7. CONCLUSION	3
8. ANEXOS	3

Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes Cargo: Director, jefe, etc

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE REVISIÓN DEL DISEÑO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.7.3.4.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 2 de 3</p>

### 1. REGISTRO DE ASISTENCIA DE ÚLTIMA REVISIÓN

Se indica las fechas en que fue elaborado el presente registro según la última revisión al diseño:

<p>Fecha: dd/mm/aa</p>	<p>Hora inicio:</p>	<p>Hora de terminación:</p>	<p>Lugar:</p>
----------------------------	---------------------	-----------------------------	---------------

- PARTICIPANTE – CARGO, ROL, etc.

Nota: El registro de la asistencia de las revisiones anteriores se puede colocar en anexos.

### 2. DEFINICIONES

Los términos y/o explicaciones necesarias para el entendimiento del contenido de la presente revisión.

### 3. CRITERIOS DE REVISION DEL DISEÑO

Definir los criterios bajo los cuales se ha revisado el diseño:


- Punteo de los requisitos de entrada del diseño considerados.
- Riesgos considerados.
- Normativas, estándares o reglamentos.
- Entre otros que se consideren necesarios.

### 4. DOCUMENTOS DE REVISION AL DISEÑO

Lista de los documentos que describan la revisión del diseño y evidencien que el diseño cumple con los requerimientos. Referenciándolos al anexo correspondiente.

### 5. ACCIONES CORRECTIVAS Y RECOMENDACIONES

Se deben identificar acciones correctivas y recomendaciones para los componentes del diseño que deben modificarse, con sus respectivas razones justificativas.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE REVISIÓN DEL DISEÑO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.7.3.4.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 3 de 3</p>

Acciones correctivas o recomendaciones	Justificación	Responsable	Fecha de realización

## 6. BITACORRA ACCIONES CORRECTIVAS PENDIENTES

Identificar las acciones correctivas que están incompletas al momento de la revisión del diseño, cuando aplique. O aclarar si no existe ninguna acción correctiva pendiente.

## 7. CONCLUSION

Expresar por escrito la aceptación del diseño desde el punto de vista de la revisión del diseño por lo que se puede continuar con la siguiente fase.

Nota: Si la revisión no es conforme, deberá hacerse referencia a las acciones correctivas o recomendaciones que se deben realizar al diseño.

## 8. ANEXOS

- Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.
- Registros de las anteriores revisiones y sus participantes.
- La documentación listada en el numeral 4.



**CÓDIGO : CP.7.3.5.01**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31/03/2013**

**PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DEL DISEÑO**

- 1 Unidad Administrativa:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 Objetivo:** Establecer un marco común de actuación para asegurar que el diseño del servicio cumple con los requisitos establecidos.
- 3 Alcance:** El alcance de este procedimiento se extiende a los servicios proporcionados por los procesos:
  - Proceso de Atención del Parto y Postparto
  - Proceso de Atención del Recién Nacido
- 4 Definiciones:**
  - 4.1 Verificación: confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.
  - 4.2 Requisito: Necesidad o expectativa generalmente implícita u obligatoria.
  - 4.3 Registros: Documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos.
  - 4.4 UOC: Unidad Organizativa de la Calidad.
- 5 Requisitos Previos:**
  - 5.1 Se debe contar con el Plan del Diseño (del servicio) previamente elaborado.
  - 5.2 Se debe contar con el registro de elementos de entrada del diseño.
  - 5.3 Se debe contar con el registro de revisión del diseño donde se especifique que el diseño puede seguir con la siguiente fase.
- 6 Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Registro de la verificación del diseño debidamente elaborado.
- 7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Plan quinquenal de desarrollo 2010 - 2014 del hospital de Maternidad.
	Manuales de funciones de las unidades involucradas con los procesos.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres

**8 Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Código de Salud			
Política Nacional de Salud 2009-2014 "Construyendo la Esperanza"			
Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIIS			
Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

**9 Control de Indicadores:**

Código	Nombre
	Índice de participación por convocatoria
	Índice de participación global
	Índice de Convocatorias realizadas

**10 Registros:**


Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
	Registro de revisión del diseño	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años

**11 Recursos:**

Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Representante de la Unidad Organizativa de la calidad.	Debe conocer el proceso de diseño de nuevos servicios establecidos en el SGC.
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	


**12 Unidades de soporte**

Ninguna


	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DEL DISEÑO</b>	Código: <b>CP.7.3.5.01</b>
	<b>DIRECCIÓN</b>	Versión: 1
	<b>UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Página 3 de 7

### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Unidad Organizativa de la Calidad	1	<p>Revisar el plan de diseño e identificar los participantes para la verificación del diseño.</p> <p>Verifica que los participantes reúnan las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posean la competencia necesaria para verificar el diseño.</li> <li>• Existan miembros distintos a los diseñadores.</li> <li>• Hay representación de los diseñadores dentro del equipo.</li> </ul> <p>Nota: en caso que no se cumplan las características anteriores, se deberá modificar los participantes planificados para la etapa de verificación del diseño.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	2	<p>Convocar formalmente a los responsables que se han definido en el plan de implementación para la etapa de verificación del diseño pudiendo ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrantes del Comité de Calidad u otros comités.</li> <li>• Jefes y Subjefes de las unidades médicas.</li> <li>• Personal de enfermería.</li> <li>• Personal técnico adicional que considere conveniente.</li> </ul> <p>En la convocatoria se especifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La agenda de la reunión que como mínimo debe contener <ul style="list-style-type: none"> <li>○ En el propósito de la reunión se debe indicar, que se establecerán las conclusiones a la verificación del diseño.</li> <li>○ Punteo de las actividades que se van a desarrollar en la reunión.</li> <li>○ Fecha y hora de la reunión.</li> </ul> </li> </ul>
Unidad Organizativa de la Calidad	3	<p>Distribuir a todo el equipo que participara en la verificación del diseño, toda la documentación que este implique. Así como los contactos de los diseñadores para aclarar dudas.</p> <p><b>Nota:</b> La UOC podría organizar una reunión donde los diseñadores hagan una presentación del diseño propuesto al equipo que verificara el diseño.</p>

	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DEL DISEÑO</b>	Código: <b>CP.7.3.5.01</b>
	<b>DIRECCIÓN</b>	Versión: 1
	<b>UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Página 4 de 7

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Responsables de la verificación del diseño	4	<p>Los responsables de la revisión del diseño deberán revisar la documentación del diseño previo a la fecha de la reunión, incluyendo los requisitos de entrada del diseño y los registros de las verificaciones anteriores al diseño (cuando aplique).</p> <p>Con el propósito de verificar que el diseño cumple con todos los requisitos de entrada previamente establecidos.</p>
Responsables de la verificación del diseño	5	<p>Los responsables de la verificación del diseño considerado en la convocatoria deberán elaborar acta de la reunión con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de los participantes con roles y firmas.</li> <li>• Identificar la reunión con código correlativo y fecha.</li> <li>• Agenda de la reunión.</li> </ul>
Responsables de la verificación del diseño	6	<p>Los participantes a la convocatoria en base al plan de implementación deberán verificar que el diseño satisface con todos los requisitos de entrada establecidos para el diseño del servicio y como mínimo deberán establecer los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Criterios que determine la aceptación del diseño.</li> <li>✓ Verificaciones realizadas (es decir identificar puntualmente los requisitos de entrada al diseño a los que se han verificado), detallándolas a través de la documentación que sea necesaria.</li> <li>✓ Análisis o pruebas de laboratorio de algún componente especificado en el diseño y sus respectivos resultados (cuando aplique).</li> <li>✓ Resultados de consultas o asesorías de expertos.</li> <li>✓ Recomendaciones y/o Acciones correctivas al diseño con sus razones justificativas.</li> <li>✓ Bitácoras de acciones correctivas pendientes o incompletas de revisiones anteriores.</li> <li>✓ Conclusión de la verificación con la decisión por escrito donde se exprese la aceptación del diseño desde el punto de vista de la satisfacción de los requisitos del diseño.</li> </ul> <p>Si como conclusión se establece que no se acepta el diseño, en la misma se debe hacer referencia a las acciones</p>

	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DEL DISEÑO</b>	Código: <b>CP.7.3.5.01</b>
	<b>DIRECCIÓN</b>	Versión: 1
	<b>UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Página 5 de 7

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
		<p>correctivas que se deben realizar al diseño.</p> <p>✓ Identificar los miembros y los roles del equipo verificación diseño.</p> <p>Nota: En caso de que no aplique alguno de los aspectos anteriores o sea necesario agregar algún aspecto adicional deberá ser acordado por los participantes a la convocatoria.</p> <p>Nota 2: Puede que hayan varias verificaciones al diseño, por lo que es posible que sea necesaria más de una reunión para aceptar el diseño.</p>
Responsables de la verificación del diseño	7	Hacer el cierre de la reunión, redactar los acuerdos y compromisos.
Unidad Organizativa de la Calidad	8	<p>Elaborar el Registro de verificación del diseño (según el formato definido) donde se plasme el resultado de la ejecución del presente procedimiento.</p> <p>En anexos del registro de la verificación del diseño deberá colocarse el detalle de las reuniones previas en las que se elaboró con la fecha, participantes en las mismas.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	9	<p>Distribuir el registro de la verificación del diseño del servicio a los miembros del Comité de Calidad y los participantes que apoyaron en su elaboración.</p> <p>Si el comité junto a los participantes consideran que el diseño no es apto para continuar con la siguiente fase volver a paso 2.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	10	Recabar firmas de los participantes de la verificación del diseño que respaldan que continúe el diseño con la siguiente fase.
Unidad Organizativa de la Calidad	11	<p>Colocar el registro de la verificación del diseño en el repositorio junto a los de documentos del expediente del diseño del servicio que se está realizando. Actualizar el inventario de documentos.</p> <p>Fin del procedimiento.</p>





**PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DEL DISEÑO**

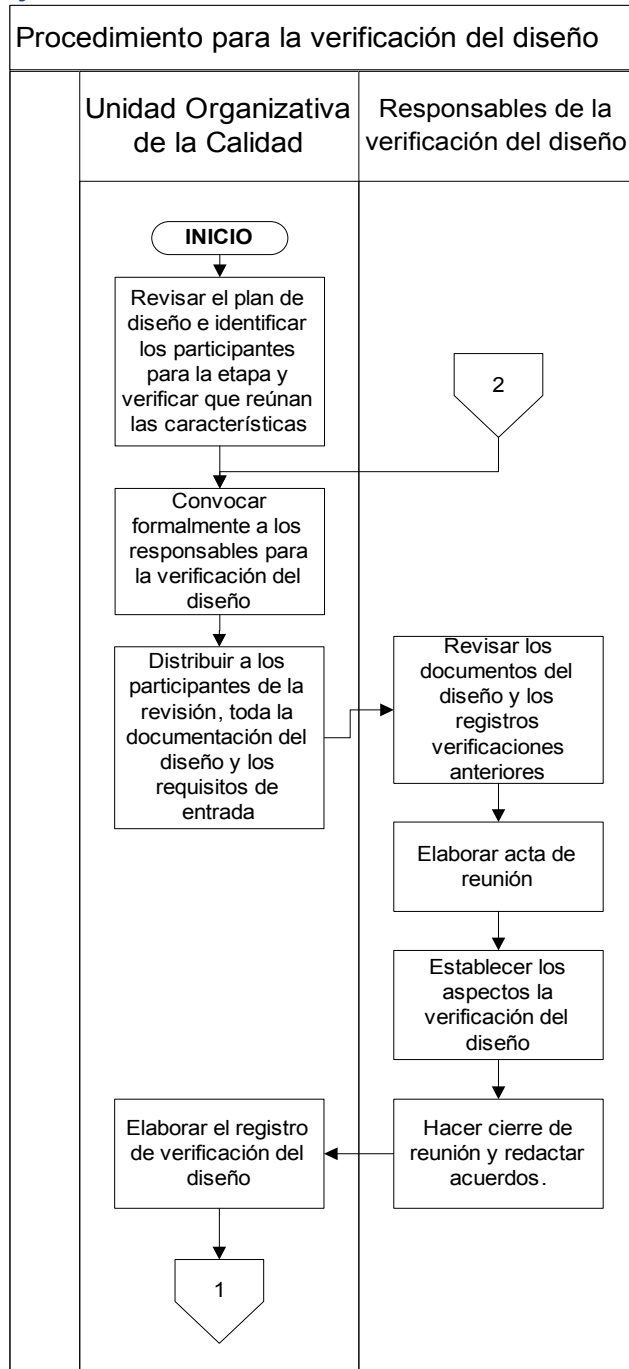
Código:  
**CP.7.3.5.01**

**DIRECCIÓN  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 6 de 7

**14 Diagrama de Flujo**





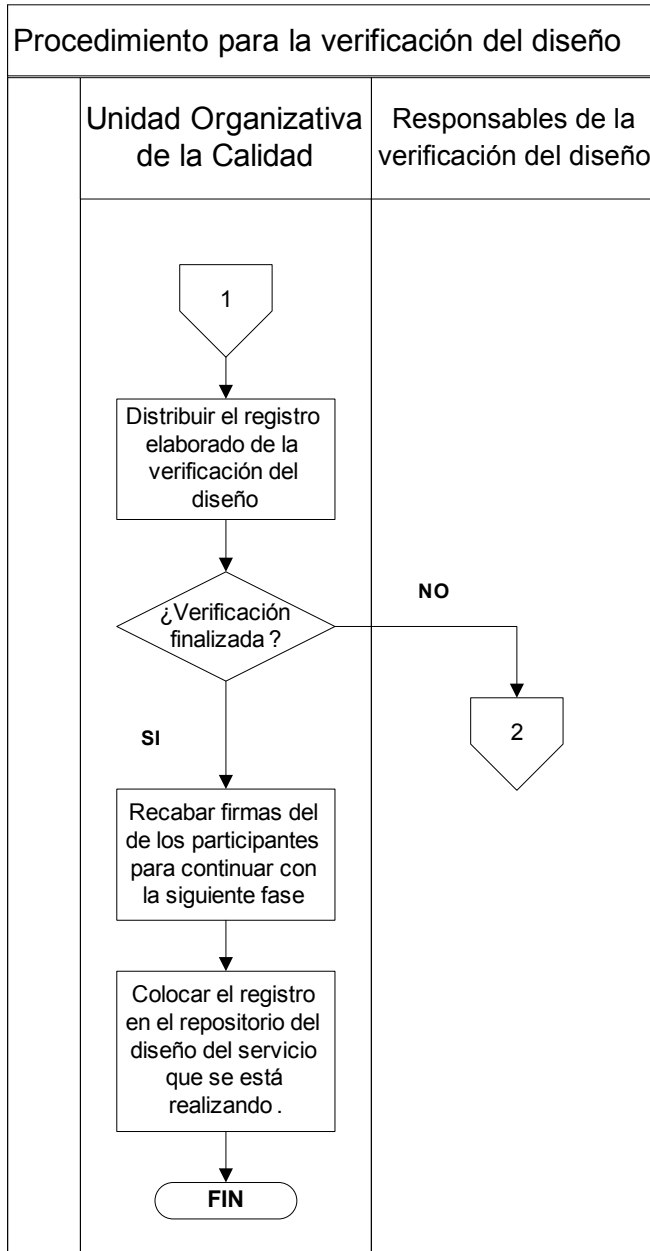
**PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DEL DISEÑO**


Código:  
**CP.7.3.5.01**

**DIRECCIÓN  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 7 de 7




<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE VERIFICACIÓN DEL DISEÑO (FORMATO)</b></p>		
<p><b>Código: FO.7.3.5.01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 1.0</p>	<p><b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013</p>	<p><b>Página:</b> 1 de 3</p>

<p><b>Denominación del Registro</b></p> <p>Ingrese en este campo la denominación registro en texto claro usando la terminología a que haya lugar. Este debe corresponder al nombre del servicio diseñado establecido en el plan de diseño.</p>
<p><b>Código del Registro:</b></p> <p>Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad.</p>

**Contenido**

1.	REGISTRO DE ASISTENCIA DE ÚLTIMA VERIFICACIÓN	2
2.	DEFINICIONES	2
3.	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DEL DISEÑO	2
4.	VERIFICACIONES REALIZADAS	2
5.	ACCIONES CORRECTIVAS Y RECOMENDACIONES	3
6.	BITACORRA DE ACCIONES CORRECTIVAS PENDIENTES	3
7.	CONCLUSION	3
8.	ANEXOS	3

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes Cargo: Director, jefe, etc</p>

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE VERIFICACIÓN DEL DISEÑO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.7.3.5.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 2 de 3</p>

### 1. REGISTRO DE ASISTENCIA DE ÚLTIMA VERIFICACIÓN

Se indica las fechas en que fue elaborado el presente registro según la última verificación al diseño:

<p>Fecha: dd/mm/aa</p>	<p>Hora inicio:</p>	<p>Hora de terminación:</p>	<p>Lugar:</p>
----------------------------	---------------------	-----------------------------	---------------

- PARTICIPANTE – CARGO, ROL, etc.

Nota: El registro de la asistencia de las verificaciones anteriores se puede colocar en anexos.

### 2. DEFINICIONES

Los términos y/o explicaciones necesarias para el entendimiento del contenido del presente registró.

### 3. CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DEL DISEÑO


Definir los criterios bajo los cuales se ha verificado el diseño:

- Punteo de los requisitos de entrada del diseño considerados.
- Riesgos considerados.
- Normativas, estándares o reglamentos.
- Entre otros que se consideren necesarios.

### 4. VERIFICACIONES REALIZADAS

- Lista de los documentos que respalden las verificación del diseño y evidencien que el diseño satisface los requerimientos.
- Análisis o pruebas de laboratorios.
- Resultados de asesorías o consultas de expertos.
- Otras verificaciones realizadas.

Nota: Referenciar al anexo correspondiente.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE VERIFICACIÓN DEL DISEÑO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.7.3.5.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 3 de 3</p>

## 5. ACCIONES CORRECTIVAS Y RECOMENDACIONES

Se deben identificar acciones correctivas y recomendaciones para los componentes del diseño que deben modificarse, con sus respectivas razones justificativas producto de la verificación del diseño. En caso de que las acciones correctivas se hayan cumplido indicarlo.

Acciones correctivas o recomendaciones	Justificación	Responsable	Fecha de realización

## 6. BITACORRA DE ACCIONES CORRECTIVAS PENDIENTES

Identificar las acciones correctivas que están incompletas al momento de la verificación del diseño, **cuando aplique**. O aclarar si no existe ninguna acción correctiva pendiente.

## 7. CONCLUSION

Expresar por escrito la aceptación del diseño desde el punto de vista de la verificación por lo que se puede continuar con la siguiente fase.

Nota: Si no es aceptado el diseño, deberá hacerse referencia a las acciones correctivas o recomendaciones que se deben realizar al diseño.

## 8. ANEXOS

- Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.
- Registros de las anteriores verificaciones y sus participantes.
- La documentación relacionada con el numeral 4.



**CÓDIGO : CP.7.3.6.01**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31/03/2013**

**PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN DEL DISEÑO**

- 1 Unidad Administrativa:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 Objetivo:** Establecer un marco común de actuación para confirmar que el diseño del servicio al ejecutarse o implementarse cumplirá con su cometido de satisfacer las necesidades y expectativas que fueron identificadas desde un inicio.
- 3 Alcance:** El alcance de este procedimiento se extiende a los servicios proporcionados por los procesos:
  - Proceso de Atención del Parto y Postparto
  - Proceso de Atención del Recién Nacido
- 4 Definiciones:**
  - 4.1 Validación: confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista.
  - 4.2 Requisito: Necesidad o expectativa generalmente implícita u obligatoria.
  - 4.3 Registros: Documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos.
  - 4.4 UOC: Unidad Organizativa de la Calidad.
- 5 Requisitos Previos:**
  - 5.1 Se debe contar con el Plan del Diseño (del servicio) previamente elaborado.
  - 5.2 Se debe contar con el registro de elementos de entrada del diseño.
  - 5.3 Se debe contar con el registro de revisión del diseño.
  - 5.4 Se debe contar con el registro de la verificación del diseño donde se especifique que el diseño puede seguir con la siguiente fase.
- 6 Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Registro de validación del diseño debidamente elaborado.
- 7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Plan quinquenal de desarrollo 2010 - 2014 del hospital de Maternidad.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres

	Manuales de funciones de las unidades involucradas con los procesos.
--	--

## 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Código de Salud			
Política Nacional de Salud 2009-2014 "Construyendo la Esperanza"			
Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIIS			
Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

## 9 Indicadores:

Código	Nombre
	Índice de participación por convocatoria
	Índice de participación global
	Índice de Convocatorias realizadas

## 10 Registros:


Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
	Registro de revisión del diseño	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años

## 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Representante de la Unidad Organizativa de la calidad.	Debe conocer el proceso de diseño de nuevos servicios establecidos en el SGC.
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	

## 12 Unidades de soporte


Ninguna

	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN DEL DISEÑO</b>	Código: <b>CP.7.3.6.01</b>
	<b>DIRECCIÓN UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 3 de 7


### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Unidad Organizativa de la Calidad	1	Revisar el plan de diseño e identificar los participantes para la validación del diseño.  Verifica que los participantes reúnan las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posean la competencia necesaria para verificar el diseño.</li> <li>• Existan miembros distintos a los diseñadores.</li> <li>• Hay representación de los diseñadores dentro del equipo.</li> </ul> Nota: en caso que no se cumplan las características anteriores, se deberá modificar los participantes planificados para la etapa de validación del diseño.
Unidad Organizativa de la Calidad	2	Convocar formalmente a los responsables que se han definido en el plan de implementación para la etapa de validación del diseño pudiendo ser: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrantes del Comité de Calidad u otros comités.</li> <li>• Jefes y Subjefes de las unidades médicas.</li> <li>• Personal de enfermería.</li> <li>• Personal técnico adicional que considere conveniente.</li> </ul> En la convocatoria se especifica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La agenda de la reunión que como mínimo debe contener <ul style="list-style-type: none"> <li>○ En el propósito de la reunión se debe indicar, que se establecerán las conclusiones a la validación del diseño.</li> <li>○ Punteo de las actividades que se van a desarrollar en la reunión.</li> <li>○ Fecha y hora de la reunión.</li> </ul> </li> </ul>
Unidad Organizativa de la Calidad	3	Distribuir a todo el equipo que participará en la validación del diseño, toda la documentación que este implique. Así como los contactos de los diseñadores para aclarar dudas.  <b>Nota:</b> La UOC podría organizar una reunión donde los diseñadores hagan una presentación del diseño propuesto al equipo que validará el diseño.
Responsables de la validación del diseño	4	Los responsables de la revisión del diseño deberán revisar la documentación del diseño previo a la fecha de la reunión incluyendo los registros de las validaciones anteriores al diseño (cuando aplique).



	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN DEL DISEÑO</b>	Código: <b>CP.7.3.6.01</b>
	<b>DIRECCIÓN UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 4 de 7

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
		Con el propósito de confirmar que el diseño del servicio cumple con todo lo necesario para su adecuada ejecución e implementación.
Responsables de la validación del diseño	5	<p>Los responsables de la validación del diseño considerado en la convocatoria deberán elaborar acta de la reunión con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de los participantes con roles y firmas.</li> <li>• Identificar la reunión con código correlativo y fecha.</li> <li>• Agenda de la reunión.</li> </ul>
Responsables de la validación del diseño	6	<p>Los participantes a la convocatoria en base al plan de implementación deberán validar que el diseño especificado reúne todas las condiciones para su adecuada aplicación e implementación y como mínimo deberán establecer los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Criterios que determinen la aceptación del diseño.</li> <li>✓ Validaciones realizadas, detallándolas a través de la documentación que sea necesaria.</li> <li>✓ Pruebas piloto desarrolladas (cuando aplique) con sus resultados.</li> <li>✓ Talleres o prácticas supervisadas realizadas (cuando aplique) con sus resultados.</li> <li>✓ Recomendaciones y/o Acciones correctivas al diseño con sus razones justificativas.</li> <li>✓ Bitácoras de acciones correctivas pendientes o incompletas de revisiones anteriores.</li> <li>✓ Conclusión de la verificación con la decisión por escrito donde se exprese la aceptación del diseño desde el punto de vista de la satisfacción de los requisitos del diseño.</li> </ul> <p>Si como conclusión se establece que no se acepta el diseño, en la misma se debe hacer referencia a las acciones correctivas que se deben realizar al diseño.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar los miembros y los roles del equipo verificación diseño.</li> </ul> <p>Nota: En caso de que no aplique alguno de los aspectos anteriores o sea necesario agregar algún aspecto adicional deberá ser acordado por los</p>

	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN DEL DISEÑO</b>	Código: <b>CP.7.3.6.01</b>
	<b>DIRECCIÓN UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1 Página 5 de 7

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
		participantes a la convocatoria.  Nota 2: Puede que hayan varias validaciones al diseño, por lo que es posible que sea necesaria más de una reunión para aceptar el diseño.
Responsables de la validación del diseño	7	Hacer el cierre de la reunión, redactar los acuerdos y compromisos.
Unidad Organizativa de la Calidad	8	Elaborar el Registro de la validación del diseño (según el formato definido) donde se plasme el resultado de la ejecución del presente procedimiento.  En anexos del registro de la validación del diseño deberá colocarse el detalle de las reuniones previas en las que se elaboró con la fecha, participantes en las mismas.
Unidad Organizativa de la Calidad	9	Distribuir el registro de la validación del diseño del servicio a los miembros del Comité de Calidad y los participantes que apoyaron en su elaboración.  Si el comité junto a los participantes consideran que el diseño no es apto para continuar con la siguiente fase volver a paso 2.
Unidad Organizativa de la Calidad	10	Recabar firmas de los participantes de la validación del diseño que respaldan que continúe el diseño con la siguiente fase.
Unidad Organizativa de la Calidad	11	Colocar el registro de la validación del diseño en el repositorio junto a los de documentos del expediente del diseño del servicio que se está realizando. Actualizar el inventario de documentos.  Fin del procedimiento.



**PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN DEL DISEÑO**

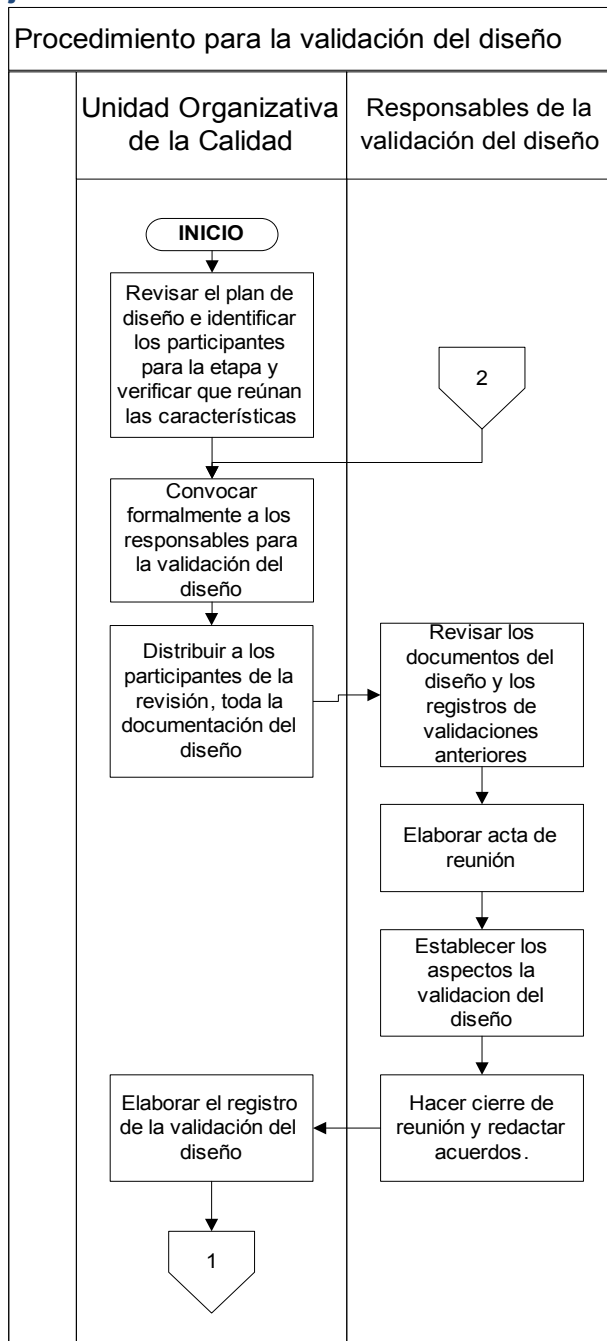
Código:  
**CP.7.3.6.01**

**DIRECCIÓN  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 6 de 7

**14 Diagrama de Flujo**





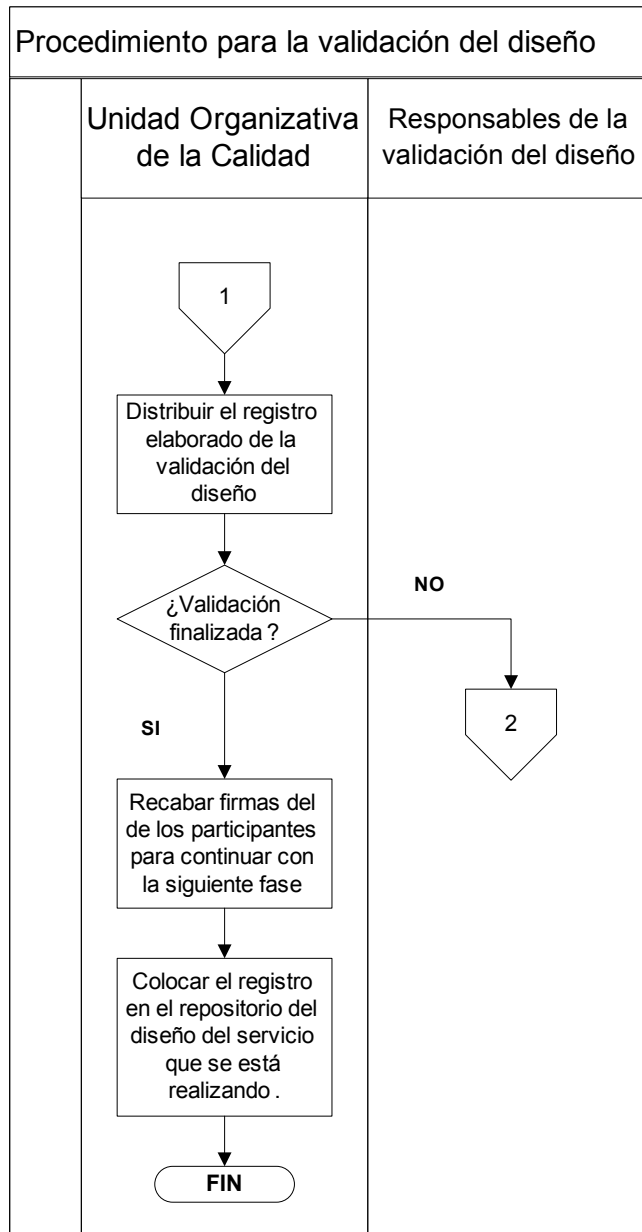
**PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN DEL DISEÑO**


Código:  
**CP.7.3.6.01**

**DIRECCIÓN  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 7 de 7




<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE VALIDACIÓN DEL DISEÑO (FORMATO)</b></p>		
<p><b>Código: FO.7.3.6.01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 1.0</p>	<p><b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013</p>	<p><b>Página:</b> 1 de 3</p>

<p><b>Denominación del Registro</b></p> <p>Ingrese en este campo la denominación registro en texto claro usando la terminología a que haya lugar. Este debe corresponder al nombre del servicio diseñado establecido en el plan de diseño.</p>
<p><b>Código del Registro:</b></p> <p>Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad.</p>

## Contenido

1. REGISTRO DE ASISTENCIA DE ÚLTIMA VALIDACION	2
2. DEFINICIONES	2
3. CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DEL DISEÑO	2
4. VALIDACIONES REALIZADAS	2
5. ACCIONES CORRECTIVAS Y RECOMENDACIONES	3
6. BITACORRA DE ACCIONES CORRECTIVAS PENDIENTES	3
7. CONCLUSION	3
8. ANEXOS	3

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes Cargo: Director, jefe, etc</p>

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE VALIDACIÓN DEL DISEÑO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.7.3.6.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 2 de 3</p>

## 1. REGISTRO DE ASISTENCIA DE ÚLTIMA VALIDACIÓN

Se indica las fechas en que fue elaborado el presente registro según la última validación al diseño:

<p>Fecha: dd/mm/aa</p>	<p>Hora inicio:</p>	<p>Hora de terminación:</p>	<p>Lugar:</p>
----------------------------	---------------------	-----------------------------	---------------

- PARTICIPANTE – CARGO, ROL, etc.

Nota: El registro de la asistencia de las verificaciones anteriores se puede colocar en anexos.

## 2. DEFINICIONES

Los términos y/o explicaciones necesarias para el entendimiento del contenido del presente registro.


## 3. CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DEL DISEÑO

Definir los criterios bajo los cuales se ha verificado el diseño.

## 4. VALIDACIONES REALIZADAS

- Lista de los documentos que respalden las validaciones del diseño y confirmen que el diseño reúne todas las condiciones para su aplicación o ejecución.
- Validaciones realizadas.
- Pruebas piloto desarrolladas.
- Talleres o prácticas supervisadas realizadas.
- Entre otros.

Nota: Referenciar al anexo correspondiente a la validación.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE VALIDACIÓN DEL DISEÑO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.7.3.6.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 3 de 3</p>

## 5. ACCIONES CORRECTIVAS Y RECOMENDACIONES

Se deben identificar acciones correctivas y recomendaciones para los componentes del diseño que deben modificarse, con sus respectivas razones justificativas producto de la validación del diseño. En caso de que las acciones correctivas se hayan cumplido indicarlo.

Acciones correctivas o recomendaciones	Justificación	Responsable	Fecha de realización

## 6. BITACORRA DE ACCIONES CORRECTIVAS PENDIENTES

Identificar las acciones correctivas que están incompletas al momento de la validación del diseño, **cuando aplique**. O aclarar si no existe ninguna acción correctiva pendiente.


## 7. CONCLUSION

Expresar por escrito la aceptación del diseño desde el punto de vista de la validación por lo que se puede continuar con la siguiente fase.

Nota: Si no es aceptado el diseño, deberá hacerse referencia a las acciones correctivas o recomendaciones que se deben realizar al diseño.

## 8. ANEXOS

- Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.
- Registros de las anteriores validaciones y sus participantes.
- La documentación relacionada con el numeral 4.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE CAMBIOS AL DISEÑO (FORMATO)</b></p>		
<p><b>Código: FO.7.3.7.01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 1.0</p>	<p><b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013</p>	<p><b>Página:</b> 1 de 3</p>


<p><b>Denominación del Registro</b></p> <p>Ingrese en este campo la denominación registro en texto claro usando la terminología a que haya lugar. Este debe corresponder al nombre del servicio diseñado establecido en el plan de diseño.</p>
<p><b>Código del Registro:</b></p> <p>Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad.</p>

## Contenido

1.	IDENTIFICACION DEL CAMBIO AL DISEÑO	2
2.	DEFINICIONES	2
3.	EVALUACION DE LOS CAMBIOS AL DISEÑO	2
4.	APROVACIÓN DEL CAMBIO	3
5.	MODIFICACIONES APROVADAS	3
6.	ANEXOS	3

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes Cargo: Director, jefe, etc</p>



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE CAMBIOS AL DISEÑO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.7.3.7.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 2 de 3</p>

### 1. IDENTIFICACION DEL CAMBIO AL DISEÑO

Se indica la lista de cambios que se deben hacer al diseño e indicar el registro correspondiente de la fase de diseño que especifica la necesidad del cambio (Fase de revisión del diseño, Fase de verificación al diseño, Fase de Validación al diseño).

CAMBIO/MODIFICACION AL DISEÑO IDENTIFICADO	Registro de la fase donde se especifica el cambio al diseño.

### 2. DEFINICIONES


Los términos y/o explicaciones necesarias para el entendimiento del contenido del presente registro.

### 3. EVALUACION DE LOS CAMBIOS AL DISEÑO

Debe aclararse en la evaluación los impactos de los cambios o modificaciones propuestas al diseño.

- Identificar costos estimados en tiempo, dinero o recurso humano según corresponda.
- Identificar los efectos del cambio.
- Identificar la documentación afectada.
- Determinar la viabilidad del cambio

RESPONSABLES DE LA EVALUACION	ROL

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE CAMBIOS AL DISEÑO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.7.3.7.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 3 de 3</p>

**4. APROVACIÓN DEL CAMBIO**

- Listar los cambios aprobados y los denegados al diseño.
- Indicar las personas que aprueban el cambio e indicar su rol dentro del proceso de diseño del servicio.

RESPONSABLES DE LA APROVACIÓN	ROL

**5. MODIFICACIONES APROVADAS**

Se deben identificar modificaciones aprobadas para los componentes del diseño que deben modificarse, con su respectivo responsable de llevarlas a cambio y la fecha de realización.

Modificación Aprobada	Responsable	Fecha de realización

**6. ANEXOS**

- Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.



**CÓDIGO** :CP.7.4.1.01

**VERSIÓN:** 1.0

**FECHA:**31/03/13

**PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y COMPRA INTERNA POR LICITACIÓN Y/O CONCURSO PÚBLICO POR INVITACIÓN**

- 1 **Unidad Ejecutante:** Unidad de Adquisiciones y Compras Internas.
- 2 **Objetivo:** Realizar compras por licitación o concurso público cuando el valor del bien o servicio a adquirir sea de 20 a 80 salarios mínimos.
- 3 **Alcance:** Unidad de UACI recibe solicitud de compra debidamente autorizada hasta distribuir orden de compra y verificación del cumplimiento de las entregas.
- 4 **Definiciones:**
  - 4.1 LACAP: Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Programa Anual de Adquisiciones y Contrataciones.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Contrato de Compra.
  - 6.2 Orden de compra.
- 7 **Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Art. 39 LACAP.
	Ley de la Corte de Cuentas de la República.
	Ley de Suministros para el Ramo de la Salud Pública.

8 **Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción

9 **Indicadores:**

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres


<b>Código</b>	<b>Nombre</b>
	% de licitaciones adjudicadas respecto de licitaciones totales

**10 Registros:**

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
FO.7.4.1.01	Requisitos solicitados a proveedores.	Jefe de UACI	Físico/electrónico	UACI	3 años

**11 Control de modificaciones:**


N° Revisión	Fecha Revisión	Apartados modificados	Elaborado	Aprobado
02	06/02/13	Incorporación de Requisitos de Proveedores		

	<b>PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y COMPRA INTERNA POR LICITACIÓN Y/O CONCURSO PÚBLICO POR INVITACIÓN.</b>	<b>Código:</b> CP.7.4.1.01
	<b>UACI GESTION DEL ABASTECIMIENTO</b>	<b>Versión:1.0</b>
		Página 3 de 14


**Criterios a considerar:**

- Sujeto a verificación de los salarios mínimo urbanos
- El salario mínimo actual es de \$224.21/ mes, por lo que se procederá a efectuar una licitación pública por invitación por montos comprendidos de 80 hasta 635 salarios mínimos urbanos (de \$17,936.80 hasta \$142,373.35)
- Se procederá a efectuar un concurso público por invitación por montos comprendidos de 80 hasta 200 salarios mínimos urbanos (de \$17,936.80 hasta \$44,842.00)
- La licitación es para adquisiciones de obras, bienes y servicios que no sean de consultoría y los concursos para adquisición de servicios de consultoría
- EL director del hospital ha nombrado una comisión evaluadora de ofertas para todas las adquisiciones, integrada por el Subdirector, Jefe UACI y Técnico Financiero, debiéndose convocar al personal técnico y solicitante del bien o servicio.


<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Jefe de UACI	1	Verifica programación anual de adquisiciones y contrataciones, y solicita especificaciones técnicas a jefe de unidad solicitante.
Unidad Solicitante	2	Elabora condiciones y especificaciones técnicas de la obra, bien o servicio y traslado a jefe de UACI con autorización respectiva.
Jefe de UACI-Unidad Solicitante	3	Recibe y revisa solicitud de compra debidamente autorizada, con monto aproximado y certificación de fondos. Verifica asignación presupuestaria con la unidad financiera institucional.
Jefe de UACI	4	Inicia conformación de expediente, que contiene la información del proceso. Elabora base de licitación o concurso con jefe de unidad solicitante y personal idóneo.
Jefe de UACI	5	Depuran especificaciones técnicas y otra información de la solicitud de compra, elaboran conjuntamente las bases de licitación y/o concurso.

	<b>PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y COMPRA INTERNA POR LICITACIÓN Y/O CONCURSO PÚBLICO POR INVITACIÓN.</b>	Código: CP.7.4.1.01
	<b>UACI GESTION DEL ABASTECIMIENTO</b>	<b>Versión:1.0</b>
		Página 4 de 14

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Jefe de UACI	6	Traslada base licitación y/o concurso y expediente titular.
Director	7	Revisa, aprueba base de licitación y/o concurso y traslada con expediente a jefe de UACI.
Jefe de UACI	8	Recibe base licitación y/o concurso aprobadas, expediente y procede:  A) Si la licitación y/o concurso público es por invitación consulta a base de datos institucional de ofertantes y contratistas, elabora lista corta con un mínimo de 4 ofertantes y en casos especiales, debidamente justificados, selecciona hasta un mínimo de dos; y traslada con expediente al Director y continúa con siguiente paso.  B) Si es licitación y/o concurso público, continua en el paso No.12
Jefe de UACI	9	Remite al director del hospital las bases de licitación y/o concurso con la lista corta de posibles oferentes para su aprobación.
Director	10	Revisa, razona y aprueba lista corta y devuelve a jefe de UACI con expediente.
Jefe de UACI	11	Elabora, forma y envía nota de invitación a ofertantes seleccionados y obtiene firma de recibido en copia de nota, la cual anexa expediente.
Jefe de UACI	12	Elabora y envía aviso de licitación o concurso, y pública en medios de prensa escrita. Y notifica a tesorería publicación de aviso de licitación y/o concurso.
Director o Persona Asignada	13	Obtiene reproducción de base de licitación y/o concurso, recorta y anexa publicación de convocatoria y original de base de licitación y/o concurso a expediente, en espera de fecha para retiro de las bases.
Tesorería	14	Emite recibo a los posibles oferentes por el pago del valor del cartel.


	<b>PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y COMPRA INTERNA POR LICITACIÓN Y/O CONCURSO PÚBLICO POR INVITACIÓN.</b>	Código: CP.7.4.1.01
	<b>UACI GESTION DEL ABASTECIMIENTO</b>	<b>Versión:1.0</b>
		Página 5 de 14

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Jefe de UACI	15	Distribuye cartel de licitación y/o concurso previa presentación del recibo de pago.
Jefe de UACI	16	Distribuye orden de compra y pasa el documento para el seguimiento y verificación del cumplimiento en las entregas.
Jefe de UACI	17	Recibe ofertas en fecha establecidas (en ningún caso podrá ser menor de 10 días hábiles).
Jefe de UACI	18	Realiza acto de apertura pública de ofertas según bases de licitación o concurso y verifica que presenten garantía de mantenimiento de oferta.
Jefe de UACI	19	Elabora actas de apertura de ofertas, en la que se hace constar las ofertas recibidas, garantías de mantenimiento, así como otros aspectos relevantes.  Obtiene firmas de ofertantes o representantes asistentes y les entrega copia de acta.
Jefe de UACI	20	Convoca a los miembros de la comisión de ofertas, nombrados por el Director o por quien este designe, entregándoles ofertas y expedientes para su evaluación. Ver Anexo 1: Requisitos solicitados a proveedores/Evaluaciones. (Anexo N° 3).
Comisión Evaluadora de Ofertas	21	Evalúa, analiza y emite acta de recomendación de ofertas para su respectiva adjudicación. Ver anexo
Comisión Evaluadora de Ofertas	22	Envía al director expediente del proceso de compras con acta de recomendación.
Director	23	Revisa analiza y si esta de acuerdo con la recomendación formulada por la comisión de evaluación de ofertas, procede a adjudicar y remite documentación a la UACI.
Jefe de UACI	24	Recibe informe, acta y expediente, anexa documentos a expediente

	<b>PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y COMPRA INTERNA POR LICITACIÓN Y/O CONCURSO PÚBLICO POR INVITACIÓN.</b>	Código: CP.7.4.1.01
	<b>UACI GESTION DEL ABASTECIMIENTO</b>	<b>Versión:1.0</b>
		Página 6 de 14

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
		y elabora resolución de adjudicación y tramita firma del director
Director	25	Revisa expediente y resolución de adjudicación. Firma la resolución de adjudicación y remite al jefe de UACI.
Jefe de UACI	26	Elabora aviso de adjudicación. Distribuye y publica simultáneamente la resolución de adjudicación (la adjudicación se produce un plazo no mayor de 90 días después de la apertura de ofertas).
Jefe de UACI	27	Recibe notas de aceptación de la resolución de Adjudicación
Jefe de UACI	28	Remite expediente original foliado al asesor jurídico para la elaboración de contrato
Jurídico	29	Elabora contratos
Jurídico	30	Gestiona firma de contrato ante el Director del hospital y el suministrante.
Jurídico	31	Gestiona firma de contrato ante el Fiscal General de la República
Fiscalía	32	Revisa, analiza y firma contrato
Jurídico	33	Recibe contratos firmados por el Fiscal General de la República, remite expediente y contratos a la UACI
Jefe de UACI	34	Distribuye contratos y pasa copia a almacén, unidad financiera, unidad solicitante.
Jefe de UACI	35	Recibe garantías de cumplimiento de contrato y las incorpora al expediente.
Jefe de UACI	36	Verifica bienes, prestación de servicios, obra o avance de la misma con persona designada y comprueba cumplimiento de condiciones y especificaciones técnicas contenidas en contrato.



	<b>PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y COMPRA INTERNA POR LICITACIÓN Y/O CONCURSO PÚBLICO POR INVITACIÓN.</b>	<b>Código:</b> CP.7.4.1.01
	<b>UACI GESTION DEL ABASTECIMIENTO</b>	<b>Versión:1.0</b>
		Página 7 de 14

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Jefe de UACI	37	Elabora y revisa acta de recepción de bienes, servicios, obra o avance de la misma y obtiene firma de ofertante adjudicatario en acta.
Jefe de UACI	38	Anexa acta de recepción de bienes, servicios, obra o avance de la misma al expediente y distribuye copia.
Jefe de UACI	39	Devuelve garantías correspondientes, con su respectivo finiquito, una vez concluido el contrato.
Jefe de UACI	40	Realiza foliado final del expediente y pasa a archivo



**PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN Y COMPRA INTERNA POR LICITACIÓN Y/O CONCURSO PÚBLICO POR INVITACIÓN.**

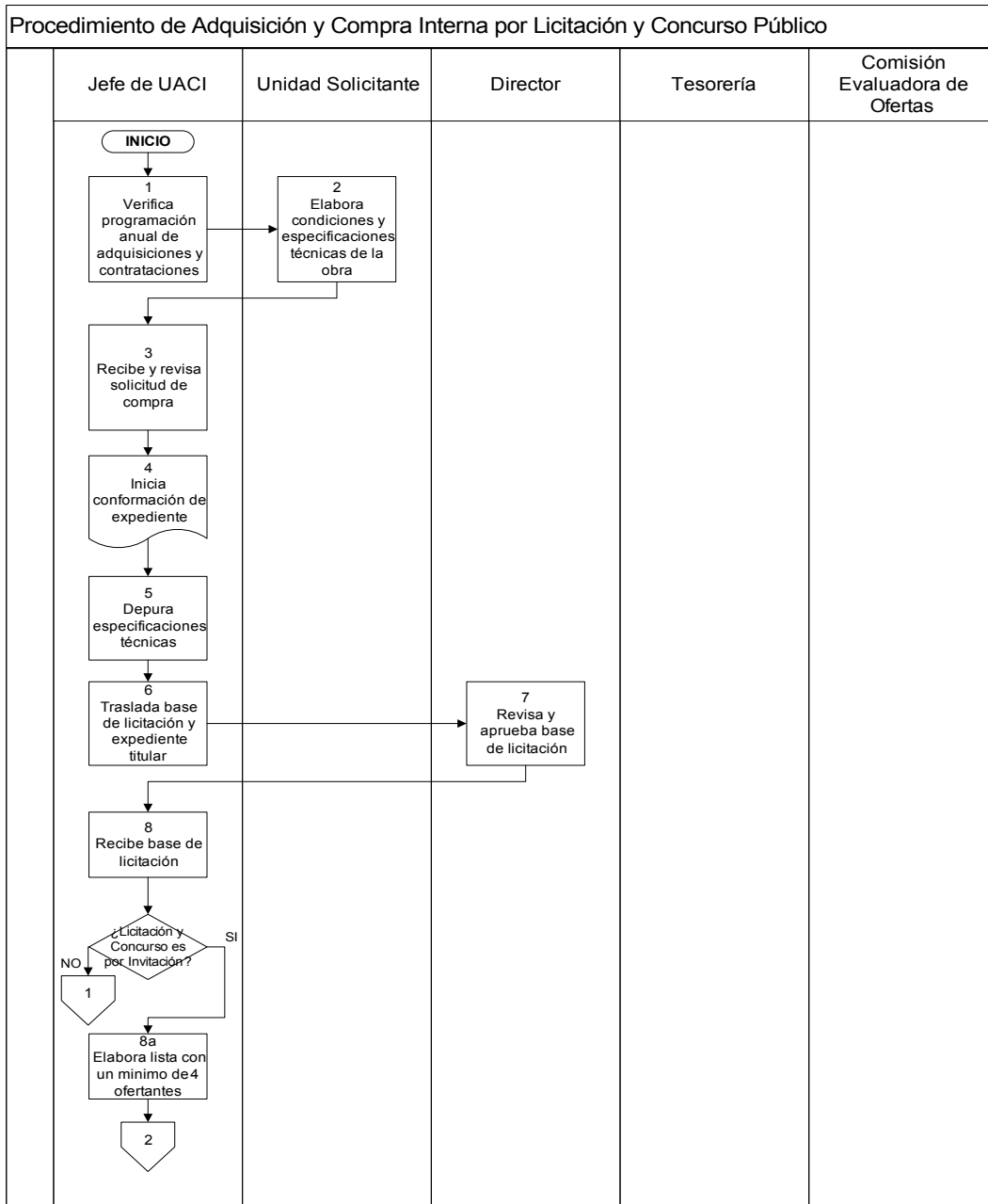
Código:  
CP.7.4.1.01

**UACI  
GESTION DEL ABASTECIMIENTO**

**Versión:1.0**

Página 8 de 14

**DIAGRAMA DE FLUJO**





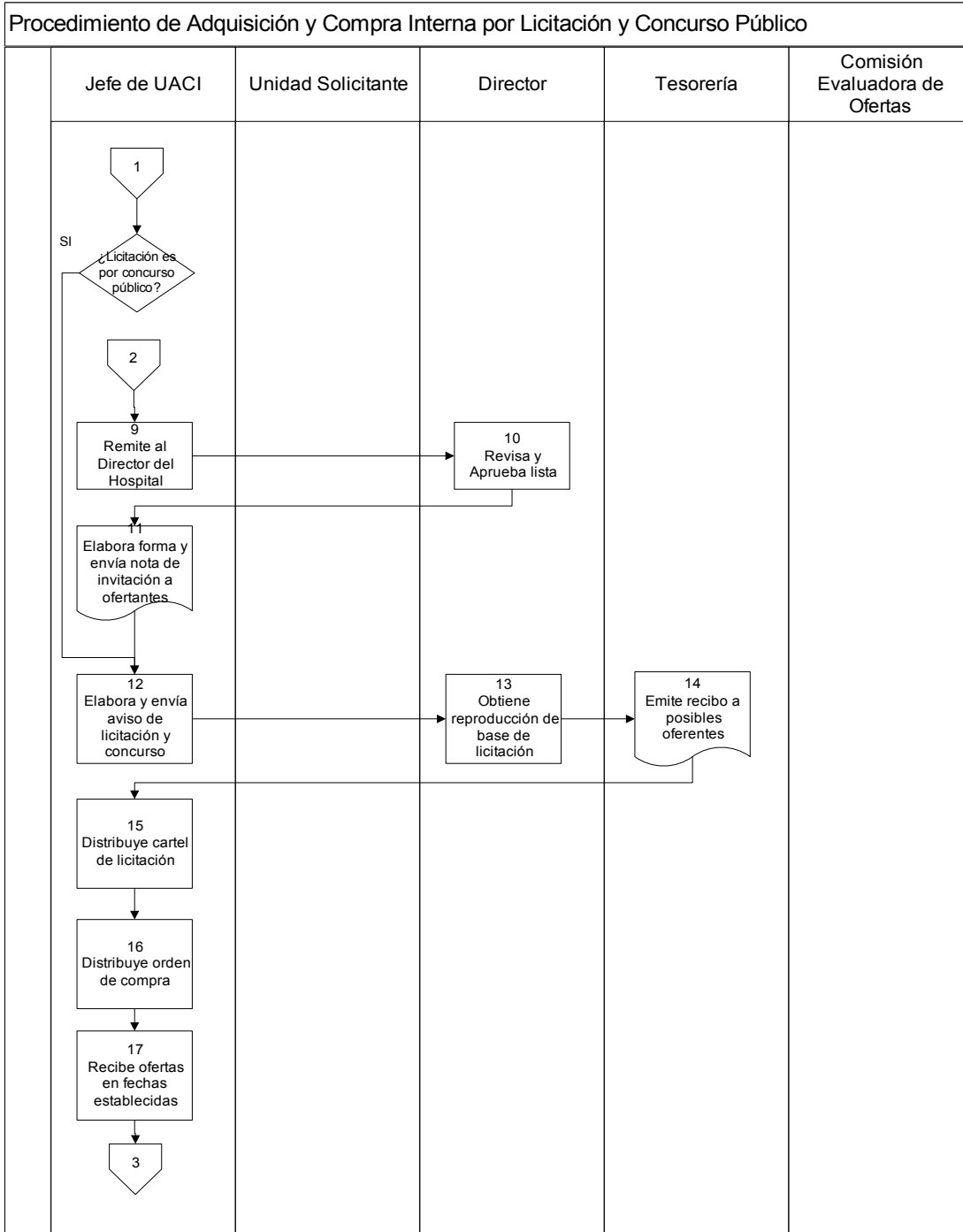
**PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN Y COMPRA INTERNA POR LICITACIÓN Y/O CONCURSO PÚBLICO POR INVITACIÓN.**

Código:  
CP.7.4.1.01

**UACI  
GESTION DEL ABASTECIMIENTO**

**Versión:1.0**

Página 9 de 14





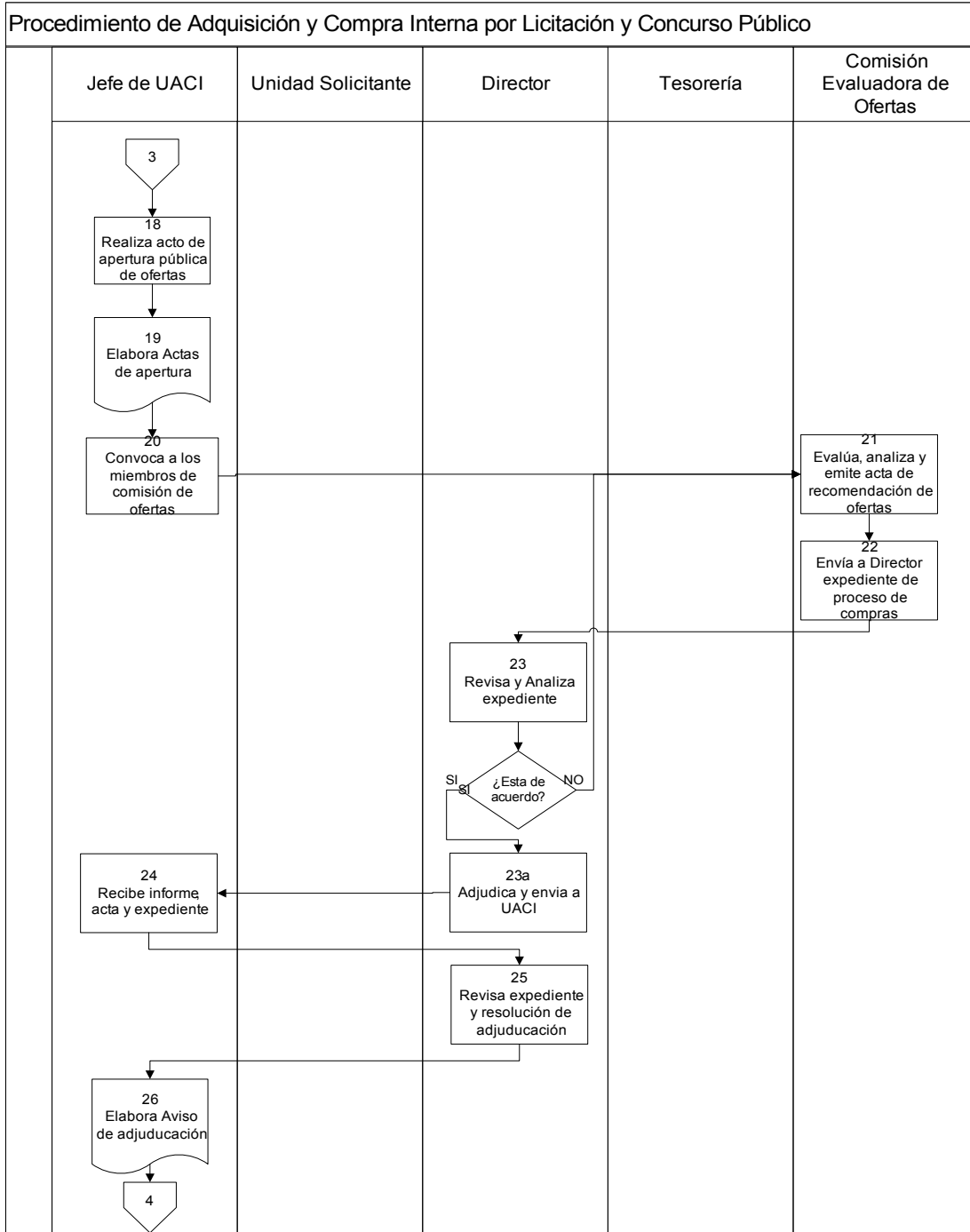
**PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y COMPRA INTERNA POR LICITACION Y/O CONCURSO PÚBLICO POR INVITACIÓN.**

Código:  
CP.7.4.1.01

**UACI  
GESTION DEL ABASTECIMIENTO**

**Versión:1.0**

Página 10 de  
14





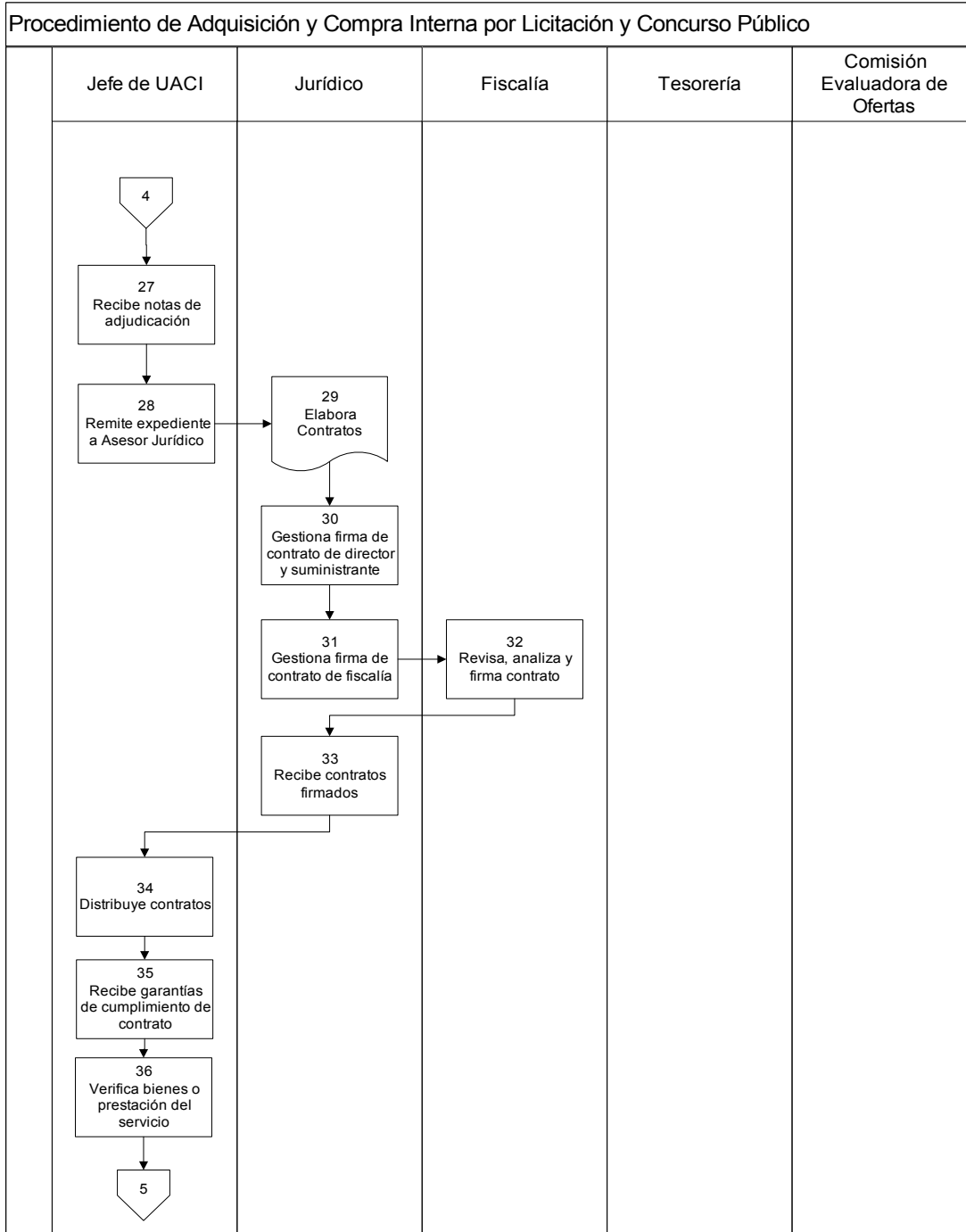
**PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y COMPRA INTERNA POR LICITACION Y/O CONCURSO PÚBLICO POR INVITACIÓN.**

Código:  
CP.7.4.1.01

**UACI  
GESTION DEL ABASTECIMIENTO**

**Versión:1.0**

Página 11 de  
14





**PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y COMPRA  
INTERNA POR LICITACIÓN Y/O CONCURSO  
PÚBLICO POR INVITACIÓN.**


Código:  
CP.7.4.1.01

**UACI  
GESTION DEL ABASTECIMIENTO**

**Versión:1.0**

Página 12 de  
14


Procedimiento de Adquisición y Compra Interna por Licitación y Concurso Público					
	Jefe de UACI	Unidad Solicitante	Director	Tesorería	Comisión Evaluadora de Ofertas
	<pre> graph TD     5[5] --&gt; 37[37 Elabora y revisa acta de recepción de bienes]     37 --&gt; 38[38 Anexa acta de recepción de bienes]     38 --&gt; 39[39 Devuelve garantías correspondientes]     39 --&gt; 40[40 Realiza folio final de expediente]     40 --&gt; FIN([FIN])           </pre>				

	<b>PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y COMPRA INTERNA POR LICITACIÓN Y/O CONCURSO PÚBLICO POR INVITACIÓN.</b>	<b>Código:</b> CP.7.4.1.01
	<b>UACI GESTION DEL ABASTECIMIENTO</b>	<b>Versión:1.0</b>
		Página 13 de 14

### ANEXO 1

#### REQUISITOS SOLICITADOS A PROVEEDORES/EVALUACIONES

Requisitos solicitados a Proveedores	Cumple	No Cumple
1. Indicar el tiempo de vigencia de la cotización (No menor de 60 días)		
2. Se solicita crédito por 60 días.		
3. Oferta firmada, sellada, nombre y cargo de la persona autorizada para ofertarnos (El sello de la oferta deberá coincidir con la Razón Social del NIT)		
4. Copia del NIT de la Empresa.		
5. Presentar Oferta con IVA incluido y precios unitarios aproximados a dos decimales.		
6. Especificar MARCA, ORIGEN, VENCIMIENTO Y/O GARANTIA (Según aplique).		
7. Presentar MUESTRA (indispensable), debidamente identificada con el nombre del oferente; dicha muestra deberá presentarla simultáneamente con la oferta.		
8. Detallar tiempo de entrega.		
9. Enviar cotización vía fax o en original a más tardar a las XX:XX A.M. del día XX XX XXXX XXXX.		
10. En caso de ser ganador y con la finalidad de efectuar el pago vía electrónica, es necesario que aperture una cuenta bancaria en el Banco Agrícola, S.A., a favor de la empresa o persona natural y enviarnos al Fax: 2529-8288 el número de cuenta, el nombre de la persona de contacto y confirmar de recibido al teléfono 2529-8286 de la Unidad Financiera.		

	<b>PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y COMPRA INTERNA POR LICITACIÓN Y/O CONCURSO PÚBLICO POR INVITACIÓN.</b>	Código: CP.7.4.1.01
	<b>UACI GESTION DEL ABASTECIMIENTO</b>	<b>Versión:1.0</b>
		Página 14 de 14

Características	Proveedor A	Proveedor B	Proveedor C
<b>Evaluación Financiera</b>			
Precio Unitario			
Descuento Comercial			
Transporte			
Precio Total			
Forma de Pago			
<b>Evaluación Técnica</b>			
Seguro			
Garantía de Funcionamiento			
Servicio Técnico			
Cumplimiento de Especificaciones establecidas			
<b>Evaluación de Antecedentes del Proveedor</b>			
Proveedor Vigente			
Antecedentes Legales			
Certificado por ISO 9001:2008			
Observaciones			
PROMEDIO			

**NOTA:** 0: No cumple 5: Cumple parcialmente 10: Cumple





<b>CÓDIGO :</b> CP.7.4.1.02	<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FECHA:</b> 31/03/13
-----------------------------	---------------------	------------------------

<b>PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN DIRECTA POR CALIFICADO POR URGENCIA</b>			
1 <b>Unidad Ejecutante:</b> Unidad de Adquisiciones y Compras Internas.			
2 <b>Objetivo:</b> Realizar contrataciones directa por calificado por urgencia que identifica la necesidad de bienes y la justificación respectiva de la misma.			
3 <b>Alcance:</b> Unidad de solicitante detecta la emergencia hasta entrega de contrato a ofertante y recepción de garantías de cumplimiento de contrato.			
4 <b>Definiciones:</b>			
4.1 LACAP: Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.			
5 <b>Requisitos Previos:</b>			
5.1 Solicitud de compra.			
6 <b>Criterios de aceptación:</b>			
6.1 Contrato de Compra.			
6.2 Recepción de Garantías.			
7 <b>Documentos internos de referencia:</b>			
<b>Código</b>	<b>Nombre</b>		
	Art. 39 LACAP.		
	Ley de la Corte de Cuentas de la República.		
	Ley de Suministros para el Ramo de la Salud Pública		
8 <b>Documentos externos:</b>			
<b>Nombre del documento externo</b>	<b>Fecha de expedición</b>	<b>Entidad que lo expide</b>	<b>Descripción</b>

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres

**9 Indicadores:**

Código	Nombre
	% Contrataciones directas por urgencia

**10 Registros:**


Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
CP.7.4.1.0 2					
Ejmp	Requisitos solicitados a proveedores.	Jefe de UACI	Físico/electrónico	UACI	3 años

**11 Recursos:**

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Especialista de Compra	Personal con formación específica
Papelería	Papel	Registro formalizados por la unidad de estadísticas


**12 Unidades de soporte**

Tipo de soporte	Área proveedora
Material fungible	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Sistemas de información	Unidad de informática


	<b>PROCEDIMIENTO CONTRATACION DIRECTA POR CALIFICADO POR URGENCIA</b>	Código:CP.7.4.1.02
	<b>UACI GESTION DEL ABASTECIMIENTO</b>	Versión:1.0
		Página 3 de 8

**Criterios a considerar:**

- No hay límites en los montos, procederá cuando el titular del hospital emita declaración de urgencia debidamente razonada y la someta al conocimiento del consejo de ministros.
- La decisión de declaratoria de urgencia debe consignarse mediante resolución razonada emitida por el titular de la institución.
- Las circunstancias que lo motiva solo pueden ser las siguientes:
- En situaciones en las que se hace necesaria la adquisición o contratación de obra, bienes o servicios cuya postergación o diferí mentó impusiere un grave riesgo al interés general.
- Cuando habiéndose, previa una licitación, el contrato se extinguiere por causas imputables al contratista.
- El director podrá o no nombrar comisión evaluadora de oferta.

	<b>PROCEDIMIENTO CONTRATACION DIRECTA POR CALIFICADO POR URGENCIA</b>	Código:CP.7.4.1.02
	<b>UACI GESTION DEL ABASTECIMIENTO</b>	Versión:1.0
		Página 4 de 8

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Unidad Solicitante	1	Detecta la emergencia, identifica necesidad de bienes, elabora solicitud de compra y la justificación respectiva.
Jefe de UACI	2	Recibe y verifica existencia de bienes en almacén, programación anual de contrataciones y adquisiciones (si procede) y consulta disponibilidad de fondos en Unidad Financiera Institucional (UFI)
Director	3	El Director analiza y consigna su decisión de calificar de urgente la necesidad mediante resolución razonada, y remite copia de la misma al señor ministro del ramo de salud a efecto de que la haga del conocimiento del consejo de ministros.
Director	4	El Director remite documentos a la UACI (solicitud de compras, justificación de la misma, declaratoria de calificación de urgencia y resolución razonada).
Jefe de UACI	5	Inicia con formación de expediente que contiene la información del proceso.
Jefe de UACI	6	Distribuye solicitud de cotización, indicado fecha límite de presentación de oferta.
Jefe de UACI	7	Recibe cotizaciones de ofertantes, elabora cuadro comparativo de oferta (si procede) y traslada junto con expediente a Director. Ver registro: Requisitos solicitados a proveedores/Evaluaciones.
Director	8	Revisa cotización o cuadro comparativo de ofertas, adjudica y traslada expediente a Jefe de UACI.

	<b>PROCEDIMIENTO CONTRATACION DIRECTA POR CALIFICADO POR URGENCIA</b>		Código:CP.7.4.1.02
	<b>UACI GESTION DEL ABASTECIMIENTO</b>		Versión:1.0
			Página 5 de 8

Jefe de UACI	9	Recibe expediente y comunica sobre adjudicación a la UFI para reserva o provisión de fondos
Jefe de UACI	10	Comunica a ofertante adjudicatorio, elabora Orden de Compra o contrato y tramita firma de Director y suministrante.
Jefe de UACI	11	Recibe contrato y obtiene firma de persona designada en Orden de Inicio de Obra (si procede).
Jefe de UACI	12	Entrega contrato, el cual incluye condiciones y especificaciones técnicas de bienes, servicios u obra y Orden de Inicio de Obra (si procede) a ofertante Adjudicatorio.
Jefe de UACI	13	Recibe garantías de cumplimiento de contrato (si son requeridas) y las incorpora al expediente.
Jefe de UACI	14	Verifica bienes, prestación de servicios, obra o avance de la misma con persona designada y comprueba cumplimiento de condiciones y especificaciones técnicas contenidas en contrato.
Jefe de UACI	15	Elabora y revisa acta de recepción de bienes, servicios, obra o avance de la misma y obtiene firma de ofertante adjudicatorio en acta.
Jefe de UACI	16	Anexa acta de recepción de bienes, servicios, obra o avance de la misma al expediente y distribuye copia.
Jefe de UACI	17	Devuelve garantías correspondientes, con su respectivo finiquito, una vez concluido el contrato.
Jefe de UACI	18	Realiza foliado al final del expediente y pasa a archivo



**PROCEDIMIENTO CONTRATACION DIRECTA  
POR CALIFICADO POR URGENCIA**

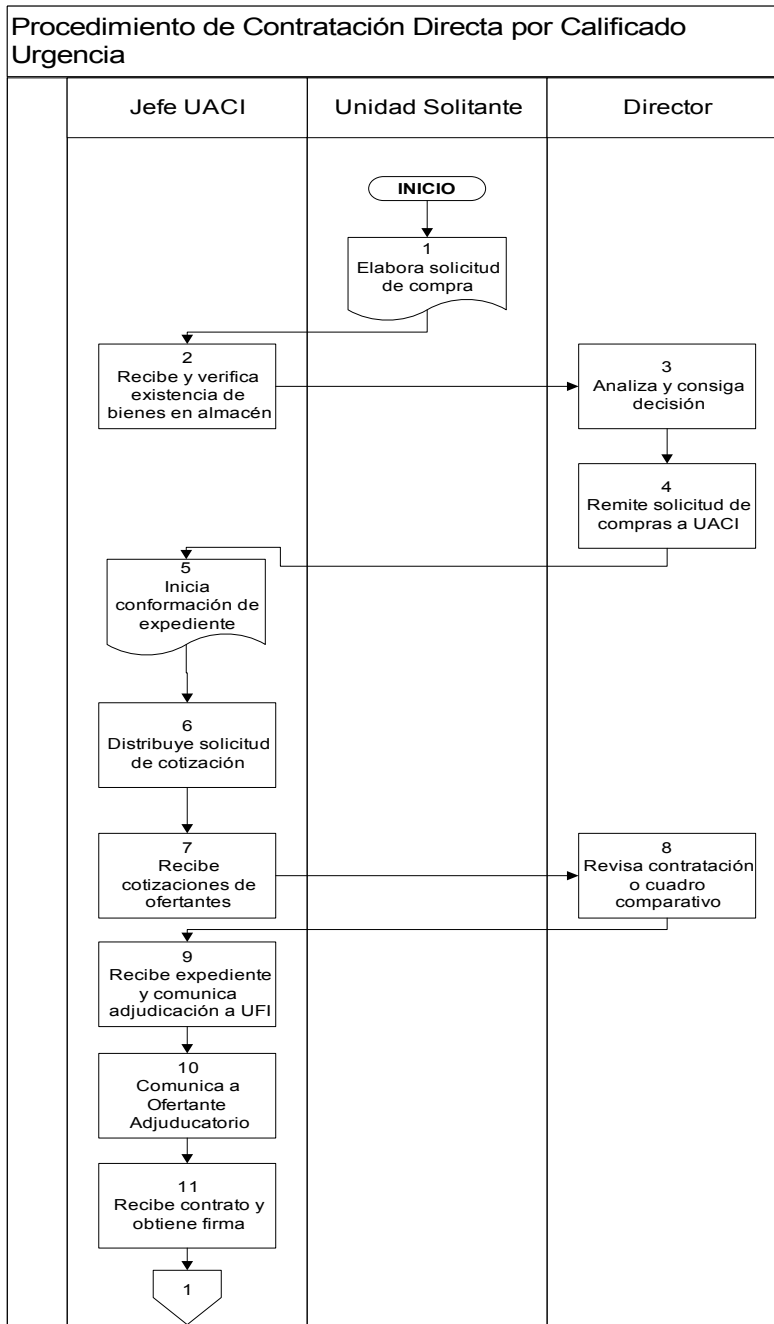
Código:CP.7.4.1.02

**UACI  
GESTION DEL ABASTECIMIENTO**

Versión:1.0

Página 6 de 8

**DIAGRAMA DE FLUJO**





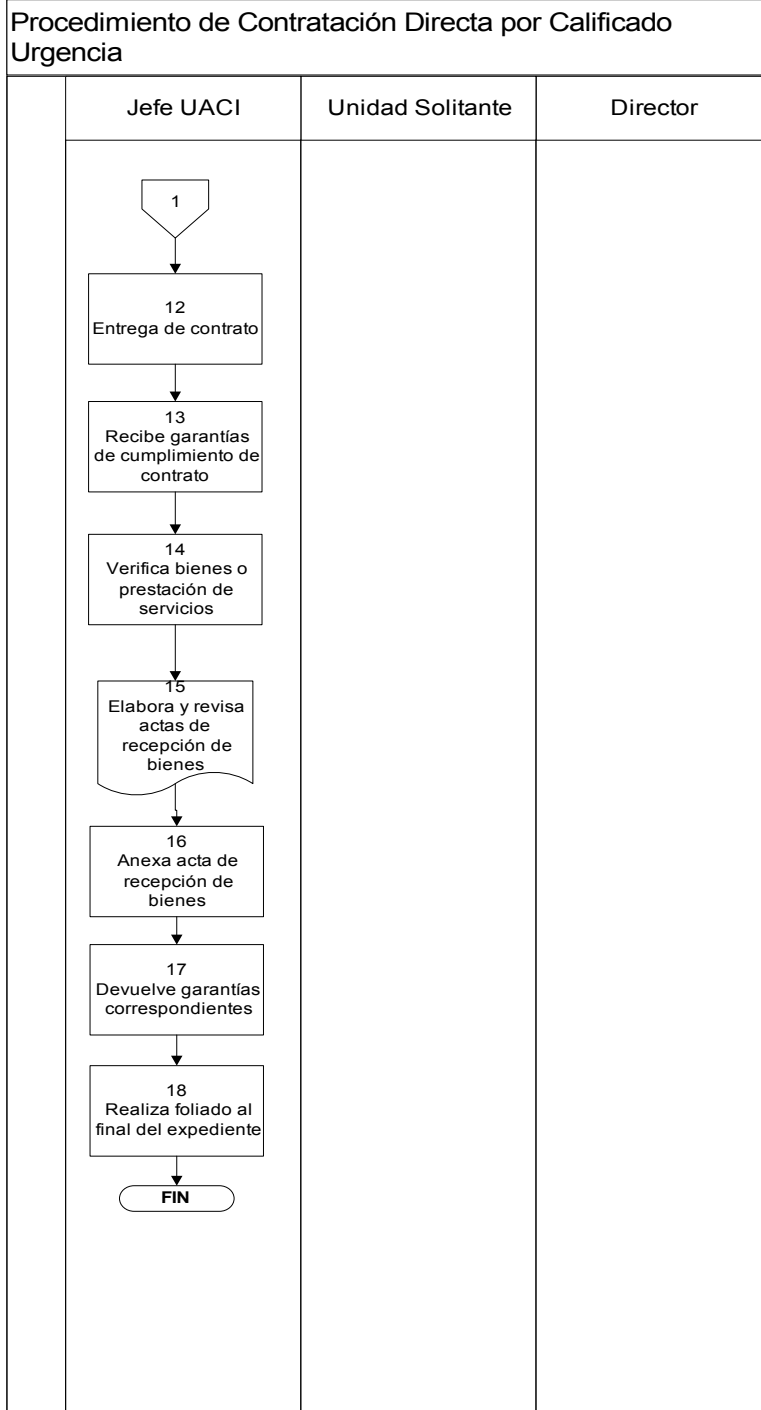
**PROCEDIMIENTO CONTRATACION DIRECTA  
POR CALIFICADO POR URGENCIA**

Código:CP.7.4.1.02

**UACI  
GESTION DEL ABASTECIMIENTO**

Versión:1.0

Página 7 de 8





**CÓDIGO :** CP.7.4.1.03

**VERSIÓN:** 1.0

**FECHA:**31/03/13

**PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y COMPRA INTERNA POR LIBRE GESTIÓN**

- 1 **Unidad Ejecutante:** Unidad de Adquisiciones y Compras Internas.
- 2 **Objetivo:** Realizar compras de libre gestión cuando el valor del bien o servicio a adquirir sea igual o menor al 10% máximo ofrecido por esta forma de contratación.
- 3 **Alcance:** Unidad de UACI recibe solicitud de compra debidamente autorizada hasta distribuir orden de compra y verificación del cumplimiento de las entregas.
- 4 **Definiciones:**
  - 4.1 LACAP: Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Solicitud de compra debidamente autorizada por Unidad Financiera.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Distribución de orden de compra y seguimiento-verificación del cumplimiento de las entregas.
  - 6.2 Orden de compra.
- 7 **Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Art. 39 LACAP.
	Ley de la Corte de Cuentas de la República.
	Ley de Suministros para el Ramo de la Salud Pública

- 8 **Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción

- 9 **Indicadores:**

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres



<b>Código</b>	<b>Nombre</b>
	% de compras efectuadas dentro del tiempo programado

#### 10 Registros:


<b>Código</b> CP.7.4.1.0 3	<b>Nombre</b>	<b>Almacenamiento</b>			<b>Tiempo de retención</b>
		<b>Responsable</b>	<b>Forma</b>	<b>Lugar</b>	
	Solicitud de Compra debidamente Autorizada.	Jefe UACI	Físico/electrónico.	UACI	Temporal
	Orden de Compra.	Jefe UACI/Técnico UACI	Físico/electrónico	UACI	Temporal
	Requisitos solicitados a proveedores/evaluaciones.	Jefe UACI/Técnico UACI	Físico/electrónico	UACI	Temporal

#### 11 Recursos:

<b>Tipo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Características generales. requisitos</b>
Personal	Especialista de Compra	Personal con formación específica
Papelería	Papel	Registro formalizados por la unidad de estadísticas

#### 12 Unidades de soporte

<b>Tipo de soporte</b>	<b>Área proveedora</b>
Material	Almacén
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Sistemas de información	Unidad de informática


	<b>GESTION DEL ABASTECIMIENTO</b>	Código:CP.7.4.1.03
	<b>PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y COMPRA INTERNA POR LIBRE GESTIÓN</b>	<b>Versión: 1.0</b>
		Página 3 de 8

**Criterios a considerar:**

- Sujeto a verificación de los salarios mínimos urbanos.
- El salario mínimo actual es \$224.21/ mes, por lo que la Libre Gestión será por montos inferiores a 80 salarios mínimos urbanos (\$17,936.80)
- EL titular o la persona que designe podrá asesorarse de la comisión evaluadora de ofertas, cuando lo considere necesario para la respectiva adjudicación.

**13 Descripción**

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Jefe de UACI	1	Recibe y revisa solicitud de compra debidamente autorizada, con monto aproximado y certificación de fondos, verifica asignación presupuestaria. Ver Registro solicitud de compra debidamente autorizada.
Jefe de UACI	2	Verifica existencias de bienes en el almacén, programación de contrataciones y adquisiciones, y solicita especificaciones técnicas a jefe de unidad solicitante.
Jefe de UACI- Unidad Solicitante	3	Depuran especificaciones técnicas y otra información de la solicitud de compra.
Jefe de UACI	4	Inicia conformación de expediente, que contiene la información del proceso.
Jefe de UACI	5	A) Si la adquisición o ejecución de la obra no excede al equivalente de 10 salarios mínimos, selecciona a ofertantes que cumplan requisitos. B) Si la adquisición o ejecución de la obra, es mayor al equivalente de 10 salarios mínimos e inferior a 80, selecciona como mínimo 3 ofertantes que cumplan requisitos. C) Si la adquisición o ejecución de la obra se tratará de ofertante único o marcas específicas selecciona ofertante que cumpla requisito.
Jefe de UACI	6	Elabora solicitud de cotización

	<b>GESTION DEL ABASTECIMIENTO</b>	Código:CP.7.4.1.03
	<b>PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y COMPRA INTERNA POR LIBRE GESTIÓN</b>	<b>Versión: 1.0</b>
		Página 4 de 8

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Jefe de UACI	7	Selecciona los posibles oferentes
Jefe de UACI	8	Elabora listado de posibles oferentes.
Jefe de UACI	9	Distribuye solicitud de cotización indicando fecha límite para la presentación de ofertas.
Jefe de UACI	10	Recibe cotizaciones
Jefe de UACI	11	Elabora cuadro de análisis de ofertas. Debe tener como mínimo tres (3) ofertas para realizar comparación de calidad y precios. Ver registro Requisitos solicitados a Proveedores.
Jefe de UACI	12	Revisa cuadros de análisis y lo remite al director o a la persona que este designe.
Director o Persona Asignada	13	Recibe cuadros de análisis, revisa, analiza y adjudica oferta con su respectivo razonamiento y remite a la UACI.
Jefe de UACI	14	Elabora orden de compra (Registro de orden de compra).
Jefe de UACI	15	Tramita firma de la orden de compra con la dirección, administración y suministrante.
Jefe de UACI	16	Distribuye orden de compra y pasa el documento para el seguimiento y verificación del cumplimiento en las entregas.



**GESTION DEL ABASTECIMIENTO**

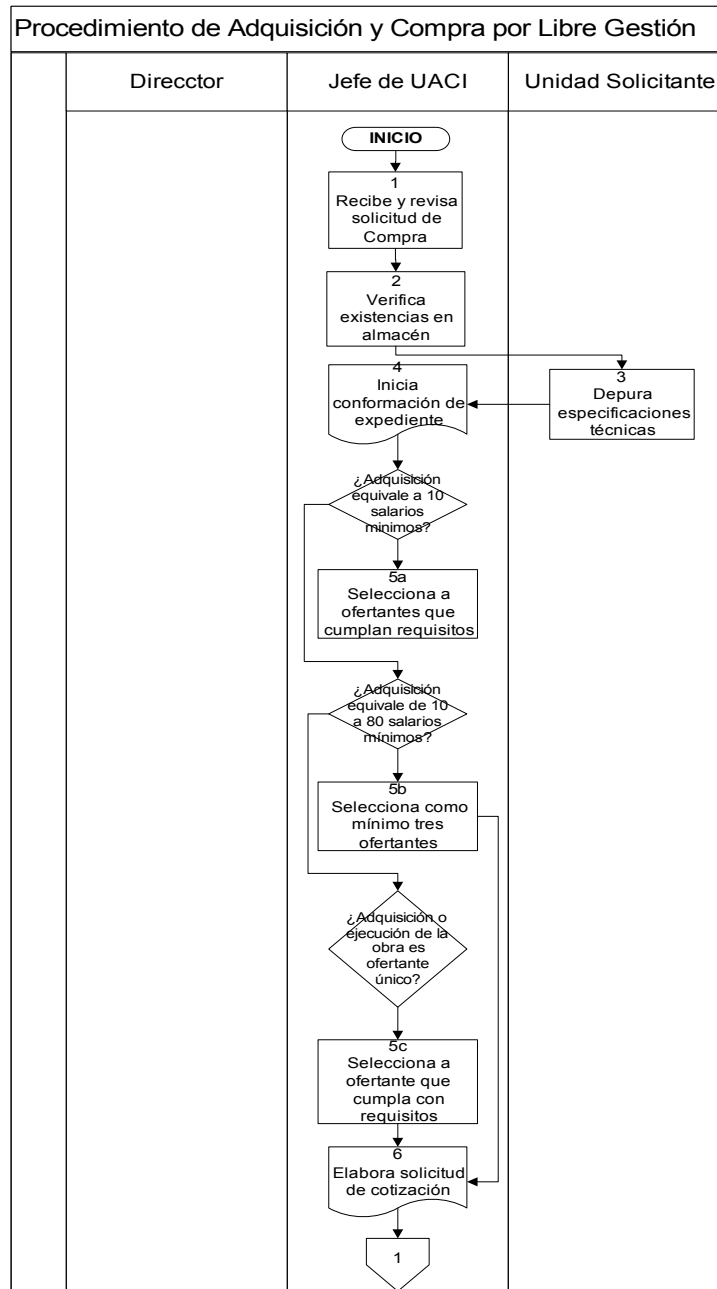
Código:CP.7.4.1.03

**PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y COMPRA INTERNA POR LIBRE GESTIÓN**

**Versión: 1.0**

Página 5 de 8

**14 DIAGRAMA DE FLUJO**





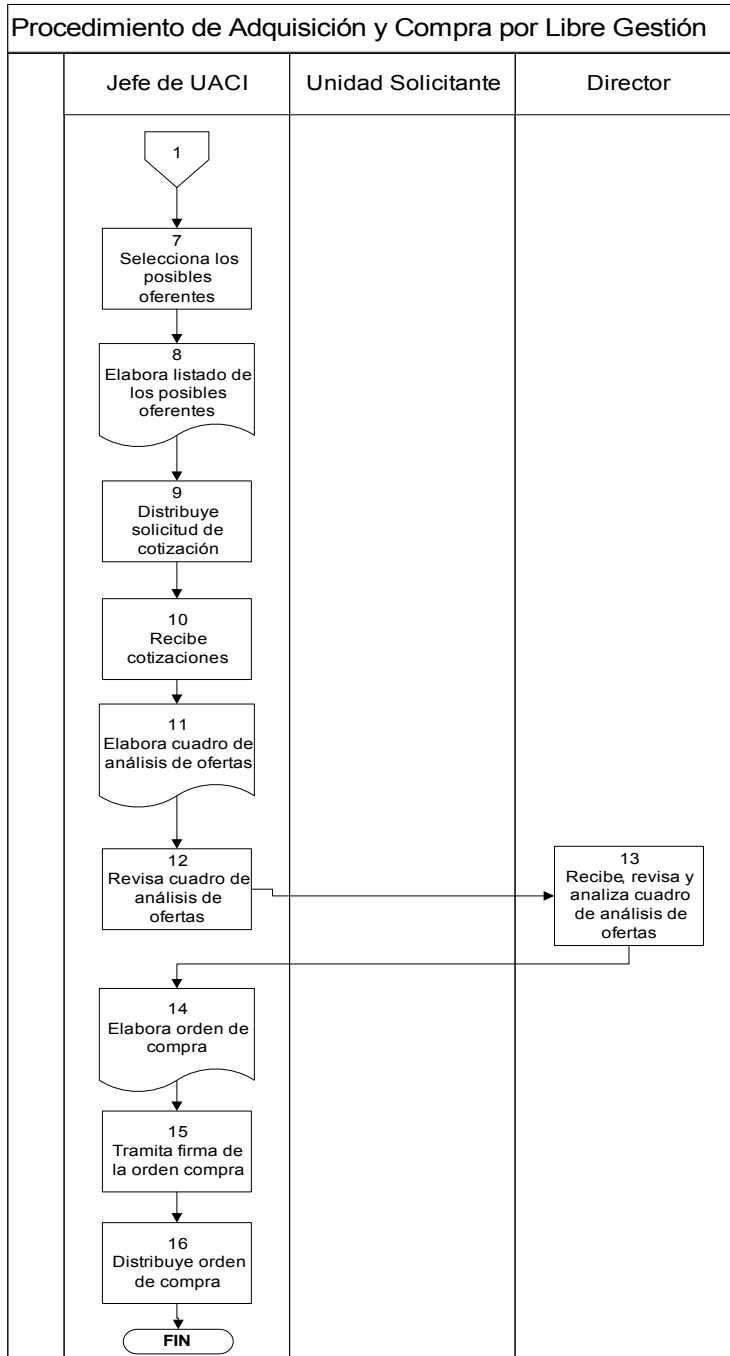
**GESTION DEL ABASTECIMIENTO**


Código:CP.7.4.1.03

**PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y COMPRA INTERNA POR LIBRE GESTIÓN**

**Versión: 1.0**


Página 6 de 8



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>REGISTRO DE REQUISITOS          SOLICITADOS A LOS PROVEEDORES          (FORMATO)</b>		
Código: FO.7.4.1.01	Versión: <b>1.0</b>	Fecha de emisión: <b>31/03/2013</b>	Página: 1 de 2

### REGISTRO DE REQUISITOS SOLICITADOS A PROVEEDORES/EVALUACIONES

Requisitos solicitados a Proveedores	Cumple	No Cumple
1. Indicar el tiempo de vigencia de la cotización (No menor de 60 días)		
2. Se solicita crédito por 60 días.		
3. Oferta firmada, sellada, nombre y cargo de la persona autorizada para ofertarnos (El sello de la oferta deberá coincidir con la Razón Social del NIT)		
4. Copia del NIT de la Empresa.		
5. Presentar Oferta con IVA incluido y precios unitarios aproximados a dos decimales.		
6. Especificar MARCA, ORIGEN, VENCIMIENTO Y/O GARANTIA (Según aplique).		
7. Presentar <b>MUESTRA</b> (indispensable), debidamente identificada con el nombre del oferente; dicha muestra deberá presentarla simultáneamente con la oferta.		
8. Detallar tiempo de entrega.		
<b>9. Enviar cotización vía fax o en original a más tardar a las XX:XX A.M. del día XX XX XXXX XXXX.</b>		
10. En caso de ser ganador y con la finalidad de efectuar el pago vía electrónica, es necesario que aperture una cuenta bancaria en el Banco Agrícola, S.A., a favor de la empresa o persona natural y enviarnos al Fax: 2529-8288 el número de cuenta, el nombre de la persona de contacto y confirmar de recibido al teléfono 2529-8286 de la Unidad Financiera.		

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>REGISTRO DE REQUISITOS          SOLICITADOS A LOS PROVEEDORES          (FORMATO)</b>		
Código: FO.7.4.1.01	Versión: 1.0	Fecha de emisión: 31/03/2013	Página: 2 de 2


Características	Proveedor A	Proveedor B	Proveedor C
<b>Evaluación Financiera</b>			
Precio Unitario			
Descuento Comercial			
Transporte			
Precio Total			
Forma de Pago			
<b>Evaluación Técnica</b>			
Seguro			
Garantía de Funcionamiento			
Servicio Técnico			
Cumplimiento de Especificaciones establecidas			
<b>Evaluación de Antecedentes del Proveedor</b>			
Proveedor Vigente			
Antecedentes Legales			
Certificado por ISO 9001:2008			
Observaciones			
PROMEDIO			

**NOTA:**

**0: No cumple**

**5: Cumple parcialmente**

**10: Cumple**

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>REGISTRO SOLICITUD DE COMPRA          DEBIDAMENTE AUTORIZADA          (FORMATO)</b>	
Código: FO.7.4.1.02	Versión: 1.0	Fecha de emisión: 31/03/2013	Página: 1 de 4

**REGISTRO SOLICITUD DE COMPRA DEBIDAMENTE AUTORIZADA**

**HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO  
 DE MATERNIDAD**

**FAVOR COTIZAR A NOMBRE DEL HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
 MATERNIDAD  
 AL FAX: 2529-8287 Ó AL 2281-1366  
 CUALQUIER CONSULTA REALIZARLA AL TEL. 2529-8200 EXT. 2482.**

CODIGO	DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	CANTIDAD	U/M
080820076	FRAZADA.	100	C/U

**I - ESPECIFICACIONES TECNICAS PARA LA CONFECCION DE LA ROPA HOSPITALARIA SOLICITADA.**

La ropa hospitalaria objeto de la presente solicitud de compra, será constantemente sometida a procesos de lavado en lavadoras de tipo industrial y con altas temperaturas durante sus ciclos normales de lavado.

Como parte de la evaluación de las ofertas, El Hospital Nacional Especializado de Maternidad, a través de la jefatura de la Sección de Lavandería, efectuará una prueba de lavado y secado en las instalaciones de la lavandería hospitalaria, de las muestras que se presenten. Se evaluará la parte técnica en base al diseño y acabado de las muestras presentadas, al desgaste observado en ellas y a las medidas que resulten, posteriores a la prueba de lavado.

Las especificaciones y características requeridas en las prendas se detallan a continuación:

**1. FRAZADA (Código: 080820076)**


**CARACTERISTICAS:**

**Elaborado en:** 100% algodón, que resista procesos de lavado y secado a vapor.

**Medidas:** Proporcional a cama individual. Con ruedo en las cuatro orillas. Presentar muestrario de colores.

**Logotipo:** Estampado en la parte central de la prenda, con medidas de 40cm. de ancho por 45cm. de alto en ambas caras; y un logo en cada esquina, con medidas de



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO SOLICITUD DE COMPRA DEBIDAMENTE AUTORIZADA (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.7.4.1.02</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 2 de 4</p>


15 cm. de ancho por 20 cm. de alto, en ambas caras. Año **2012** estampado abajo del logo. Tamaño: 8 cm. de alto por 15 cm. de ancho. Sólo logo central.

## II - REQUISITOS OBLIGATORIOS PARA SER CONSIDERADO EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN:

- El ofertante deberá presentar muestra de la ropa ofertada, el día de la recepción de las ofertas, en la UACI. La oferta escrita deberá coincidir estrictamente con las muestra física presentada (medidas, descripción y tela).
- La muestra deberá estar identificada, estampando el número de renglón, el número solicitud de cotización y el nombre de la empresa ofertante, con un material que resista lavado y secado a vapor (puede utilizarse plumón permanente ó pintura de aceite), con el fin de que éstos datos permanezcan visibles hasta el final del proceso de prueba.
- De no presentar muestra o que ésta no cumpla con los requisitos solicitados y/o no cumpla con las demás especificaciones solicitadas, quedará fuera del proceso de evaluación, aún cuando éste Hospital ya haya adquirido éstas prendas con anterioridad en igual presentación.
- La figura requerida como logotipo es la siguiente:



- El color, la ubicación y la medida requeridos para el logo, se detalla en la descripción del renglón.
- El logotipo deberá ser plasmado utilizando material que resista lavado y secado a vapor, sin

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>REGISTRO SOLICITUD DE COMPRA          DEBIDAMENTE AUTORIZADA          (FORMATO)</b>	
Código: FO.7.4.1.02	Versión: 1.0	Fecha de emisión: 31/03/2013	Página: 3 de 4

perder su presentación original y sin dañar o quemar la prenda.

- Posterior a la adjudicación, las prendas serán recibidas en base a las medidas y características de la muestra presentada con la oferta.

### III - DOCUMENTACION DE CARÁCTER OBLIGATORIO


La documentación que se solicita a continuación es de **CARÁCTER OBLIGATORIO**. En caso de no presentarla, no se considerará la evaluación de la oferta.

- Carta Compromiso firmada por el Representante Legal del ofertante, fechada y sellada, en la que ofrezca un período de garantía no menor a un año, a partir del inicio de uso de las prendas.
- Carta Compromiso firmada por el Representante Legal del ofertante, fechada y sellada, en la que se compromete a cambiar o sustituir las prendas que resultaren defectuosas durante el período de garantía; en un plazo no mayor de 30 días calendario después de la comunicación por escrito que haga el Hospital Nacional Especializado de Maternidad a través del Administrador de la Orden de Compra.

### IV – PLAZO DE ENTREGA

No. DE RENGLON	CANTIDAD TOTAL A COMPRAR	NOMBRE DE LA PRENDA	CANTIDAD A ENTREGAR	FECHA DE ENTREGA
1	100	Frazada	100	8 de Agosto de 2012

Tomando como base la disponibilidad financiera que posea el Hospital y al comportamiento de los precios ofertados, este Hospital se reserva el derecho de adjudicar total o parcialmente la oferta.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO SOLICITUD DE COMPRA DEBIDAMENTE AUTORIZADA (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.7.4.1.02</p>	<p>Versión: <b>1.0</b></p>	<p>Fecha de emisión: <b>31/03/2013</b></p>	<p>Página: 4 de 4</p>

**POR FAVOR ENVIAR COTIZACIÓN CON LOS SIGUIENTES DETALLES:**

1. Indicar el tiempo de vigencia de la cotización (No menor de 60 días)
2. Se solicita crédito por 60 días.
3. Oferta firmada, sellada, nombre y cargo de la persona autorizada para ofertarnos (El sello de la oferta deberá coincidir con la Razón Social del NIT)
4. Copia del NIT de la Empresa.
5. Presentar Oferta con IVA incluido y precios unitarios aproximados a dos decimales.
6. Especificar MARCA, ORIGEN, VENCIMIENTO Y/O GARANTIA (Según aplique).
7. Presentar **MUESTRA** (indispensable), debidamente identificada con el nombre del oferente; dicha muestra deberá presentarla simultáneamente con la oferta.
8. Detallar tiempo de entrega.
9. Enviar cotización vía fax o en original a más tardar a las **10:00 A.M. del día 02 DE JULIO 2012.**
10. En caso de ser ganador y con la finalidad de efectuar el pago vía electrónica, es necesario que aperture una cuenta bancaria en el Banco Agrícola, S.A., a favor de la empresa o persona natural y enviarnos al Fax: 2529-8288 el número de cuenta, el nombre de la persona de contacto y confirmar de recibido al teléfono 2529-8286 de la Unidad Financiera.

“En virtud que el Hospital Nacional Especializado de Maternidad, ha sido clasificado como agente de retención del impuesto a la transferencia de bienes muebles y a la prestación de servicios; se procederá a efectuar la correspondiente retención en concepto de anticipo de dicho impuesto, equivalente al uno por ciento sobre el precio de los bienes a adquirir en las cantidades iguales o mayores a cien 00/100 dólares (\$100.00); según el artículo n°. 162 del código tributario”.

**SAN SALVADOR, 22 DE JUNIO DE 2012.**

**TECNICO UACI**

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN



**REGISTRO DE ORDEN DE COMPRA  
(FORMATO)**

Código: FO.7.4.1.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 1 de 1

Ordenes de compra

Page 1 of 1

Imprimir  
Imprimir para LAIP

ESTE DOCUMENTO  
FUE DISTRIBUIDO  
EL DIA: 31 JUL 2012

		GOBIERNO DE EL SALVADOR		
Hospital Nacional Rosales		UNIDAD DE ADQUISICIONES		
LWCI del Hospital Rosales		Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL		PREVISION NO.54138
<b>ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS</b>				
Lugar y Fecha:		San Salvador 31 de Julio del 2012		No Orden: 0221/2012
RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE				NIT
Drogueria Masters, S.A. de C.V.				06140407951016
CANTIDAD	UNIDAD DE	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
	MEDIDA		UNITARIO	TOTAL
-	-	LINIA 5282 Atención Hospitalaria - NO HAY EN EXISTENCIA	-	-
1000	Cada Uno	COORD. 0-13-0000, MORFINA SULFATO 10 MG/ML, SOLUCION INYECTABLE I.M. I.V. AMPOLLA 1ML, PROTEGIDO DE LA LUZ. OFRECIMOS: MORFINA SULFATO 10MG/ML, SOLUCION INYECTABLE I.M.-I.V. AMPOLLA 1ML, PRESENTACION CAJA X 10 AMPOLLAS, MARCA: MARTINDALE PHARMACEUTICALS, ORIGEN INGLATERRA, VENCIMIENTO: 02/2014	\$1.40	\$1,400.00
Viene... OBSERVACION: DROGUERIA MASTER, CUENTA CON LA ENTREGA INMEDIATA DE LA CANTIDAD COTIZADA ASI COMO LAS MUESTRAS A PRESENTAR PARA LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD, PERO POR NO SER FABRICANTES NO PODEMOS CUMPLIR CON EL ASPECTO DE ENTREGA MEDIANTE EL SERVICIO DE				

Salvador por internet

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN



**PLAN DE COMPRAS  
(FORMATO)**

Código: FO.7.4.1.04

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 1 de 3

HOSPITAL  
NACIONAL  
DE  
MATERNIDAD



**PLAN DE COMPRAS Y CONSUMOS**

**GASTOS GENERALES**

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL ELEMENTO	UNIDAD DE MEDIDA	CONSUMO PROMEDIO MENSUAL	CANTIDAD PARA 12 MESES SIN INCREMENTO (CANT.1)	EXISTENCIAS PERADAS A 31 DIC/12	CANTIDAD A COMPRAR PARA LA VIGENCIA 2013	PRECIO UNIT. SIN IVA 2013	IVA	PRECIO UNIT.	VALOR TOTAL VIGENCIA (CANT. 1)	RUBRO PRESUPUESTAL EJEC. GASTO
<b>TOTALES</b>	-	-	-	-	-	\$ 0		\$ 0	\$ 0	

**FIRMA GERENTE**

HOSPITAL NACIONAL





**PLAN DE COMPRAS  
(FORMATO)**

Código: FO.7.4.1.04

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 2 de 3


DE MATERNIDAD

**PLAN DE COMPRAS Y CONSUMOS**

**MEDICAMENTOS**

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL ELEMENTO	UNIDAD DE MEDIDA	CONSUMO PROMEDIO MENSUAL	CANTIDAD PARA 12 MESES SIN INCREMENTO (CANT.1)	EXISTENCIAS ESP ERADAS A 31 DIC/12	CANTIDAD A COMPRAR PARA LA VIGENCIA 2013	PRE CIO UNIT . SIN IVA 2013	IV A	PRE CIO UNIT.	VALO R TOTA L VIGEN CIA (CANT .1)	RUBRO PRESUPU ESTAL EJEC. GASTO
<b>TOTALES</b>		-	-	-	-	\$ 0		\$ 0	\$ 0	

FIRMA GERENTE  
NOMBRE GERENTE

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>PLAN DE COMPRAS (FORMATO)</b>		
Código: FO.7.4.1.04	Versión: 1.0	Fecha de emisión: 31/03/2013	Página: 3 de 3	

### PLAN DE COMPRAS Y CONSUMOS

HOSPITAL  
NACIONAL DE  
MATERNIDAD



### MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO E INSUMOS SALUD PÚBLICA

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL ELEMENTO	UNIDAD DE MEDIDA	CONSUMO PROMEDIO MENSUAL	CANTIDAD PARA 12 MESES SIN INCREMENTO (CANT.1)	EXISTENCIAS ESPERADAS A 31 DIC/11	CANTIDAD A COMPRAR PARA LA VIGENCIA 2012	PRECIO UNIT. SIN IVA 2011	IVA	PRECIO UNIT.	VALOR TOTAL VIGENCIA (CANT.1)	RUBRO PRESUPUESTAL EJEC. GASTO
<b>TOTALES</b>		-	-	-	-	\$ 0		\$ 0	\$ 0	

FIRMA GERENTE



**CÓDIGO :** CP.7.4.3.01

**VERSIÓN:** 1.0

**FECHA:**31/03/13

**PROCEDIMIENTO PARA LA INSPECCION Y RECEPCION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS**

- 1 **Unidad Administrativa:** Unidad de Adquisiciones y Compras Internas.
- 2 **Objetivo:** Supervisar la recepción de los medicamentos e insumos solicitados a los proveedores.
- 3 **Alcance:** desde la recepción, inspección hasta la aceptación de recibido.
- 4 **Definiciones:**
  - 5.1
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Orden de Compra Aprobada
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Suministros médicos no vengam derramados, los números de lotes sean iguales a los detallados en la factura, el precio unitario y total estén acordes a lo pactado en el contrato.
  - 6.2 Insumos que cumplan con los requisitos establecidos en la orden de compra.
- 7 **Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	LACAP
	Ley de Suministros para el Ramo de la Salud Pública.

- 8 **Documentos externos:**

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres



Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción

### 9 Indicadores:

Cod-Nombre	Responsable
	% de Productos aceptados

### 10 Registros:


Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
CP.7.4.3.01	Acta de recepción entrega	Especialista de Compra	Físico/electrónico	Unidad a la que pertenece el especialista de compra.	3 años

### 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Especialista de Compra	Personal con formación específica
Papelería	Papel	Registro formalizados por la unidad de estadísticas

### 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Almacén	Unidad de Almacén
Sistemas de información	Unidad de informática

	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA INSPECCION Y RECEPCION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS</b>	Código:CP.7.4.3.01
	<b>UACI GESTION DEL ABASTECIMIENTO</b>	Versión:1.0
		Página 3 de 5

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Especialista de Compra	1	Recibir copia de la orden de compra aprobada.
Especialista de Compra	2	A la llegada de la mercancía localizar en el archivo la orden de compra y verificar la orden de compra contra la remisión o factura.
Especialista de Compra	3	Verificar que el material cumpla con las especificaciones de la orden de compra.
Especialista de Compra	4	¿Cumple las especificaciones de compra?
Especialista de Compra	5	Firmas y sellar de recibido la documentación del Proveedor.
Especialista de Compra	6	Elaborar el acta de recepción general de recepción de mercancía en original y dos copias. Conservar el original y enviar copia al director de la UACI y copia al asistente de inventario y facturación. (Ver anexo 1).
Especialista de Compra		Archivar el acta de recepción.



**PROCEDIMIENTO PARA LA INSPECCION Y RECEPCION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS**

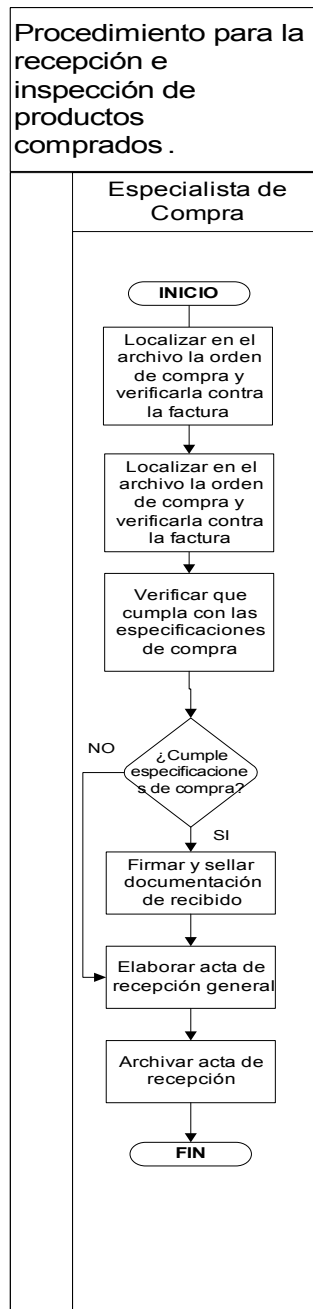
Código:CP.7.4.3.01

**UACI  
GESTION DEL ABASTECIMIENTO**

Versión:1.0

Página 4 de 5

**14 DIAGRAMA DE FLUJO**



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE PRODUCTOS E INSUMOS (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.7.4.3.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 1 de 1</p>

### ACTA DE RECEPCION-ENTREGA DE PRODUCTOS E INSUMOS

Siendo las \_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_, estando reunidos en el Hospital Nacional de Maternidad, Lic. \_\_\_\_\_, designado como el especialista de compra. Se procedió al levantamiento de la Presente Acta de Entrega-Recepción de los siguientes bienes:

- 
- 
- 

Con orden de compra #


En un dado caso particular los bienes no cumplan con las especificaciones se hará mediante esta acta en la que debe de incluir los registros correspondientes de la misma; dando a conocer la denegación de los medicamentos o insumos requeridos así como las causas.

Se cierra la presente acta a las \_\_\_\_ horas del día de la fecha \_\_\_\_.

ENTREGA

RECIBE

Firma y sello.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>GUÍA PARA GESTIÓN DE INDICADORES</h2>		
<p>Código: GI.7.5.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 1 de 6</p>

## *GUÍA PARA GESTIÓN DE INDICADORES*

### 1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos generales para el establecimiento, revisión, análisis y evaluación de los indicadores adecuados en el Hospital, teniendo en cuenta que son relevantes para establecer diferentes comportamientos y tendencias y considerándolos como una herramienta importante para la evaluación y la toma de decisiones, por parte de la Alta Dirección de la Entidad.

### 2. ALCANCE

Este procedimiento será llevado a cabo por todas las áreas y servicios del Hospital de Maternidad, en cada nivel de decisión (Estratégico, táctico y Operativo), monitoreando los factores claves de éxito establecidos para cada uno de los tipos de Indicadores, midiendo lo resultados de Eficiencia, eficacia e impacto., alcanzado dentro del desarrollo de sus actividades programadas tanto en los Procesos misionales, estratégicos y de apoyo, así como también en los Planes Anuales Operativos– PAOs


### 3. DEFINICIONES

**ANÁLISIS DE DATOS:** Es determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede mejorar continuamente.

**INDICADOR:** Es un signo, señal o valor concreto que permite, entre otras cosas, establecer diferencias, comportamientos y tendencias, su medición puede ser cuantitativa o cualitativa y en un periodo determinado de tiempo.

**NOMBRE DEL INDICADOR:** Denominación con la cual se va a conocer la expresión cuantitativa de las variables o atributos del proceso.

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>GUÍA PARA GESTIÓN DE INDICADORES</h2>		
<p><b>Código: GI.7.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 1.0</p>	<p><b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013</p>	<p><b>Página: 2 de 6</b></p>

**UNIDAD DE MEDIDA:** Expresión del resultado de una medición. Nombre del patrón que permita identificar la medición del indicador.

**PROCESO:** Conjunto de procedimientos relacionados mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

**PRODUCTO O SERVICIO:** Resultado de un proceso o un conjunto de procesos.

**EFICIENCIA:** Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados. Hace referencia a la utilización racional de los recursos disponibles a un mínimo costo para obtener el máximo resultado en igualdad de condiciones de calidad y oportunidad

**EFICACIA:** Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados. Hace referencia a la medición del grado en que la Entidad realiza su misión, con base en el análisis de los resultados obtenidos frente a objetivos y metas

**EFFECTIVIDAD:** Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles. Hace referencia al Impacto logrado por la implementación del proceso o proyecto.

**OBJETIVOS DEL INDICADOR:** Descripción del logro que se pretende alcanzar con el establecimiento del indicador. La redacción debe iniciar con un verbo.


**PERTINENCIA DEL INDICADOR:** Descripción de la importancia del establecimiento y análisis del indicador.

**VARIABLES DEL INDICADOR:** Descripción de los elementos que componen la fórmula de cálculo del indicador

**FORMULA DE CÁLCULO:** Representación en términos de una fórmula matemática de la asociación de variables para obtener la medición del indicador.

**FUENTE DE LA INFORMACIÓN:** Identificación de los registros físicos y/o magnéticos, en los cuales se encuentran los datos correspondientes a las variables definidas. Las fuentes que aquí se relacionen deben estar en concordancia con las relacionadas en la caracterización del proceso y/o procedimientos. Adicionalmente se describen de los pasos a seguir para obtener los datos para el cálculo del indicador.

**LÍNEA BASE:** Valor del indicador a la definición del mismo ó a la trazabilidad de su comportamiento

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>GUÍA PARA GESTIÓN DE INDICADORES</b></p>		
<p><b>Código: GI.7.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 3 de 6</b></p>

**META:** Valor esperado para dar cumplimiento al objetivo. La meta se debe establecer teniendo en cuenta la capacidad del proceso, la experiencia con relación al comportamiento del proceso y datos de medición existentes

**ALTO:** Cumplimiento del 100% de acuerdo a lo establecido en la meta.

**MEDIO:** Cumplimiento del 90% hasta el 99.% de acuerdo a lo establecido en la meta.

**BAJO:** Cumplimiento menor al 90% de acuerdo a lo establecido en la meta.

**FRECUENCIA DE MEDICIÓN:** Periodicidad con la cual se mide el indicador.

**FRECUENCIA DE ANÁLISIS Y REPORTE:** Periodicidad con la cual se analiza y reporta el indicador

**RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN:** Nombre del perfil encargado de realizar la medición

**RESPONSABLE DEL ANÁLISIS Y REPORTE:** Nombre del perfil encargado de realizar el análisis y reporte del comportamiento de las mediciones


**SOPORTE NORMATIVO Y/O PROCEDIMENTAL:** Identificación y/o relación de las normas y/o procedimientos que soportan la necesidad de establecer el indicador.

**PUBLICACIÓN DEL INDICADOR:** Nombre de los documentos (informes, formatos, sistemas), en los cuales estarán disponibles los resultados de la medición.

**RESTRICCIONES:** Describir los posibles inconvenientes que se podrían presentar para la medición del indicador

#### 4. DISEÑO DE INDICADORES

Con el fin de evaluar la gestión del Hospital, el manejo y uso de los recursos humanos, físicos, financieros, técnicos y organizacionales se toman las actividades estratégicas, procesos y planes de acción de la institución y de acuerdo con cada tema en particular se construyen los respectivos indicadores de eficiencia, eficacia e impacto, que medirán la gestión, logro o resultado y la efectividad en la realización de las actividades involucradas en los procesos misionales y de apoyo, operativo y los Planes Anuales Operativos - PAOs, propuestos en cada uno de los niveles de la organización los cuales son:

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<h2>GUÍA PARA GESTIÓN DE INDICADORES</h2>		
<p>Código: GI.7.5.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 4 de 6</p>

ESTRATÉGICO, TÁCTICO y OPERATIVO y desarrollados por las diferentes Unidades y Servicios del Hospital.




No se debe olvidar que el Hospital Nacional de Maternidad así como cada organización tiene procesos, servicios, proyectos y planes de acción muy particulares, lo que hace que los indicadores que se definan sean propios para la entidad.

Otra particularidad, es el alto riesgo de tener indicadores inefectivos o mal definidos. Muchas veces se construyen indicadores que no constituyen prioridad alguna, solo por el hecho de temer “abundancia”. El conjunto de los indicadores constituye el producto final más valioso para la entidad, ya que permite evaluar el comportamiento organizacional e ir creando su futuro. La estabilidad e inestabilidad en el comportamiento de los indicadores permite el ajuste y la formulación de un plan dinámico que respalda cualquier decisión.

Finalmente, otra particularidad más, es que el sistema de indicadores debe permitir identificar, medir y manejar los indicadores de manera que puedan ser ajustados y actualizados



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>GUÍA PARA GESTIÓN DE INDICADORES</b></p>		
<p><b>Código: GI.7.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 5 de 6</b></p>

Como los indicadores generan criterios para valorar y evaluar las modificaciones de las variables, el primer proceso que se debe tener en cuenta es la formulación del problema; seguidamente se debe hacer explícita la unidad de análisis; luego, descomponer esta unidad en variables y, finalmente, obtener el o los indicadores que servirán como patrón de lo que se quiere valorar o evaluar.

## 5. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA


El término problema puede ser definido como aquello que impide directamente la prestación de un servicio, el cumplimiento de las funciones en las entidades o el logro de los objetivos y metas que se hayan fijado con anterioridad.

Esto hace que el proceso de su identificación sea, de por sí, dispendioso, debido no solo al elevado número de situaciones o factores considerados, sino, también, por los distintos enfoques que suelen manejar los jefes de las unidades, lo que puede llevar a que ataquen problemas que no existen, mientras desatienden otros que sí se presentan en el entorno de la entidad.

Esta es la etapa de la cual se parte para realizar un indicador; de ahí la importancia de establecer con mucha claridad el problema. De esto depende el éxito o fracaso en la elaboración del indicador.

## 6. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Se entiende por variables, las características, cualidades, elementos o componentes de una unidad de análisis, las cuales pueden modificarse o variar en el tiempo. Deben, además, definirse con la mayor rigurosidad posible, asignándoles un sentido unívoco y claro, para evitar que se originen ambigüedades, discusiones y disputas terminológicas.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>GUÍA PARA GESTIÓN DE INDICADORES</b></p>		
<p><b>Código: GI.7.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 6 de 6</b></p>

## 7. DEFINICIÓN DEL INDICADOR

Una vez establecidas las variables, el siguiente paso consiste en especificar el indicador. Para ello, deben definirse de manera concreta y coherente, con la unidad de análisis, los diferentes aspectos que serán diligenciados en la hoja de vida del indicador.

## 8. IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES.

Cuando se requiere definir un indicador se reúnen los responsables del proceso, los cuales definen los resultados de éste y evalúan en conjunto el sitio donde se requiere realizar la medición, el cual puede ser:

En los recursos que se utilizan para el proceso.


A la entrada del proceso.

Durante las actividades del proceso.

A la salida del proceso.

Definidos los resultados y la posición de la medición, los responsables diligencian el formato denominado: Hoja de vida del Indicador.

La hoja de vida del indicador es un instrumento que a través de un proceso de identificación de diferentes elementos, facilita llegar en forma objetiva y consciente a definir y escoger el indicador que permita la evaluación de la gestión, su seguimiento y la toma de decisiones prácticas y acertadas.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>INSTRUCTIVO PARA ANÁLISIS DE RIESGOS Y PUNTOS CRÍTICOS DE CONTROL DE CALIDAD.</b></p>		
<p><b>Código: IN.7.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 1 de 13</b></p>

### **IN.7.5.1.01 INSTRUCTIVO PARA ANÁLISIS DE RIESGOS Y PUNTOS CRÍTICOS DE CONTROL DE CALIDAD**

La metodología utilizada para desarrollar el Análisis de Riesgos y Puntos Críticos de Control de Calidad, está basada en el Sistema de Análisis de Riesgos y Puntos Críticos de Control (HACCP) que está enfocada con la producción de alimentos inocuos. Este sistema busca un abordaje preventivo y sistemático dirigido a la prevención y control de riesgos biológicos, químicos y físicos, por medio de anticipación y prevención, en lugar de inspección y pruebas en productos finales.

El motivo por el que usarán los principios del Sistema HACCP como base para la metodología, es que sus resultados son: la determinación de puntos críticos de control, establecimiento de un sistema de vigilancia, de medidas correctoras, procedimientos de verificación y un sistema de documentación, con semejanza a los requisitos de la ISO 9001:2008.

La orientación que se le dará a la metodología del sistema HACCP es hacia la identificación de puntos críticos de control de calidad en los procesos de interés, estableciendo procedimientos de control, vigilancia, verificación, y documentación (requisitos de la norma ISO 9001:2008)


## **1 PRINCIPIOS DE LA METODOLOGÍA**

1. Realizar un análisis de riesgos.

Identificar los riesgos potenciales asociados a la prestación del servicio en todas las etapas de los procesos. Evaluar la posibilidad de que surjan uno o más riesgos e identificar las medidas para controlarlos.

2. Determinar los puntos críticos de control de la calidad (PCCC)

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>INSTRUCTIVO PARA ANÁLISIS DE RIESGOS Y PUNTOS CRÍTICOS DE CONTROL DE CALIDAD.</b></p>		
<p><b>Código: IN.7.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 2 de 13</b></p>

Determinar los puntos, procedimientos o fases del proceso que pueden controlarse con el fin de eliminar el o los riesgos o, en su defecto, reducir al mínimo la posibilidad de que ocurra(n).

El término «fase» se emplea aquí con el significado de cualquier etapa en los procesos de prestación del servicio.

3. Establecer un límite o límites críticos


Establecer un límite o límites críticos que deben ser cumplidos para asegurar que los PCC estén bajo control.

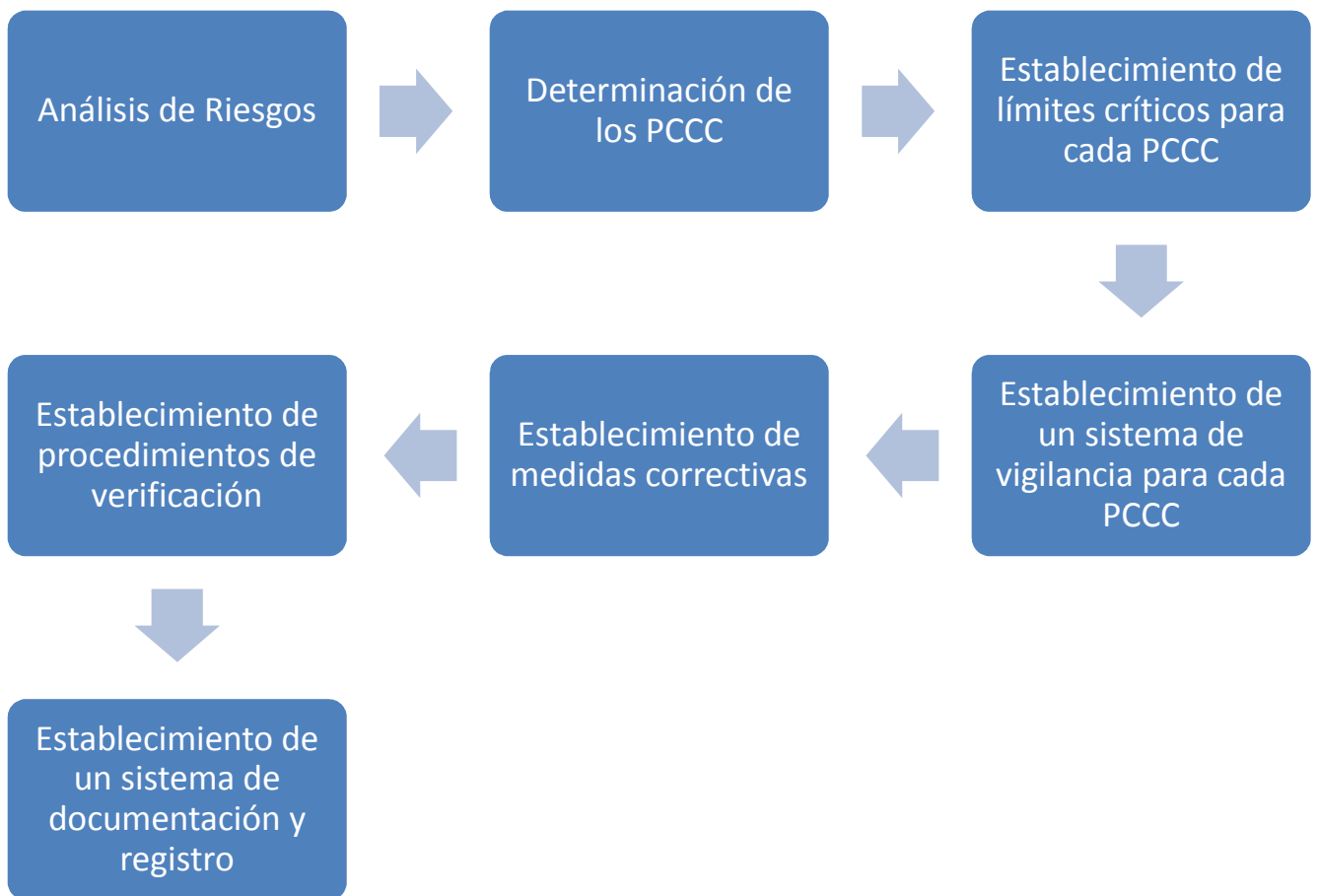
4. Establecer un sistema de vigilancia del control de los PCCC

Establecer un sistema para vigilar el control de los PCCC mediante pruebas u observaciones programadas.

5. Establecer las medidas correctoras que han de adoptarse cuando la vigilancia indica que un determinado PCC no está controlado.
6. Establecer procedimientos de verificación para confirmar que el ARPCC funciona eficazmente
7. Establecer un sistema de documentación sobre todos los procedimientos y los registros apropiados para estos principios.

El siguiente diagrama puntualiza la secuencia de etapas:

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>INSTRUCTIVO PARA ANÁLISIS DE RIESGOS Y PUNTOS CRÍTICOS DE CONTROL DE CALIDAD.</b></p>		
<p>Código: IN.7.5.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 3 de 13</p>




**Diagrama 1. Principios de la metodología para análisis de riesgos y puntos críticos de control**

Fuente. Elaboración propia

## 2 Aplicación de los principios de la metodología ARPCCC

Antes de aplicar el sistema de ARPCCC a cualquier área de los procesos, se deberá estar operando de acuerdo con los protocolos médicos y la legislación correspondiente en

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>INSTRUCTIVO PARA ANÁLISIS DE RIESGOS Y PUNTOS CRÍTICOS DE CONTROL DE CALIDAD.</b></p>		
<p><b>Código: IN.7.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 4 de 13</b></p>

materia de salud. El compromiso de la dirección es indispensable para la aplicación del Sistema de Gestión de la Calidad y la correspondiente metodología de ARPCCC eficaz orientado a la calidad en el servicio brindado por una institución de Salud. Cuando se identifiquen y analicen los riesgos y se efectúen las operaciones consecuentes para elaborar y aplicar la metodología de ARPCCC, deberán tenerse en cuenta las repercusiones en los insumos, los fármacos, el equipo biomédico, los protocolos de atención médica, la función de los procesos en el control de los riesgos, los pacientes afectados y las pruebas epidemiológicas relativas a la salud de los pacientes.

La finalidad de la metodología de ARPCCC es identificar los PCCC. En el caso de que se identifique un riesgo que debe controlarse pero no se encuentre ningún PCCC, deberá considerarse la posibilidad de formular de nuevo la operación.


La metodología de ARPCCC deberá aplicarse por separado a cada operación concreta.

Cuando se introduzca alguna modificación en el servicio, el proceso o en cualquier fase, será necesario examinar la aplicación del sistema de APPCCC y realizar los cambios oportunos.

Es importante que el sistema de APPCCC se aplique de modo flexible, teniendo en cuenta el carácter y la amplitud de la operación

### **Secuencia lógica para la aplicación de la metodología de ARPCCC**

1. Descripción del servicio
2. Elaboración de un diagrama de flujo
3. Verificación in situ del diagrama de flujo
4. Enumeración de todos los posibles riesgos, ejecución de un análisis de riesgos y estudio de las medidas para controlar los riesgos identificados
5. Determinación de los PCCC
6. Establecimiento de límites críticos para cada PCCC
7. Establecimiento de un sistema de vigilancia para cada PCCC
8. Establecimiento de medidas correctoras
9. Establecimiento de procedimientos de verificación
10. Establecimiento de un sistema de documentación y registro

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>INSTRUCTIVO PARA ANÁLISIS DE RIESGOS Y PUNTOS CRÍTICOS DE CONTROL DE CALIDAD.</b></p>		
<p><b>Código: IN.7.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 5 de 13</b></p>

Los 10 pasos descritos previamente forman parte de los requisitos de los SGC. A continuación se describen cada uno de ellos.

## 2.1 Descripción del servicio

Se debe contar con una descripción completa del servicio, que incluya información pertinente sobre su ejecución, componentes, recursos, unidades de apoyo, etc. (ver apartado 7.2.1)

Las Especificaciones del servicio se realizar según FO.7.2.1.01 Formato de Especificación del Servicio, detallándose en los documentos:

ES.7.2.1.01 Especificación del Servicio de Atención del Parto y Postparto

ES.7.2.1.02 Especificación del Servicio de Atención del Recién Nacido


Cada unidad cuenta con los Manuales de Organización y Funciones en los que se detalla las responsabilidades y actividades del personal.

## 2.2 Elaboración del diagrama de flujo de los procedimientos del proceso en análisis

Deberá contarse con un diagrama de flujo del proceso en análisis, teniendo en cuenta las fases anteriores y posteriores a dicha ejecución si aplica.

Los diagramas de flujo de cada procedimiento son uno de los componentes de las Fichas de caracterización destallando el personal responsable de ejecutar cada actividad del proceso, el objetivo, alcance, unidades ejecutantes, requisitos, indicadores, documentos de referencia, entre otros.

El diagrama de flujo de los procedimientos debe ser preparado utilizando el formato FO.4.1.0.05, tras haber efectuado entrevistas, observaciones de las operaciones y con la ayuda de otras fuentes de información, como los planos. El diagrama de flujo de los procedimientos identificará las fases en la prestación del servicio específico que se está evaluando. Se deben incorporar todos los detalles que sean útiles para la identificación de los riesgos, pero procurando no sobrecargar con puntos de menor importancia.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>INSTRUCTIVO PARA ANÁLISIS DE RIESGOS Y PUNTOS CRÍTICOS DE CONTROL DE CALIDAD.</b></p>		
<p><b>Código: IN.7.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 6 de 13</b></p>

Es necesario incluir todos los recursos utilizados. Se debe analizar detenidamente cada paso del proceso, y ampliarse la información de manera que incluya todos los datos relevantes de los procedimientos el proceso de interés, según el formato Ficha de Caracterización de procedimientos.

### 2.3 Verificación in situ del diagrama de flujo

Una vez que se hayan elaborado los borradores del diagrama de flujo del proceso, éstos deben confirmarse mediante una inspección del lugar, para verificar si son exactos y completos. Esto asegurará que se han identificado las actividades de cada procedimiento del proceso de interés y confirmará los supuestos que se hayan hecho.

El borrador del diagrama de flujo se deberá comparar in situ con la operación que representa. Todos los integrantes del equipo de APPCC deben participar en la confirmación del diagrama de flujo. En el diagrama de flujo se deberán introducir los ajustes que se estimen necesarios sobre la base de la observación real de las operaciones.


### 2.4 Enumeración de todos los posibles riesgos, ejecución de un análisis de riesgos y estudio de las medidas para controlar los riesgos identificados

Se deberá enumerar todos los riesgos que puede razonablemente preverse que se producirán en cada fase, del proceso en análisis. Luego, se deberá llevar a cabo un análisis de riesgos (por medio de la matriz de riesgo) para identificar, cuáles son los riesgos cuya eliminación o reducción a niveles aceptables resulta indispensable, por su naturaleza, para brindar un servicio de calidad.

Al realizar un análisis de riesgos, deberán incluirse, siempre que sea posible, los siguientes factores:

- la probabilidad de que surjan riesgos y la gravedad de sus efectos perjudiciales para la calidad del servicio;
- la evaluación cualitativa y/o cuantitativa de la presencia de riesgos;
- la persistencia, duración o multiplicación de las causas del riesgo;
- las condiciones que pueden originar lo anterior.



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>INSTRUCTIVO PARA ANÁLISIS DE RIESGOS Y PUNTOS CRÍTICOS DE CONTROL DE CALIDAD.</b></p>		
<p><b>Código: IN.7.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 7 de 13</b></p>

Se tendrá entonces que determinar qué medidas de control, si las hay, pueden aplicarse en relación con cada riesgo. Puede que sea necesario aplicar más de una medida para controlar un riesgo o riesgos específicos, y que con una determinada medida se pueda controlar más de un riesgo

Este análisis exige experiencia técnica y formación científica en diversos campos, para la identificación adecuada de todos los posibles riesgos. El conocimiento de las especialidades médicas de los procedimientos a analizar, conocimiento técnico sobre gestión, de ingeniería y del ARPCC son necesarios para la ejecución de un análisis de riesgos satisfactorio.

#### POSIBLES RIESGOS

En los recuadros siguientes aparecen listas de los posibles riesgos, que pueden utilizarse como referencia para identificar los riesgos potenciales.

<p><b>POSIBLES RIESGOS</b></p>
<p>A un paciente se le prescribe una tableta de un medicamento y se le administran 2. Problemas con las botellas para extracción de sangre causando falsas lecturas y resultados irregulares pudiendo conducir a diagnósticos erróneos. Dos pacientes con el mismo nombre tienen sus datos mezclados; Pequeña perforación del intestino durante una operación, sin pérdida de masa Solución salina normal infundida en dos horas en lugar de en cuatro debido a preparación errónea de la bomba de infusión. Dos pacientes que requieren transfusión de sangre. Ambos tienen el mismo grupo sanguíneo. El paciente A recibe la transfusión del paciente B y viceversa. Un paciente recibe la medicación de otro Un paciente recibe una medicación que requiere análisis de sangre regularmente. La carta de alta emitida por el hospital al médico no menciona este requisito y el seguimiento del paciente no se realiza adecuadamente</p>



**INSTRUCTIVO PARA ANÁLISIS  
DE RIESGOS Y PUNTOS  
CRÍTICOS DE CONTROL DE  
CALIDAD.**

Código: IN.7.5.1.01

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 8 de  
13

A un paciente casi le dan la medicación de otro.

Un paciente pasea por el pasillo del hospital y se cae, produciéndose una herida que requiere puntos y vendaje.

Un niño recibe la comida fuera de tiempo causándole un ligero vómito.

A un paciente le sale una pequeña magulladura debido a un pequeño accidente con el material quirúrgico durante una operación

La visita sistemática diaria de una paciente no se produce

Perforación de intestino durante una operación no detectada en el momento.

Un paciente ingiere alimentos antes de una operación. La operación urgente prevista tiene que ser cancelada, lo que conlleva un empeoramiento del paciente y mayor tiempo de recuperación.

Se realiza una transfusión con sangre incorrecta, esto conlleva una diálisis de urgencia.

Pacientes con una vía externa sufre una Infección nosocomial. Siendo necesario su ingreso en el hospital y un tratamiento con antibióticos.

Problemas con la sangre para una transfusión (Ej.: transporte de la misma) hacen que ésta no llegue a tiempo, lo que produce daños cerebrales y hemorragias al paciente.

Extirpación de un órgano o amputación de un miembro por identificación errónea del paciente.

A un paciente se le suministra la medicación de otro, a la cual es alérgico.

Paciente con diagnóstico equivocado

No recibir resultados de pruebas

Pérdida de resultados de pruebas

Recién Nacido o paciente erróneamente identificado


Retraso en la obtención de los datos médicos o historial clínico

Dato médico perdido

Pruebas perdidas

Retraso en detectar complicaciones con el tratamiento

Alargamiento del tratamiento

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>INSTRUCTIVO PARA ANÁLISIS DE RIESGOS Y PUNTOS CRÍTICOS DE CONTROL DE CALIDAD.</b></p>		
<p>Código: IN.7.5.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 9 de 13</p>

<p>Fallo en la esterilización o contaminación del material</p>
--

Una vez analizados los riesgos y definido sus consecuencias se procede con la determinación de los puntos críticos de control.

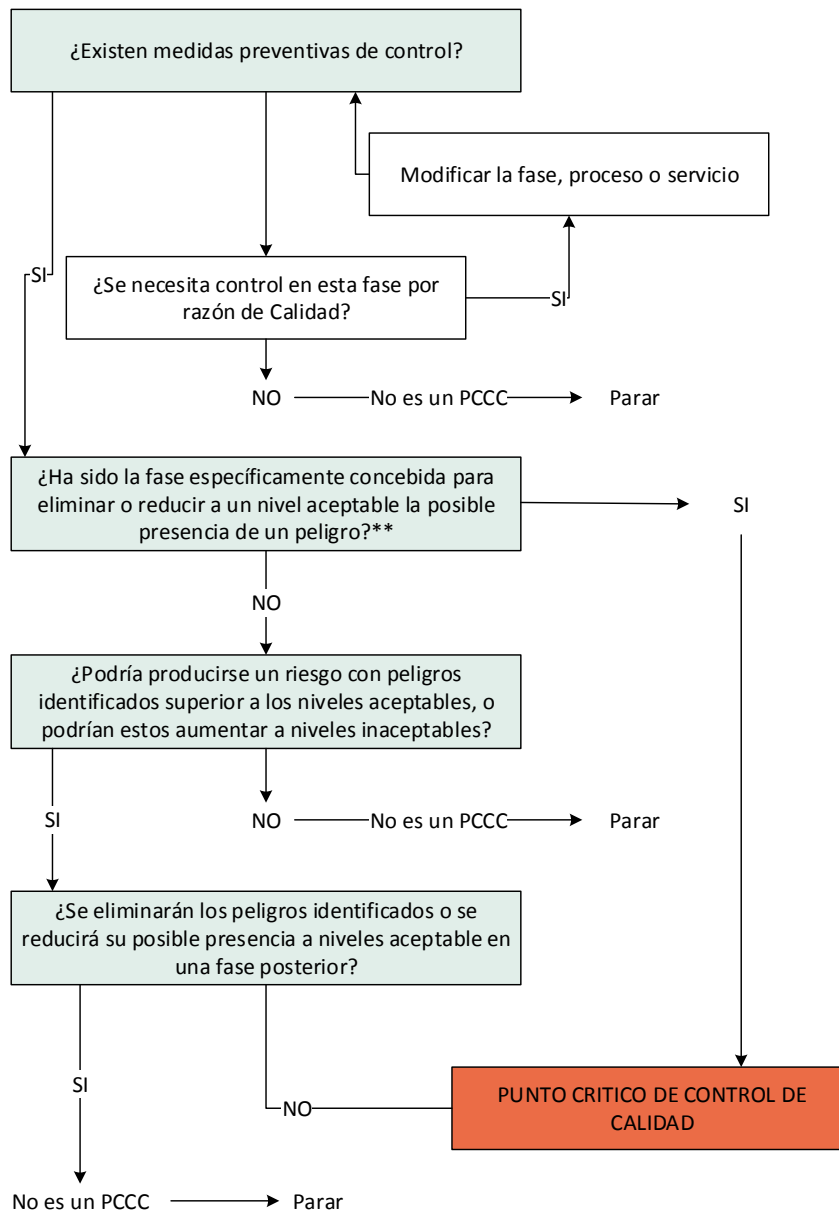
### 2.5 Determinación de los Puntos Críticos de Control de Calidad (PCCC)


Es posible que haya más de un PCCC al que se aplican medidas de control para hacer frente a un riesgo específico. La determinación de un PCCC en la metodología de ARPCCC se puede facilitar con la aplicación de un árbol de decisiones (véase el Diagrama 2), en el que se indique un enfoque de razonamiento lógico. El árbol de decisiones deberá aplicarse de manera flexible, considerando el tipo de operación realizada, y deberá utilizarse con carácter orientativo en la determinación de los PCCC. Este ejemplo de árbol de decisiones puede no ser aplicable a todas las situaciones, por lo cual podrán utilizarse otros enfoques.

Si se identifica un riesgo en una fase en la que el control es necesario para mantener la calidad del servicio, y no existe ninguna medida de control que pueda adoptarse en esa fase o en cualquier otra, el servicio o el proceso deberá modificarse en esa fase, o en cualquier fase anterior o posterior, para incluir una medida de control.



**SECUENCIA DE DECISIONES PARA IDENTIFICAR LOS PCCC**



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>INSTRUCTIVO PARA ANÁLISIS DE RIESGOS Y PUNTOS CRÍTICOS DE CONTROL DE CALIDAD.</b></p>		
<p>Código: IN.7.5.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 11 de 13</p>

## Diagrama 2. Secuencia de decisiones para identificar PCCC

Instrucciones para la identificación de PCCC

- Pregunta 1: **¿Existe una o varias medidas preventivas de control?** Si la respuesta es No, no es un PCCC. Identificar la forma en que puede controlarse este riesgo antes o después del proceso y pasar al próximo riesgo identificado. Si se responde Sí, describirla y proseguir a la próxima pregunta.

- Pregunta 2: **¿Ha sido la fase del proceso específicamente concebida para eliminar o reducir a un nivel aceptable la posible presencia de un riesgo?**

Si la respuesta es No, proseguir a la pregunta 3. Si respuesta es Sí, se trata de un PCCC; identificarlo como tal en la última columna.

- Pregunta 3: **¿Podría uno o varios riesgos identificados producir una contaminación superior a los niveles aceptables, o aumentarla a niveles inaceptables?** Si la respuesta es No, no es un PCCC; proseguir al próximo riesgo identificado. Si respuesta es Sí, proseguir a la pregunta 4.


- Pregunta 4: **¿Se eliminarán los riesgos identificados o se reducirá su posible presencia a un nivel aceptable en un procedimiento posterior?** Si la respuesta es No, es un PCCC; identificarlo como tal en la última columna. Si respuesta es Sí, no se trata de un PCCC; identificar el procedimiento subsiguiente y proseguir al siguiente riesgo identificado

## 2.6 Establecimiento de límites críticos para cada PCCC

Para cada punto crítico de control, deberán especificarse y validarse, si es posible, límites críticos. En determinados casos, para una determinada fase, se elaborará más de un límite crítico.

## 2.7 Establecimiento de un sistema de vigilancia para cada PCCC

La vigilancia es la medición u observación programadas de un PCCC en relación con sus límites críticos. Mediante los procedimientos de vigilancia deberá poderse detectar una pérdida de control en el PCCC. Además, lo ideal es que la vigilancia proporcione esta información a tiempo como para hacer correcciones que permitan asegurar el control de la

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>INSTRUCTIVO PARA ANÁLISIS DE RIESGOS Y PUNTOS CRÍTICOS DE CONTROL DE CALIDAD.</b></p>		
<p><b>Código: IN.7.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 12 de 13</b></p>

calidad del proceso para impedir que se infrinjan los límites críticos. Cuando sea posible, los procesos deberán corregirse cuando los resultados de la vigilancia indiquen una tendencia a la pérdida de control en un PCCC, y las correcciones deberán efectuarse antes de que ocurra una desviación. Los datos obtenidos gracias a la vigilancia deberán ser evaluados por una persona designada que tenga los conocimientos y la competencia necesarios para aplicar medidas correctoras, cuando proceda. Si la vigilancia no es continua, su grado o frecuencia deberán ser suficientes como para garantizar que el PCCC esté controlado.

Todos los registros y documentos relacionados con la vigilancia de los PCCC deberán ser firmados por la persona o personas que efectúan la vigilancia, junto con personal encargado de la revisión.

## 2.8 Establecimiento de medidas correctoras


Con el fin de hacer frente a las desviaciones que puedan producirse, deberán formularse medidas correctoras específicas para cada PCCC. (Procedimiento Control del servicio no conforme CP.8.3.0.01)

Estas medidas deberán asegurar que el PCCC vuelva a estar controlado. Las medidas adoptadas deberán incluir también un sistema adecuado de eliminación del componente afectado (insumo, farmacos, etc). Los procedimientos relativos a las desviaciones y la eliminación de los componentes afectados deberán documentarse.

## 2.9 Establecimiento de procedimientos de verificación

Deberán establecerse procedimientos de verificación. Para determinar si el sistema de ARPCC funciona eficazmente, podrán utilizarse métodos, procedimientos y ensayos de verificación y comprobación, incluidos el muestreo aleatorio y el análisis (a través del Procedimiento de seguimiento a acciones posteriores para las no conformidades CP.8.3.0.02, Procedimiento para revisar las no conformidades CP.8.5.2.02, y procedimiento para determinar e implementar acciones correctivas CP.8.5.2.01). La frecuencia de las comprobaciones deberá ser suficiente para confirmar que el sistema de APPCC está funcionando eficazmente. Entre las actividades de verificación pueden citarse, a título de ejemplo, las siguientes:

- ✓ Evaluación del sistema de APPCC y de sus registros;
- ✓ Evaluación de las desviaciones;

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>INSTRUCTIVO PARA ANÁLISIS DE RIESGOS Y PUNTOS CRÍTICOS DE CONTROL DE CALIDAD.</b></p>		
<p><b>Código: IN.7.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión:</b> <b>1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión:</b> <b>31/03/2013</b></p>	<p><b>Página:</b> 13 de 13</p>

- ✓ Confirmación de que los PCCC siguiesen estando controlados.

Cuando sea posible, las actividades de validación deberán incluir medidas que confirmen la eficacia de todos los elementos del plan de APPCCC.

## 2.10 Establecimiento de un sistema de documentación y registro

Para aplicar un sistema de APPCCC es fundamental contar con un sistema de registro eficaz y preciso. Deberán documentarse los procedimientos del sistema de APPCCC, y el sistema de documentación y registro deberá ajustarse a la naturaleza y magnitud de la operación en cuestión.

Los ejemplos de documentación son:

- ❖ El análisis de riesgos;
- ❖ La determinación de los PCCC;
- ❖ La determinación de los límites críticos.

Como ejemplos de registros se pueden mencionar:

- ❖ Seguimiento del servicio;
- ❖ Registro de control de las no conformidades;
- ❖ Registro de control de no conformidades con acciones preventivas
- ❖ Registro de informe de no conformidades.



**CÓDIGO : CP.7.5.4.01**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA:31/03/13**

**COMUNICACIÓN DE LOS DAÑOS OCURRIDOS EN LAS PERTENENCIAS DE LAS PACIENTES**

- 1 **Unidades Ejecutantes:** Enfermería.
- 2 **Objetivo:** Comunicar a las pacientes los daños ocurridos a sus pertenencias durante su estancia en el hospital.
- 3 **Alcance:** Se aplica en los casos en los que ocurra extravío o algún daño en las pertenencias de las pacientes.
- 4 **Definiciones:**
  - 4.1 Pertenencia: es la relación de una cosa en la que la persona tiene derecho a ella.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Registro de pertenencias de pacientes en registro de enfermeras.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Paciente está informada del daño o extravío de sus pertenencias.
- 7 **Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Manual de Funciones de Enfermería.

8 **Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres



**9 Indicadores:**

<b>Cod-Nombre</b>	<b>Responsable</b>
	% de daños ocurridos en pertenencias de pacientes

**10 Control de registros:**


Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
	Cuadro de Control de las pertenencias de la paciente. (Anexo N° 1).	Jefe de Enfermeras de cada servicio	Físico/electrónico	Servicio en el que se realiza el ingreso	3 años

**11 Recursos:**

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Enfermera Auxiliar de enfermería	Personal con formación específica

**12 Unidades de soporte**

Tipo de soporte	Área proveedora
Sistemas de información	Unidad de informática

	<b>REALIZACION DEL SERVICIO</b>	Código: <b>CP.7.5.4.01</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN DE DAÑOS OCURRIDOS EN LAS PERTENENCIAS DEL PACIENTE</b>	Versión: 1
		Página 3 de 5

13 Registro

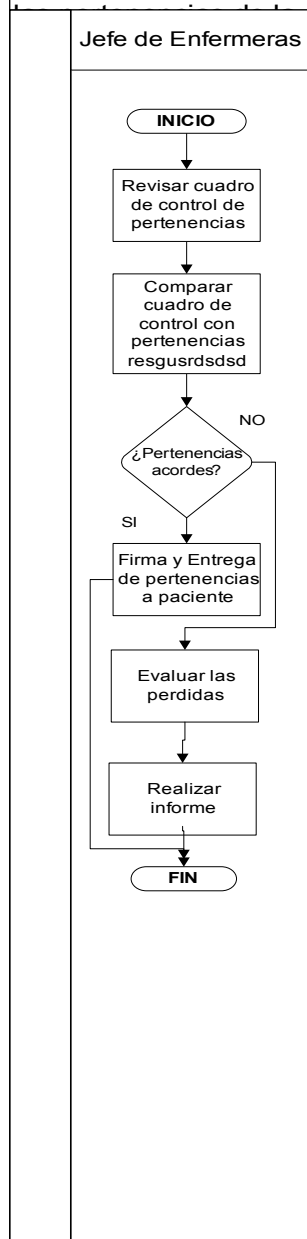
<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Jefe de Enfermeras de cada Servicio	1	Después de darle el alta a la paciente la jefa de enfermeras es la encargada de entregarle las pertenencias a la paciente para que esta pueda salir del hospital. Revisar en el cuadro de control las pertenencias resguardadas durante su permanencia en el hospital. Ver Anexo 1: Cuadro de Control de Pertenencias.
Jefe de Enfermeras de cada Servicio	2	Comparar cuadro de control con pertenencias resguardadas.
Jefe de Enfermeras de cada Servicio	3	Si pertenencias resguardadas están acordes con el cuadro de control de las pertenencias se procede a la entrega de las mismas a la paciente para finalizar con la firma de recibido.
Jefe de Enfermeras de cada Servicio	4	Si las pertenencias no coinciden con el cuadro de control de las pertenencias, se procede a evaluar la pérdida o el daño ocurrido en las pertenencias de la paciente.
Jefe de Enfermeras de cada Servicio	5	Informe de daños ocurridos en las pertenencias con sus respectivas causas, haciéndole saber a la paciente la importancia de sus pertenencias. Al finalizar se debe de pedir la firma de notificada de la paciente en el cuadro de control de pertenencias.



<b>REALIZACION DEL SERVICIO</b>	Código: <b>CP.7.5.4.01</b>
<b>PROCEDIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN DE DAÑOS OCURRIDOS EN LAS PERTENENCIAS DEL PACIENTE</b>	Versión: 1
	Página 4 de 5

#### 14 DIAGRAMA DE FLUJO

Procedimiento para la comunicación de daños ocurridos en



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD

DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN



**REGISTRO DE LAS PERTENENCIAS DEL PACIENTE  
(FORMATO)**

Código: FO.7.5.4.01

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 1 de 1

Fecha:

Folio No.:

# de Paciente:

RESPONSABLE


--

Nombre de Paciente	Fecha de Ingreso	Detalle de Pertenencias	Firma de Paciente	Fecha de Egreso	Recibí conforme Firma de Paciente

Observaciones

Sello

Firma:

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÛELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>Metodología para establecer la protección del paciente dentro de las instalaciones del HNEM, que permita monitorear si se protegen adecuadamente las pacientes en las unidades de servicio.</b></p>		
<p><b>Código: GU.7.5.5.01</b></p>	<p><b>Versión:</b> <b>1</b></p>	<p><b>Fecha de emisión:</b> <b>31/03/13</b></p>	<p><b>Página:</b> 1 de 3</p>

## **Metodología para establecer la protección del paciente dentro de las instalaciones del HNEM, que permita monitorear si se protegen adecuadamente las pacientes en las unidades de servicio.**

El cuidado del paciente ha sido tradicionalmente visto por las enfermeras y el público como propio de la profesión de enfermería. Sin embargo, el incremento en la tecnología y especializaciones en diferentes áreas específicas ha contribuido a la despersonalización del cuidado de la salud en la sociedad actual.

A continuación se detallan espacios de cuidado:

- 1- Interés en la paciente: Provecho, cuidado y valor que se le tiene a la paciente.
- 2- Escuchar: Atender a un aviso, queja o comentario de la paciente.
- 3- Contacto: trato o relación personal que se debe tener con la paciente.


Siendo estos los factores más importantes en la satisfacción del cuidado de las pacientes y recién nacidos.

La enfermera debe tener una actitud de respeto hacia el ser humano y además requiere una relación transpersonal de humano a humano.

Cuidar es la inmersión en la persona, es desarrollar el potencial en otros en orden de promover un buen momento. El personal de enfermería debe de incluir todas sus cualidades y habilidades humanas ya que no están limitados únicamente a transmitir el conocimiento, experticia, tiempo y energía emocional. El proceso, una herramienta de cuidado de enfermería, debe ser considerado en cuatro niveles:

**1. Reconocimiento:** Es el primer estado, es reconocer la necesidad que se va a cuidar, envuelve la conciencia de la experiencia humana del otro desde una perspectiva existencial, es describir el YO-TU, de modo que no se disminuya el potencial de cuidar a la paciente.

**2. Decisión:** Es el criterio de la enfermera para la toma de decisiones en la selección de las prioridades del cuidado, es la valoración de la persona al interior de la

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>Metodología para establecer la protección del paciente dentro de las instalaciones del HNEM, que permita monitorear si se protegen adecuadamente las pacientes en las unidades de servicio.</b>		
<b>Código: GU.7.5.5.01</b>	<b>Versión:</b> <b>1</b>	<b>Fecha de emisión:</b> <b>31/03/13</b>	<b>Página:</b> 2 de 3

enfermera. También es buscar el momento oportuno para brindar el cuidado a la paciente, por ejemplo la paciente que requiere la curación del catéter venoso central, pero que en ese momento tiene dolor o angustia. La elección del buen momento para realizar nuestra actividad completa la fase.


**3. Acción de cuidado:** Incluye las acciones y actitudes de las enfermeras intentando promover el bienestar de la paciente.

**4. Actualización:** La experiencia del cuidado de enfermería es el último resultado del proceso del cuidado al paciente. La realización de cuidado es promover el crecimiento y satisfacción de ambos, la enfermera y la paciente. Cuando se quiere medir el proceso de cuidado de Enfermería específicamente, se pueden usar instrumentos validados y probados por otros, que permitan monitorear las actitudes de cuidado que se reflejan en el manual de funciones de enfermería.

En el siguiente instrumento se especifican actitudes verbales y no verbales:

Actitudes Verbales	Actitudes no Verbales
* Responder verbalmente a una expresión importante.	
* Explicar los procedimientos antes de iniciarlos	* Tener contacto con la paciente en los procedimientos.
* Validar verbalmente el estado físico de la paciente.	* Sostener la mirada durante la interacción con la paciente.
* Validar verbalmente el estado emocional del paciente.	* Entrar a la habitación de la paciente a su solicitud.
* Tranquilizar verbalmente al paciente durante el cuidado.	
* Discutir los tópicos relacionados con el común de los problemas de salud del paciente.	

Nota: la responsable de verificar las actitudes será la Jefe de Enfermeras de cada Unidad para cada una de las enfermeras que pertenecen a la Unidad.

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÛELLO ESCOLAN 	<b>Metodología para establecer la protección del paciente dentro de las instalaciones del HNEM, que permita monitorear si se protegen adecuadamente las pacientes en las unidades de servicio.</b>		
<b>Código:</b> GU.7.5.5.01	<b>Versión:</b> 1	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/13	<b>Página:</b> 3 de 3

## ANEXO 1

### Registro de Cuidado y Protección de Pacientes dentro de las instalaciones.

<b>Fecha:</b>	<b>Folio No.:</b>	<b>Apartado:</b>

#### Actitudes Verbales

- |   |  |  |   |   |   |
|---|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Responder Verbalmente a una expresión importante | <input type="checkbox"/> Expresar los procedimientos antes de iniciarlos | <input type="checkbox"/> Validar verbalmente el estado físico de la paciente | <input type="checkbox"/> Validar verbalmente el estado emocional de la paciente | <input type="checkbox"/> Tranquilizar verbalmente al paciente durante el cuidado. | <input type="checkbox"/> Discutir los tópicos relacionados con el común de los problemas de salud del paciente. |
|---|--|--|---|---|---|

#### Actitudes No Verbales

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tener contacto con la paciente dentro de los procedimientos | <input type="checkbox"/> Sostener la mirada durante la interacción con la paciente | <input type="checkbox"/> Entrar a la habitación de la paciente a su solicitud. |
|--|--|--|

Responsable	Enfermera a evaluar	Observaciones	
Jefe de Enfermas			



**CÓDIGO : CP.7.6.0.01**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA:31/03/13**

**PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION**

- 1 **Unidad Ejecutante:** Biomédica.
- 2 **Objetivo:** Establecer lineamientos y/o actividades para el control de los dispositivos de seguimiento y medición usados para demostrar la conformidad del servicio con los requisitos especificados.
- 3 **Alcance:** Este procedimiento es aplicable a la unidad de biomédica para todos los dispositivos e instrumentos de medición que son utilizados para las actividades de seguimiento y medición.
- 4 **Definiciones:**
  - 4.1 Exactitud: Proximidad de concordancia entre el resultado de una medición y el valor convencionalmente verdadero de la magnitud medida.
  - 4.2 Ajuste: Operación destinada a llevar un aparato de medición a un funcionamiento y a una exactitud.
  - 4.3 Calibración: es el conjunto de operaciones que tiene por finalidad determinar errores de un instrumento para medir, comparándolos con patrones.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Equipos de seguimiento y medición funcionando acorde a los requerimientos.
- 7 **Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre

8 **Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres




**9 Indicadores:**

Cod-Nombre	Responsable
	% de equipos de seguimiento y medición verificados

**10 Registros:**


Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
CP.7.6.0.01	Hoja de Vida de Equipos/ Seguimiento y medición	Técnicos de Biomédica	Físico/electrónico	Biomédica	3 años
CP.7.6.0.01	Verificación de Equipos de seguimiento y medición	Técnicos de Biomédica	Físico/electrónico	Biomédica	3 años

**11 Recursos:**

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Ingeniero Biomédico Técnico Biomédico	Personal con formación específica
Aparataje o Equipo biomédico	Equipo para calibración	Revisiones reglamentarias realizadas

**12 Unidades de soporte**

Tipo de soporte	Área proveedora
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Mantenimiento	Unidad de Mantenimiento
Sistemas de información	Unidad de informática

	<b>GESTION DEL ABASTECIMIENTO</b>	Código:P.7.6.0.01
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION</b>	<b>Versión:1.0</b>
		Página 3 de 7

### 13 Registro

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Técnicos Biomédica de	1	Elaborar el “Plan anual de calibración y/o verificación de equipos de seguimiento y medición” en el programa “Unidad Biomédica”, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: -Frecuencia del uso del equipo. -Mantenimiento del Equipo. -Condiciones de uso (temperatura, humedad, etc.). -Valores obtenidos durante las comprobaciones (calibraciones y/o verificaciones realizadas).
Técnicos Biomédica de	2	Se registrara en la hoja de vida la información general, manejo, preservación y estado de calibración y/o estado de verificación de los equipos de seguimiento que se registran en el REGISTRO: “Hoja de vida de equipos de seguimiento y medición”.
Técnicos Biomédica de	3	Calibración de los equipos según el programa anual registrándolo como evidencia en el documento REGISTRO “Verificación de equipos de seguimiento y medición”.
Técnicos Biomédica de	4	Identificar el estado del equipo conforme o no conforme.
Técnicos Biomédica de	5	Cuando al calibrar o verificar los equipos de seguimiento y medición, estos resulten no conformes se etiqueta como no conforme, los envía a reparación (si aplica) o inicia el proceso de adquisición de otro nuevo. Nota 1: Los equipos de seguimiento y medición se encuentran bajo la responsabilidad del jefe de cada unidad en cuanto a su manipulación, protección y conservación. Nota 2: Cuando los equipos presentan mal funcionamiento, se deben marcar en un lugar visible con la frase “No Usar”.
Técnicos Biomédica de	6	Envío a unidad médica de dónde provino.



## GESTION DEL ABASTECIMIENTO

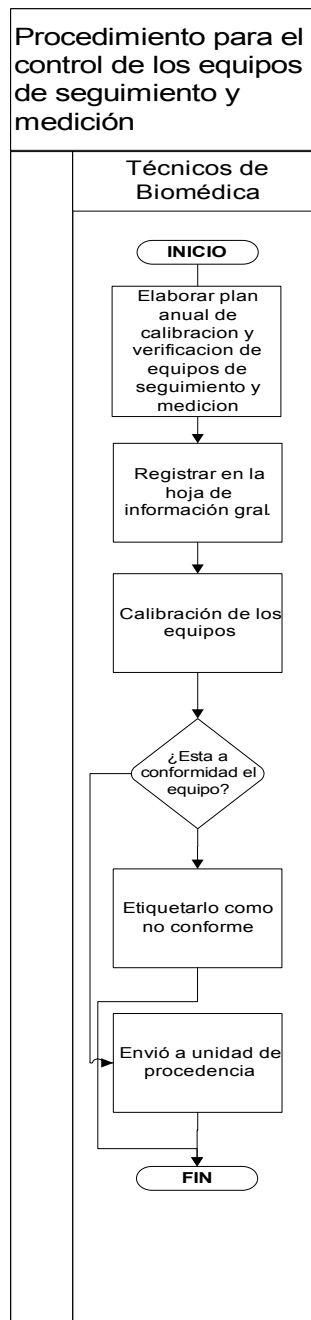
Código:P.7.6.0.01


## PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION

Versión:1.0

Página 4 de 7


### DIAGRAMA DE FLUJO



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE HOJA DE VIDA DE EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.7.6.0.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 1 de 1</p>

**REGISTRO HOJA DE VIDA DE EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION**

Equipo	Estado Actual	Resultados	Observaciones	Próxima Revisión

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE VERIFICACIÓN DE EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.7.6.0.02</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 1 de 1</p>

**Registro Verificación de equipos de seguimiento y medición**

Equipo	Persona que lo realizo	Aprobado por	Firma

*5 Documentos del Apartado 8: Medición, Análisis y Mejora*

<b>Apartado</b>	<b>TIPO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>Referencia</b>
8.2.1	Procedimiento	CP.8.2.1.01	Procedimiento para la medición de la satisfacción del cliente	1233
8.2.1	Formato	FO.8.2.1.01	Formato de registro de la medición de la satisfacción del cliente	1239
8.2.1	Formato	FO.8.2.1.02	Formato de Encuesta al cliente	1243
8.2.2	Procedimiento	CP.8.2.2.01	Procedimiento para elaborar el programa de auditoría interna	1247
8.2.2	Procedimiento	CP.8.2.2.02	Procedimiento para la preparación de la auditoría interna	1253
8.2.2	Procedimiento	CP.8.2.2.03	Procedimiento para realizar la auditoría interna	1260
8.2.2	Formato	FO.8.2.2.01	Formato de Programa de auditoría interna	1264
8.2.2	Formato	FO.8.2.2.02	Formato del Plan de auditoría interna del sistema de gestión de calidad	1267
8.2.2	Formato	FO.8.2.2.03	Formato del Plan de auditoría interna de procesos	1296
8.2.2	Formato	FO.8.2.2.04	Formato del Plan de auditoría interna de servicios	1300
8.2.2	Formato	FO.8.2.2.05	Formato de Registro de los resultados de la auditoría	1303
8.2.4	Procedimiento	CP.8.2.4.01	Procedimiento para el seguimiento del servicio	1306
8.2.4	Formato	FO.8.2.4.01	Formato de Registro del seguimiento del Servicio	1312
8.3.0	Procedimiento	CP.8.3.0.01	Procedimiento Control del servicio no conforme	1315
8.3.0	Procedimiento	CP.8.3.0.02	Procedimiento de seguimiento de acciones posteriores a las no conformidades	1319
8.4.0	Metodología	MT.8.4.0.01	Metodología para determinar la no conformidad en los servicios brindados	1323
8.5.1	Procedimiento	CP.8.5.1.01	Procedimiento de Gestión del Mejoramiento Continuo	1331
8.5.1	Plan	PL.8.5.1.01	Plan de fortalecimiento de Mejora Continua	1342
8.5.2	Procedimiento	CP.8.5.2.01	Procedimiento para determinar e implementar acciones correctivas y preventivas	1361
8.5.2	Procedimiento	CP.8.5.2.02	Procedimiento para revisar las no conformidades	13667
8.5.2	Formato	FO.8.5.2.01	Formato de registro de control de las no conformidades	1373

<b>Apartado</b>	<b>TIPO</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>Referencia</b>
8.5.2	Formato	FO.8.5.2.02	Formato de registro de control de no conformidades con acciones preventivas	1376
8.5.2	Formato	FO.8.5.2.03	Formato de registro de informe de no conformidades	1377
8.5.2	Formato	FO.8.5.2.04	SOLICITUD DE NO CONFORMIDAD-DIAGNOSTICO-CAUSAS-PLAN A SEGUIR	1380
8.5.2	Formato	FO.8.5.2.05	Formato de Seguimiento a la No conformidad	1385



**CÓDIGO : CP.8.2.1.01**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31/03/2013**

**PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICION DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE**

- 1 Unidad Administrativa:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 Objetivo:** Establecer un método para evaluar la calidad del servicio proporcionado a las pacientes que permita determinar la satisfacción del cliente.
- 3 Alcance:** El alcance de este procedimiento se extiende a los servicios proporcionados por los procesos:
  - Proceso de Atención del Parto y Postparto
  - Proceso de Atención del Recién Nacido
- 4 Definiciones:**
  - 4.1 Tangible: Aspecto de las instalaciones físicas, equipos, personal y de los materiales de comunicación.
  - 4.2 Fiabilidad: Cumplir con el servicio prometida de una manera precisa, sin errores.
  - 4.3 Capacidad de respuesta: Prestación del servicio de forma ágil.
  - 4.4 Seguridad: Conocimiento y cortesía de los empleados y su capacidad para inspirar confianza y credibilidad.
  - 4.5 Empatía: Tratamiento sensible e individualizado a los clientes.
  - 4.6 Muestra: Parte o porción extraída de un conjunto por métodos que permiten considerarla como representativa de él.
  - 4.7 Registros: Documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos.
  - 4.8 UOC: Unidad Organizativa de la Calidad.
- 5 Requisitos Previos:**
  - 5.1 No aplica.
- 6 Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Resultados de la medición de la satisfacción del cliente debidamente analizados.
- 7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Plan quinquenal de desarrollo 2010 - 2014 del hospital de Maternidad.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres



--	--

### 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Código de Salud			
Política Nacional de Salud 2009-2014 "Construyendo la Esperanza"			
Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

### 9 Indicadores:

Código	Nombre

### 10 Registros:


Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
		Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años
		Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años

### 11 Recursos:


Tipo	Descripción	Características generales.
	Cuestionario de medición de la satisfacción del cliente.	
Personal	Representante de la Unidad Organizativa de la calidad.	
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	

### 12 Unidades de soporte


Ninguna

	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICION DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE</b>	Código: <b>CP.8.2.1.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1 Página 3 de 6


RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Unidad Organizativa de la Calidad	1	<p>Identificar el servicio a medir:</p> <p>Se debe hacer un listado de todos los servicios proporcionados en el hospital, que estén incluidos dentro del alcance del sistema de gestión de calidad, que cuenten con su especificación de servicio debidamente elaborada (no indispensable).</p> <p>E identificar el servicio al que se le medirá la satisfacción del cliente.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	2	<p>Verificar que el cuestionario especificado en su respectivo formato, se adapta a las características del servicio objetivo. En caso de ser necesario se podrán adecuar las preguntas pero se deberá respetar la proporción de las mismas para las dimensiones de calidad siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tangible: ítems de 1 al 4.</li> <li>• Fiabilidad: ítems del 5 al 9.</li> <li>• Capacidad de respuesta: ítems del 10 al 13.</li> <li>• Seguridad: ítems del 14 al 17.</li> <li>• Empatía: ítems del 18 al 22.</li> </ul> <p>Para cada pregunta se debe utilizar una escala de Likert de 5 puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 puntos - Totalmente de acuerdo.</li> <li>• 4 puntos - De acuerdo.</li> <li>• 3 puntos - No sé no tengo opinión.</li> <li>• 2 puntos - En desacuerdo.</li> <li>• 1 puntos - totalmente en desacuerdo.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> en caso de modificar el cuestionario base, verificar que el planteamiento de la pregunta sea coherente con las posibles respuestas de la escala de Likert mencionada.</p>

	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICION DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE</b>	Código: <b>CP.8.2.1.01</b>
	<b>DIRECCION</b>	Versión: 1
	<b>UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Página 4 de 6

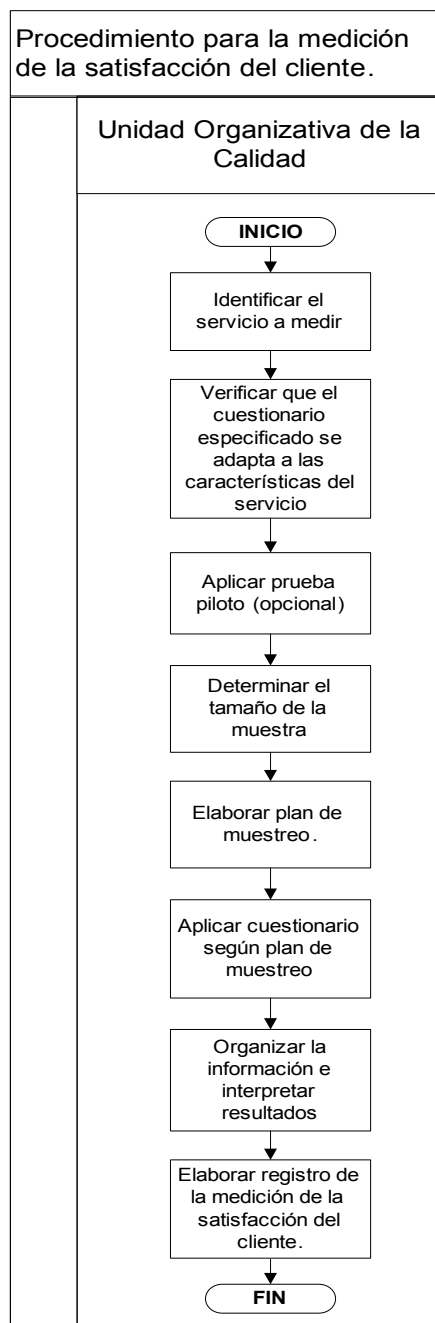
Unidad Organizativa de la Calidad	3	<p>Aplicar prueba piloto (opcional):</p> <p>En caso de ser necesario se deberá hacer una prueba piloto con el fin de que los encuestadores se familiaricen con el área donde se encuentren las pacientes a encuestar y la manera para abordar a las pacientes.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	4	<p>Determinar el tamaño de la muestra:</p> <p>Para estimar la proporción de la población la cual consiste en aplicar un método sistemático de selección de los elementos que conformarán la muestra, utilizar la siguiente fórmula:</p> $n = \frac{Z^2 * p * q * N}{(N - 1) * E^2 + Z^2 * p * q}$ <p>Donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ N = Total de la población.</li> <li>✓ Z = Valor del desvío normal al correspondiente al nivel de confianza 95% = 1.96</li> <li>✓ p = Probabilidad de caso de éxito.</li> <li>✓ q = Probabilidad de caso desfavorable</li> <li>✓ d = Error permitido (5% o 10% según sea el caso)</li> </ul> <p>El valor de N (total de la población), deberá ser el total de egresos del servicio objetivo del mes anterior.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	5	<p>Plan de muestreo:</p> <p>En base a la muestra calculada, distribuir la cantidad de encuestas en varios días en horas diferentes de manera equitativa.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	6	<p>Aplicar el cuestionario en las áreas donde se encuentren las pacientes del servicio objetivo, según el plan de muestreo establecido.</p>

	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICION DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE</b>	Código: <b>CP.8.2.1.01</b>
	<b>DIRECCION</b>	Versión: 1
	<b>UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Página 5 de 6

Unidad Organizativa de la Calidad	7	<p>Organizar la información: Una vez aplicados los cuestionarios, organizar los resultados en una hoja de cálculo que permita ver los resultados de una manera clara y entendible para detectar las áreas que se deben mejorar. Y tener claros los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinar el promedio, el mínimo y el máximo para cada ítem o pregunta.</li> <li>✓ Determinar el promedio, el mínimo y el máximo para cada dimensión de calidad.</li> <li>✓ Determinar el promedio general de las cinco dimensiones.</li> </ul>
Unidad Organizativa de la Calidad	8	<p>Interpretar los resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Elaborar un grafico de barras para las cinco dimensiones, a fin de determinar en cuál de estas hay un área de oportunidad. Considerar que el método utilizado investiga la calidad del servicio percibido, por lo que el <i>promedio general de las cinco dimensiones</i> representa el nivel de satisfacción del cliente para el servicio seleccionado.</li> <li>✓ Establecer las fortalezas y debilidades.</li> <li>✓ Establecer un plan de mejora identificando: El área de mejora, la acción de mejora, responsable y la fecha de implementación.</li> </ul>
Unidad Organizativa de la Calidad	9	<p>Elaborar registro de la medición de la satisfacción del cliente realizada, conteniendo el desarrollo de los pasos anteriores, según el formato especificado.</p>

	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICION DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE</b>	Código: <b>CP.8.2.1.01</b>
	<b>DIRECCION</b> <b>UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 6 de 6

### 13 Diagrama de Flujo



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE (FORMATO)</b></p>		
<p><b>Código: FO.8.2.1.01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 1.0</p>	<p><b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013</p>	<p><b>Página:</b> 1 de 4</p>

<p><b>Denominación del Registro</b></p> <p>Ingrese en este campo la denominación registro en texto claro usando la terminología a que haya lugar. Este debe corresponder al nombre del servicio al que se le medirá la satisfacción del cliente.</p>
<p><b>Código del Registro:</b></p> <p>Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad para el registro de la medición de la satisfacción del cliente.</p>

## Contenido

1. IDENTIFICACION DEL SERVICIO	2
2. CUESTIONARIO	2
3. PRUEBA PILOTO (opcional)	2
4. TAMAÑO DE LA MUESTRA	3
5. PLAN DE MUESTREO	3
6. ORGANIZAR LA INFORMACION	3
7. INTERPRETAR LOS RESULTADOS	4

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes Cargo: Director, jefe, etc</p>

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.8.2.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 2 de 4</p>

### 1. IDENTIFICACION DEL SERVICIO

Se indica la información básica del servicio al que se le medirá la satisfacción del cliente.

- Nombre del Servicio
- Nombre del Proceso
- Unidades involucradas

### 2. CUESTIONARIO

Se debe especificar el cuestionario que se utiliza, indicando las preguntas que correspondan a las dimensiones de la calidad siguientes:

- Tangible: ítems de 1 al 4.
- Fiabilidad: ítems del 5 al 9.
- Capacidad de respuesta: ítems del 10 al 13.
- Seguridad: ítems del 14 al 17.
- Empatía: ítems del 18 al 22.

La escala que se debe utilizar es la siguiente:

- 5 puntos - Totalmente de acuerdo.
- 4 puntos - De acuerdo.
- 3 puntos - No sé no tengo opinión.
- 2 puntos - En desacuerdo.
- 1 puntos - Totalmente en desacuerdo.

### 3. PRUEBA PILOTO (opcional)

Se deben especificar las etapas de la prueba piloto:

Descripción breve de la etapa	Fecha de inicio	Fecha de fin	Responsable

Nota: la prueba piloto es opcional, puede realizarse para adiestrar al personal que realizara la encuesta.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.8.2.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 3 de 4</p>

#### 4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se debe dejar constancia de la forma del cálculo de la muestra utilizando la siguiente fórmula.

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{(N - 1) * E^2 + Z^2 * p * q}$$

Donde:

- ✓ N = Total de la población.
- ✓ Z = Valor del desvío normal al correspondiente al nivel de confianza 95% = 1.96
- ✓ p = Probabilidad de caso de éxito.
- ✓ q = Probabilidad de caso desfavorable
- ✓ d = Error permitido (5% o 10% según sea el caso)

Se debe dejar constancia de la siguiente información:

- Mes utilizado como referencia.
- Número de egresos del mes de referencia (para obtener el N).

#### 5. PLAN DE MUESTREO

Se deben indicar los días, la hora y la cantidad de encuestas que se realizaran a las pacientes. E indicar el responsable de hacerlo.

#### 6. ORGANIZAR LA INFORMACION

Mostrar los resultados de la siguiente manera:

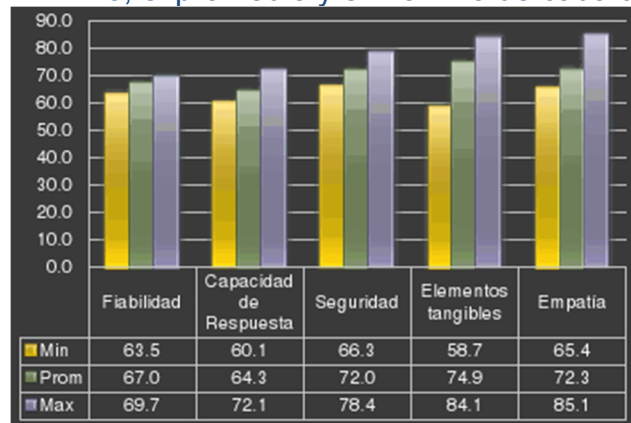
- Promedio, el mínimo y el máximo de los resultados por pregunta o ítem
- Promedio, el mínimo y el máximo para cada dimensión de la calidad.
- Promedio general de las cinco dimensiones de la calidad.






## 7. INTERPRETAR LOS RESULTADOS

- Elaborar grafico de barras con las 5 dimensiones de la calidad, considerando el mínimo, el promedio y el máximo de cada uno. Ej:



- Establecer fortalezas y debilidades.
- Plan de Mejora:

Área de Mejora	Acciones de mejora	Responsable	Fecha de implementación

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>ENCUESTA AL CLIENTE</b>	
Código: FO.8.2.1.02	Versión: 1.0	Fecha de emisión: 31/03/2013	Página: 1 de 4

**Indicaciones: Señalar la respuesta que usted considere para cada pregunta.**

N°	Pregunta	Respuesta
1a	¿La señalización (carteles, letreros, flechas) le parecen adecuados para orientar a las pacientes y acompañantes?	Totalmente de acuerdo.
		De acuerdo.
		No sé no tengo opinión.
		En desacuerdo.
		Totalmente en desacuerdo.
2a	¿El servicio contó con el personal para informar y orientar a las pacientes y acompañantes?	Totalmente de acuerdo.
		De acuerdo.
		No sé no tengo opinión.
		En desacuerdo.
		Totalmente en desacuerdo.
3a	¿El servicio conto con equipos y materiales necesarios para su atención?	Totalmente de acuerdo.
		De acuerdo.
		No sé no tengo opinión.
		En desacuerdo.
		Totalmente en desacuerdo.
4a	¿El ambiente del servicio estuvo limpio, cómodo y acogedor?	Totalmente de acuerdo.
		De acuerdo.
		No sé no tengo opinión.
		En desacuerdo.
		Totalmente en desacuerdo.
5b	¿Usted fue atendido inmediatamente a su llegada sin importar su condición socioeconómica, cultural o religiosa?	Totalmente de acuerdo.
		De acuerdo.
		No sé no tengo opinión.
		En desacuerdo.
		Totalmente en desacuerdo.
6b	¿La atención recibida se hizo considerando la gravedad de su problema de salud?	Totalmente de acuerdo.
		De acuerdo.
		No sé no tengo opinión.
		En desacuerdo.
		Totalmente en desacuerdo.
7b	¿Su atención estuvo a cargo del médico?	Totalmente de acuerdo.
		De acuerdo.
		No sé no tengo opinión.
		En desacuerdo.
		Totalmente en desacuerdo.



## ENCUESTA AL CLIENTE

Código: FO.8.2.1.02

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 2 de 4

N°	Pregunta	Respuesta
8b	¿El médico mantuvo suficiente comunicación con Ud. O sus familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud?	Totalmente de acuerdo.
		De acuerdo.
		No sé no tengo opinión.
		En desacuerdo.
9b	¿La farmacia contó con los medicamentos que recetó el médico?	Totalmente en desacuerdo.
		Totalmente de acuerdo.
		De acuerdo.
		No sé no tengo opinión.
10c	¿El ingreso al hospital fue rápido y ágil?	En desacuerdo.
		Totalmente en desacuerdo.
		Totalmente de acuerdo.
		De acuerdo.
11c	¿El personal siempre estuvo dispuesto a ayudarlo cuando lo necesitó?	No sé no tengo opinión.
		En desacuerdo.
		Totalmente en desacuerdo.
		Totalmente de acuerdo.
12c	¿La atención que se le brindó fue rápida y oportuna?	De acuerdo.
		No sé no tengo opinión.
		En desacuerdo.
		Totalmente en desacuerdo.
13c	¿La atención que recibió cumplió con lo que se le prometió?	Totalmente de acuerdo.
		De acuerdo.
		No sé no tengo opinión.
		En desacuerdo.
14d	¿El médico le brindó tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?	Totalmente en desacuerdo.
		Totalmente de acuerdo.
		De acuerdo.
		No sé no tengo opinión.



## ENCUESTA AL CLIENTE

Código: FO.8.2.1.02

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 3 de 4

N°	Pregunta	Respuesta
15d	¿Durante su atención se respetó su privacidad?	Totalmente de acuerdo.
		De acuerdo.
		No sé no tengo opinión.
		En desacuerdo.
		Totalmente en desacuerdo.
16d	¿Se le realizó una evaluación completa por el problema de salud por el cual fue atendido?	Totalmente de acuerdo.
		De acuerdo.
		No sé no tengo opinión.
		En desacuerdo.
		Totalmente en desacuerdo.
17d	¿El problema de salud por el cual fue atendido se resolvió o mejoró?	Totalmente de acuerdo.
		De acuerdo.
		No sé no tengo opinión.
		En desacuerdo.
		Totalmente en desacuerdo.
18e	¿El personal le escucho atentamente y trató con amabilidad, respeto y paciencia?	Totalmente de acuerdo.
		De acuerdo.
		No sé no tengo opinión.
		En desacuerdo.
		Totalmente en desacuerdo.
19e	¿El personal le mostró interés en solucionar cualquier dificultad que se presentó durante su atención?	Totalmente de acuerdo.
		De acuerdo.
		No sé no tengo opinión.
		En desacuerdo.
		Totalmente en desacuerdo.
20e	¿El médico le explicó a Ud. O sus familiares en palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención?	Totalmente de acuerdo.
		De acuerdo.
		No sé no tengo opinión.
		En desacuerdo.
		Totalmente en desacuerdo.
21e	¿El médico le explicó a Ud. O sus familiares en palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizaron?	Totalmente de acuerdo.
		De acuerdo.
		No sé no tengo opinión.
		En desacuerdo.
		Totalmente en desacuerdo.

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO  
DE MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN



## ENCUESTA AL CLIENTE

Código: FO.8.2.1.02

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 4 de 4

N°	Pregunta	Respuesta
22e	¿El médico le explicó a Ud. O sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá: tipo de medicamento, dosis, efectos adversos?	Totalmente de acuerdo.
		De acuerdo.
		No sé no tengo opinión.
		En desacuerdo.
		Totalmente en desacuerdo.

### Información General

Nombre del servicio recibido	
Edad de la paciente	
Días de estancia	
Problema o condición atendido	



<b>CÓDIGO : CP.8.2.2.01</b>	<b>VERSIÓN: 1.0</b>	<b>FECHA: 31/03/2013</b>
-----------------------------	---------------------	--------------------------

**PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR EL PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA**

- 1 Unidad Administrativa:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 Objetivo:** Establecer una regulación básica para elaborar el programa de auditoría interna del sistema de gestión de calidad, para asegurar que el sistema cumple los requisitos de la norma ISO 9001:2008 y es implementado y mantenido de manera eficaz.
- 3 Alcance:** El alcance de este procedimiento se extiende a la planificación de las auditorías internas del sistema de gestión de calidad, para los procesos y los servicios que se encuentran dentro del alcance del sistema.

**4 Definiciones:**

- 4.1 Programa de auditoría: conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas a un propósito específico. El programa incluye todas las actividades necesarias para planificar, organizar y llevar a cabo las auditorias.
- 4.2 Registros: Documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos.
- 4.3 UOC: Unidad Organizativa de la Calidad.

**5 Requisitos Previos:**

No aplica.

**6 Criterios de aceptación:**

- 6.1 Programa de auditoría elaborado.

**7 Documentos internos de referencia:**

<b>Código</b>	<b>Nombre</b>

**8 Documentos externos:**

<b>Nombre del documento externo</b>	<b>Fecha de expedición</b>	<b>Entidad que lo expide</b>	<b>Descripción</b>

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres

Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

### 9 Indicadores:

Código	Nombre

### 10 Registros:


Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
	Programa de auditoria	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años

### 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Representante de la Unidad Organizativa de la calidad.	Debe conocer los procesos, y servicios que se incluyen en el alcance del Sistema de Gestión de Calidad.
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	


### 12 Unidades de soporte

Ninguna

	<b>PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR EL PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA</b>	Código: <b>CP.8.2.2.01</b>
	<b>DIRECCION</b> <b>UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 3 de 6

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Unidad Organizativa de la Calidad	1	Identificar y elaborar la lista de de los Procesos y los Servicios correspondientes, que se encuentran dentro del alcance del sistema de gestión de calidad.
Unidad Organizativa de la Calidad	2	<p>Establecer todas las auditorias según los siguientes tipos según corresponda, para el periodo de un año:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorias de conformidad: Para cada apartado de la norma ISO 9001:2008 se deberán establecer una o varias auditorias según se considere conveniente.</li> <li>• Auditorias de los procesos: Para cada proceso identificado en el paso 1, se deberá establecer este tipo de auditoría.</li> <li>• Auditorias de los servicios: Para cada servicio identificado en el paso 1, se deberá establecer este tipo de auditoría.</li> </ul> <p>Para cada auditoria identificada se desbeberá nombrar de la siguiente forma según el tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditoria del Apartado &lt;&lt;número del apartado&gt;&gt; de la norma ISO 9001:2008.</li> <li>• Auditoria de los apartados &lt;&lt;números de los apartados separados por comas&gt;&gt; de la norma ISO 9001:2008. ( en caso de que la auditoria considere varios apartados a la vez.</li> <li>• Auditoria del proceso &lt;&lt;nombre del proceso&gt;&gt;.</li> <li>• Auditoria del servicio &lt;&lt;nombre del servicio&gt;&gt;</li> </ul>
Unidad Organizativa de la Calidad	3	<p>Se deben definir las fechas para cada auditoria identificada en el paso 2 con las siguientes actividades básicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición de responsables de la auditoria.</li> <li>• Preparación de la auditoria.</li> <li>• Elaboración de informe de auditoría.</li> <li>• Revisión de la implementación de las acciones correctoras y preventivas resultados de la auditoria.</li> </ul>



	<b>PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR EL PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA</b>	Código: <b>CP.8.2.2.01</b>
	<b>DIRECCION</b> <b>UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 4 de 6

Unidad Organizativa de la Calidad	4	<p>Elaborar el programa de auditoría interna según el formato establecido, conteniendo todas las auditorias que se requerirán en el año con sus respectivas fechas de realización.</p> <p>Verificar que todos los procesos que se encuentran dentro del alcance del sistema de gestión de calidad y sus respectivos servicios, están considerados en el programa de auditoría interna. Así como también verificar que todos los apartados de la norma han sido considerados.</p>
Unidad Organizativa de la Calidad	5	Someter a aprobación de la dirección el programa anual de auditoría.
Director	6	Aprueba el programa de auditoría elaborado. En caso que lo observe se retorna al paso 2.
Unidad Organizativa de la calidad	7	Informar a las jefaturas de las unidades que participan en los procesos y los servicios brindados el programa de auditoría. Se deberá evidenciar que programa ha sido recibido pos las áreas involucradas mediante una ficha anexa al programa de auditoría.
Unidad Organizativa de la calidad	8	Colocar el programa de auditoría en el repositorio de documentos del SGC.  Fin del procedimiento.



**PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR EL PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA**

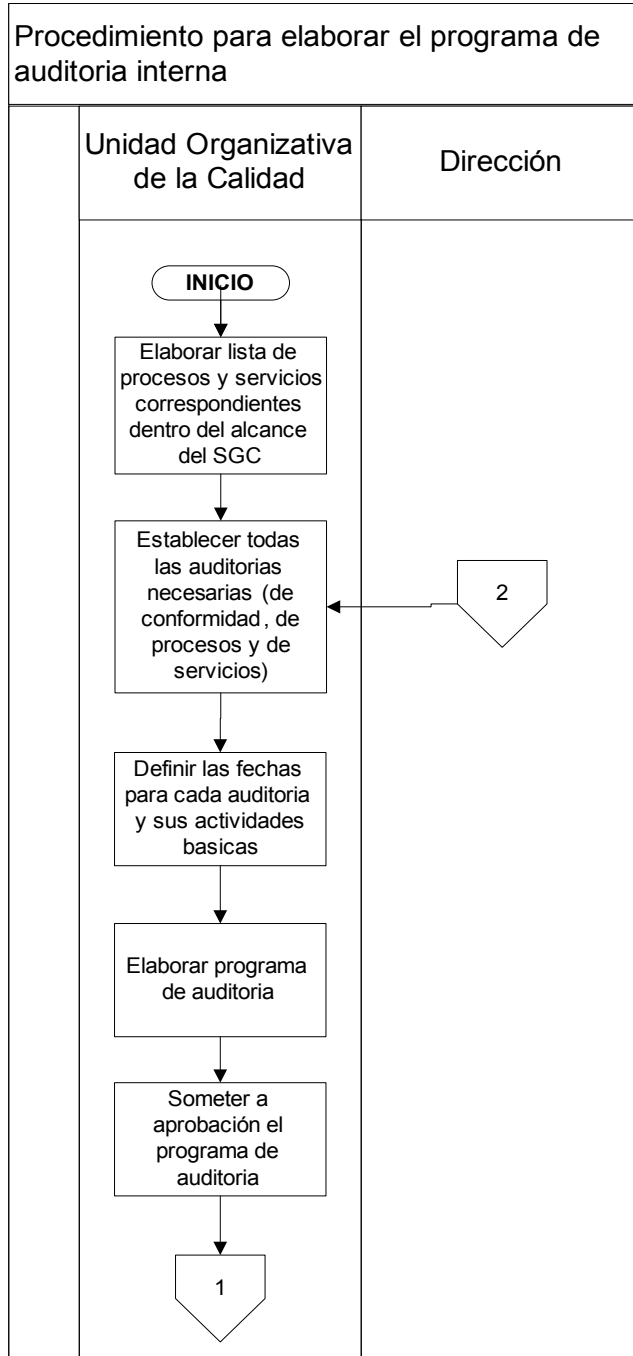
Código:  
**CP.8.2.2.01**

**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 5 de 6

**13 Diagrama de Flujo**





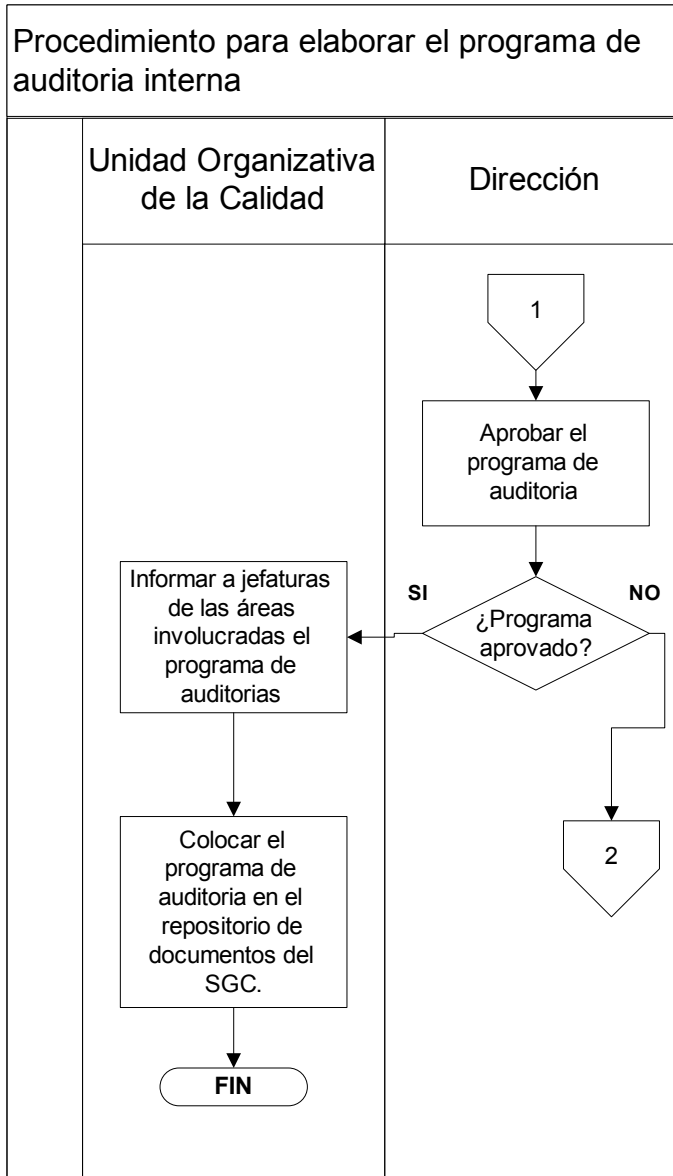
**PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR EL PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA**

Código:  
**CP.8.2.2.01**

**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 6 de 6





<b>CÓDIGO : CP.8.2.2.02</b>	<b>VERSIÓN: 1.0</b>	<b>FECHA: 31/03/2013</b>
-----------------------------	---------------------	--------------------------

**PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACION DE LA AUDITORIA INTERNA**

- 1 Unidad Administrativa:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 Objetivo:** Establecer una regulación básica para preparar los diferentes tipos de auditorías internas que definidas el programa de auditoría interna del sistema de gestión de calidad.
- 3 Alcance:** El alcance de este procedimiento abarca desde la selección de los responsables de realizar la auditoria hasta la elaboración de los planes de los diferentes auditorías internas del sistema de gestión de calidad, procesos y los servicios que se encuentran dentro del alcance del sistema.
- 4 Definiciones:**
  - 4.1 Alcance de la auditoría: extensión y límites de una auditoría. El alcance de la auditoría incluye generalmente una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos, así como el período de tiempo cubierto.
  - 4.2 Criterios de auditoría: conjunto de políticas, procedimientos o requisitos.
  - 4.3 Programa de auditoría: conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas a un propósito específico. El programa incluye todas las actividades necesarias para planificar, organizar y llevar a cabo las auditorias.
  - 4.4 Plan de auditoría: descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.
  - 4.5 Registros: Documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos.
  - 4.6 UOC: Unidad Organizativa de la Calidad.
- 5 Requisitos Previos:**
  - 5.1 Programa de auditoría elaborado.
- 6 Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Plan de auditoría elaborado.
- 7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
--------	--------

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres


### 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

### 9 Indicadores:

Código	Nombre

### 10 Registros:


Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
	Plan de auditoria	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años

### 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Representante de la Unidad Organizativa de la calidad.	Debe conocer los procesos, y servicios que se incluyen en el alcance del Sistema de Gestión de Calidad.
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	

### 12 Unidades de soporte

Ninguna

	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACION DE LA AUDITORIA INTERNA</b>	Código: <b>CP.8.2.2.02</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 3 de 7

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Unidad Organizativa de la Calidad	1	Identificar la auditoria del programa de auditorías internas a preparar.
Unidad Organizativa de la Calidad	2	<p>Seleccionar los responsables de realizar de la auditoria tomando en cuenta los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las habilidades o experiencia necesaria según el tipo de auditoría (Auditoria de conformidad con la norma ISO, auditoria de procesos o auditoria de lo servicios), preferiblemente que haya participado en auditorias anteriores.</li> <li>Asegurar la objetividad e imparcialidad del auditor.</li> <li>Los auditores seleccionados no pueden auditar su propio trabajo o tener alguna responsabilidad directa sobre el mismo.</li> </ul>
Unidad Organizativa de la Calidad	3	Notificar por escrito a los responsables a realizar la auditoria establecida en el programa de auditorías.
Responsables de la Auditoria	4	<p>Preparar acorde al tipo de auditoría los siguientes elementos:</p> <p><b>Auditorias de conformidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Objetivo de la auditoria:</b> Establecer puntualmente el propósito de la auditoria.</li> <li><b>Alcance de la auditoria:</b> Este consiste en los capítulos o apartados de la norma ISO 9001:2008, que cubrirá la auditoria.</li> <li><b>Periodo a considerar:</b> En los apartados que aplique se deberá establecer a partir de qué fecha se verificaran las evidencias.</li> <li><b>Criterios de auditoría:</b> Son el conjunto de evidencias (documentos, registros, etc) que se deben proporcionar para demostrar el cumplimiento de los diferentes apartados o requisitos exigidos por la norma.</li> </ul> <p><b>Auditorias del proceso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Objetivo de la auditoria:</b> Establecer puntualmente el propósito de la auditoria, que en principio van orientadas a examinar si las actividades son desarrolladas según lo planificado y que los recursos son utilizado eficazmente.</li> <li><b>Alcance de la auditoria:</b> Se deben identificar el proceso a auditar o las etapas del proceso considerando la importancia de las</li> </ul>



**PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACION DE LA AUDITORIA INTERNA**


Código:  
**CP.8.2.2.02**

**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 4 de 7

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
		<p>mismas en caso de ser necesario priorizar y no poder hacerlo para todas las etapas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Criterios de auditoría:</b> Son el conjunto de elementos o requisitos establecidos en la caracterización de los procesos y procedimientos que se deben verificar para demostrar la conformidad de la realización del servicio. Para ello se deben definir las evidencias de los siguientes aspectos del proceso: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El cumplimiento de las salidas y resultados, según las mediciones y objetivos del proceso.</li> <li>○ Identificar si los resultados de los pasos claves del proceso son consistentes, con las mediciones o indicadores.</li> <li>○ Los materiales y equipos que están siendo utilizados son los especificados y se encuentran bajo condiciones controladas.</li> </ul> </li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La realización de las actividades del proceso están acorde a los métodos, guías clínicas y procedimientos establecidos.</li> <li>○ La información generada por del proceso es la que se ha definido y está siendo utilizada adecuadamente.</li> <li>○ Se realizan las evaluaciones establecidas para confirmar que las salidas de cada etapa están controladas y cumplen con los objetivos.</li> <li>○ Establecer si las medidas previstas para prevenir fallas están siendo eficaces.</li> <li>○ Establecer si el rendimiento del proceso está siendo medido según los indicadores acordados, y los resultados debidamente registrados.</li> <li>○ Establecer si se toman las medidas apropiadas cuando no se cumplen los objetivos del rendimiento de los procesos.</li> <li>○ Establecer si se han realizado evaluaciones para mejorar el proceso y si se han implementado las mejoras.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Periodo a considerar:</b> se debe definir a partir de qué fecha se verificaran las evidencias que demuestran el mantenimiento y eficacia del proceso, en principio se deberá partir desde la fecha de la ultima auditoria.</li> </ul> <p><b>Auditorias del servicio:</b></p>

	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACION DE LA AUDITORIA INTERNA</b>	Código: <b>CP.8.2.2.02</b>
	<b>DIRECCION</b>	Versión: 1
	<b>UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Página 5 de 7

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Objetivo de la auditoria:</b> Establecer puntualmente el propósito de la auditoria.</li> <li>• <b>Alcance de la auditoria:</b> Consiste en definir los servicios que se verificaran en la auditoria.</li> <li>• <b>Periodo a considerar:</b> Se deberá establecer a partir de qué fecha se indagara las evidencias para verificar la conformidad del servicio brindado.</li> <li>• <b>Criterios de auditoría:</b> Son el conjunto de evidencias que se deben proporcionar para demostrar el cumplimiento de los requisitos o necesidades que deben satisfacer los servicios. Para esto se deberán utilizar las especificaciones definidas en el apartado 7.2 de la norma.</li> </ul>
		<p>Para los tres tipos de auditoria se debe definir el <b>listado de actividades básicas a desarrollar</b> durante la auditoria y sus fechas de realización.</p> <p><b>Nota:</b> Para establecer los criterios de auditoría se pueden considerar los resultados de auditorías anteriores, para priorizar algunos aspectos sobre otros.</p>
Responsables de la Auditoria	5	<p>Elaborar el plan de la auditoria según los formatos establecidos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de plan de auditoría del Sistema de Gestión de Calidad.</li> <li>• Formato de plan de auditoría del proceso</li> <li>• Formato del plan de auditoría del servicio</li> </ul>
Unidad Organizativa de la Calidad	6	<p>Verifica que se ha elaborado el plan de auditoría de acuerdo al propósito de la auditoria, procedimientos y formatos establecidos. Y Somete a aprobación de la dirección el plan de auditoría elaborado.</p>
Director	7	<p>Aprueba el programa de auditoría elaborado. En caso que lo observe se retorna al paso 2.</p>
Unidad Organizativa de la calidad	8	<p>Colocar el plan de la auditoría en el repositorio de documentos del SGC. Fin del procedimiento.</p>





**PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACION DE LA AUDITORIA INTERNA**

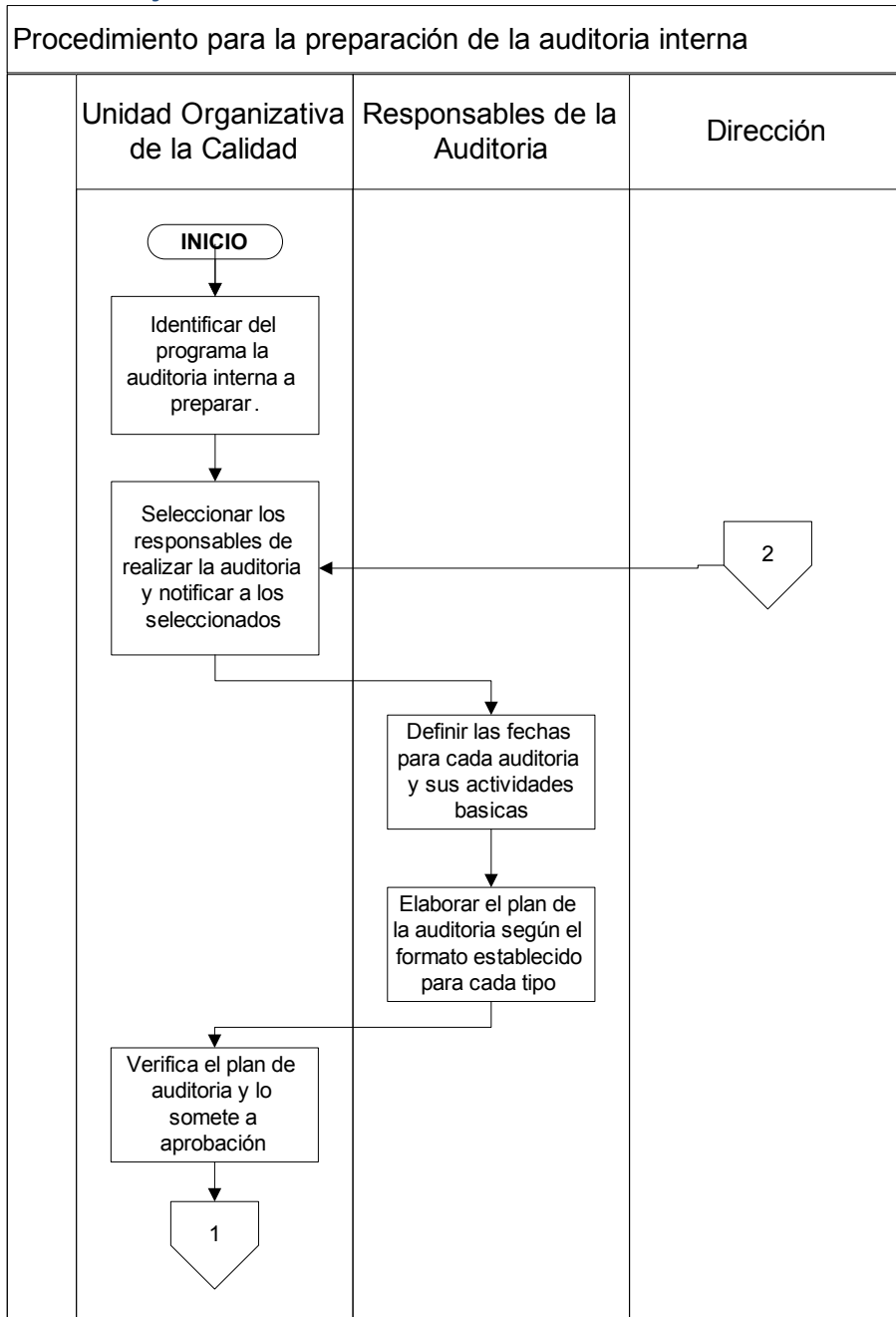
Código:  
**CP.8.2.2.02**

**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 6 de 7

**13 Diagrama de Flujo**





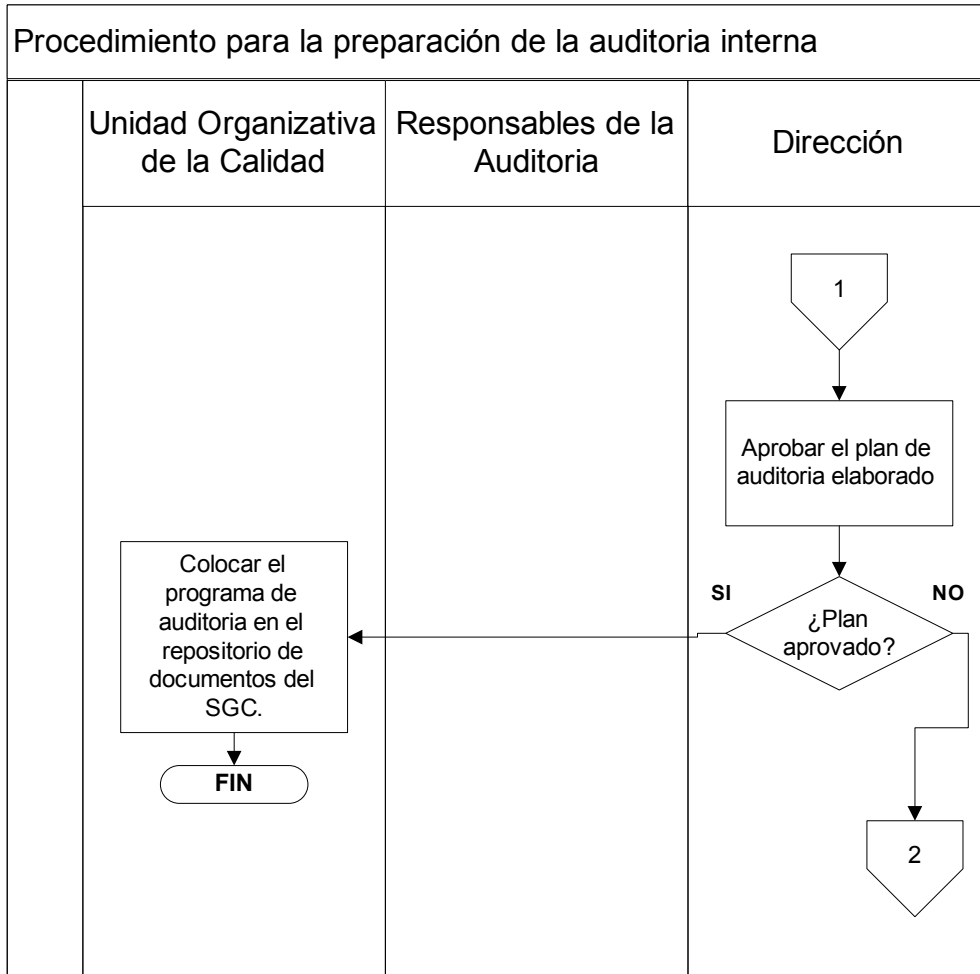
**PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACION DE LA AUDITORIA INTERNA**

Código:  
**CP.8.2.2.02**

**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 7 de 7





**CÓDIGO : CP.8.2.2.03**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31/03/2013**

**PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA AUDITORIA INTERNA**

- 1 Unidad Administrativa:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 Objetivo:** Establecer una regulación para realizar las auditorías internas programadas y preparadas.
- 3 Alcance:** El alcance de este procedimiento abarca desde la realización de la auditoria según el plan de auditoría previamente preparado hasta la elaboración del registro correspondiente de los resultados de la auditoria.
- 4 Definiciones:**
  - 4.1 Alcance de la auditoría: extensión y límites de una auditoría. El alcance de la auditoría incluye generalmente una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos, así como el periodo de tiempo cubierto.
  - 4.2 Criterios de auditoría: conjunto de políticas, procedimientos o requisitos.
  - 4.3 Programa de auditoría: conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas a un propósito específico. El programa incluye todas las actividades necesarias para planificar, organizar y llevar a cabo las auditorias.
  - 4.4 Plan de auditoría: descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.
  - 4.5 Registros: Documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos.
  - 4.6 UOC: Unidad Organizativa de la Calidad.
- 5 Requisitos Previos:**
  - 5.1 Plan de auditoría previamente preparado
- 6 Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Registro de los resultados de la auditoria elaborados.
- 7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres

--	--

**8 Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

**9 Indicadores:**

Código	Nombre

**10 Registros:**


Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
	Plan de auditoria	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años

**11 Recursos:**

Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Representante de la Unidad Organizativa de la calidad.	Debe conocer los procesos, y servicios que se incluyen en el alcance del Sistema de Gestión de Calidad.
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	

**12 Unidades de soporte**

Ninguna

	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACION DE LA AUDITORIA INTERNA</b>	Código: <b>CP.8.2.2.03</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 3 de 4

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Responsables de la Auditoria	1	Comunicar a los responsables del área a auditar las fechas y horarios en los que se desarrollara la auditoria.  Así como también se debe presentar el plan de auditoría elaborado explicando las actividades del plan, los elementos a auditar con los respectivos criterios de la auditoria.
Responsables de la Auditoria	2	En la fecha acordada se debe ejecutar el plan de auditoría y verificar los criterios de auditoría según los cuestionarios o puntos establecidos en el plan a través de los documentos que lo demuestran.  Cabe mencionar que se debe respetar el alcance de la auditoria establecido en el plan.
Responsables de la Auditoria	3	Al finalizar la realización de la auditoria se debe elaborar el informe de auditoría según el formato establecido especificando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las fechas en las que se realizo la auditoria.</li> <li>• Los objetivos que se habían establecido para la auditoria</li> <li>• Los resultados de la auditoria que se obtuvieron luego de aplicar los instrumentos, cuestionarios, etc. Especificando las conformidades, las no conformidades y/o desviaciones encontradas.</li> <li>• El listado de acciones correctivas que se debe realizar.</li> <li>• Observaciones propias de los responsables de la auditoria.</li> </ul>
Responsables de la Auditoria	4	En caso de que se encuentren no conformidades en los resultados de la auditoria, se deberán establecer las actividades en el respectivas con sus respectivas acciones correctivas, para dichas acciones se deberán seguir los procedimientos establecidos en el apartado 8.5 del manual de calidad.
Unidad Organizativa de la Calidad	5	Verifica que se ha realizado la auditoría interna según el plan de auditoría establecido y que los resultados de la auditoria se elaboraron según los formatos establecidos.
Unidad Organizativa de la calidad	6	Colocar el registro de los resultados de la auditoría en el repositorio de documentos del SGC.  Fin del procedimiento.



**PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACION DE LA AUDITORIA INTERNA**

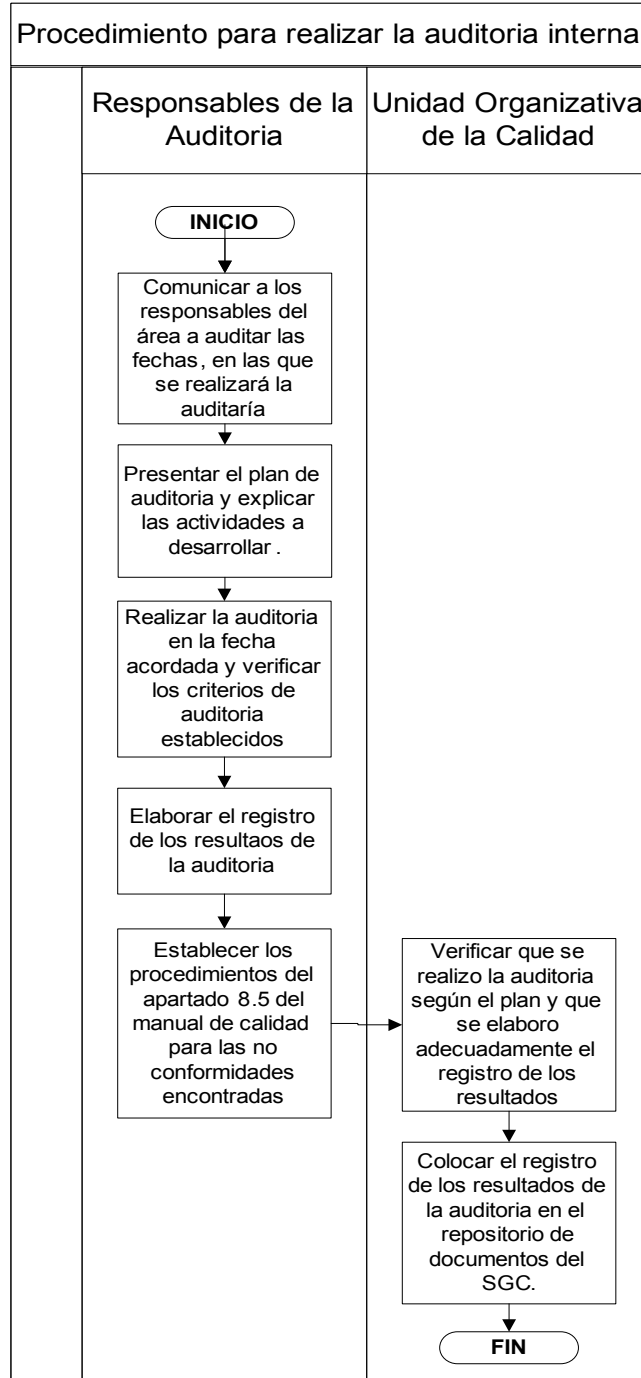
Código:  
**CP.8.2.2.03**


**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 4 de 4

**13 Diagrama de Flujo**



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.8.2.2.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 1 de 3</p>

**Código programa de auditoría interna:**

Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad para el programa de auditoría interna.

**Contenido**

1. PROGRAMA	2
2. ANEXOS	3

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos del director.</p>



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

## PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA (FORMATO)

Código: FO.8.2.2.01

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 2 de 3

### 1. PROGRAMA

Nombre de la auditoria y actividades		Fecha de inicio	Fecha de fin
<b>1.0 Auditoria del Apartado &lt;&lt;número del apartado&gt;&gt; de la norma ISO 9001:2008.</b>			
1.1	Definición de responsables de la auditoria.		
1.2	Preparación de la auditoria.		
1.3	Elaboración de informe de auditoría.		
1.4	Revisión de la implementación de las acciones correctoras y preventivas resultados de la auditoria.		
<b>2.0 Auditoria del proceso &lt;&lt;nombre del proceso&gt;&gt;.</b>			
2.1	Definición de responsables de la auditoria.		
2.2	Preparación de la auditoria.		
2.3	Elaboración de informe de auditoría.		
2.4	Revisión de la implementación de las acciones correctoras y preventivas resultados de la auditoria.		
<b>3.0 Auditoria del servicio &lt;&lt;nombre del servicio&gt;&gt;</b>			
3.1	Definición de responsables de la auditoria.		
3.2	Preparación de la auditoria.		
3.3	Elaboración de informe de auditoría.		
3.4	Revisión de la implementación de las acciones correctoras y preventivas		





HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

## PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA (FORMATO)

Código: FO.8.2.2.01

Versión:  
1.0


Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 3 de 3

Nombre de la auditoria y actividades	Fecha de inicio	Fecha de fin
resultados de la auditoria.		

## 2. ANEXOS

N° -Nombre de la auditoria	Nombre de la Unidad, Área o Sección	Nombre del Jefe responsable	Firma
1. 0 Auditoria del Apartado <<número del apartado>> de la norma ISO 9001:2008.			
2. 0 Auditoria del proceso <<nombre del proceso>>.			
3. 0 Auditoria del servicio <<nombre del servicio>>			

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.8.2.2.02</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 1 de 29</p>


**Código plan de auditoría interna:**

Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad para el programa de auditoría interna.

### Contenido

1. OBJETIVO	2
2. ALCANCE	2
3. RESPONSABLES DE LA AUDITORIA	2
4. PERÍODO A CONSIDERAR	2
5. CRITERIOS DE AUDITORIA	3
6. ACTIVIDADES A REALIZAR	29

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos del director.</p>

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.8.2.2.02</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 2 de 29</p>

**1. OBJETIVO**

Establecer puntualmente el propósito de la auditoria.

**2. ALCANCE DE LA AUDITORIA**


Establecer los capítulos o apartados de la norma ISO 9001:2008, que cubrirá la auditoria.

**3. RESPONSABLES DE LA AUDITORIA**

Nombre del responsable	División, Departamento, Unidad, o Sección	Cargo/rol

**4. PERÍODO A CONSIDERAR**

Establecer la fecha a partir de la cual se revisaran las evidencias que correspondan (en principio debe ser a partir de la ultima auditoria), de los capítulos o apartados de la norma ISO 9001:2008, que cubrirá la auditoria.

	HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN	<b>PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD (FORMATO)</b>		
		<b>Código:</b> FO.8.2.2.03	<b>Versión:</b> 1.0	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013

## 5. CRITERIOS DE AUDITORIA

Se sugiere el siguiente cuestionario para realizar la auditoria de los apartados del sistema de gestión de calidad, se incluyen los criterios e valoración sugeridos pero pueden ampliarse según se considere.

Conteste a las preguntas de este cuestionario indicando, marcando una X, en la valoración 0, 1, 2, 3 ó 4, eligiendo de las cinco descripciones siguientes, la que más se adapte a la situación actual del Hospital:

Calificación	Descripción
<b>0</b>	Prácticamente no se realiza o no se tiene
<b>1</b>	Se tiene o se realiza parcialmente (en ocasiones puntuales)
<b>2</b>	Se tiene o se realiza generalmente (en la mayoría de los casos)
<b>3</b>	Se tiene o se realiza sistemáticamente y en casi todas las áreas.
<b>4</b>	Se tiene o se realiza siempre y de forma total, y somos un ejemplo para el sector.

### Apartado4: Sistema de Gestión de Calidad

Nº	APARTADO DE LA NORMA	VALORACIÓN					CRITERIOS DE VALORACIÓN
	<b>4.1 Requisitos generales</b>						
1	¿Se encuentran identificados los procesos del sistema?	0	1	2	3	4	Manual de procesos de: Atención del parto y posparto y Atención del Recién Nacido
2	¿Se identifican y controlan los procesos subcontratados externamente?	0	1	2	3	4	Procedimiento de control de los servicios subcontratados externamente
	<b>4.2 Requisitos de la documentación</b>						



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD  
(FORMATO)**

Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 4 de 29

N°	APARTADO DE LA NORMA	VALORACIÓN					CRITERIOS DE VALORACIÓN
<b>4.2.1 Generalidades</b>							
3	¿Existe un documento de política de calidad?	0	1	2	3	4	Política de calidad documentada
4	¿Existe un documento de objetivos de calidad?	0	1	2	3	4	Objetivos de calidad documentados
5	¿Existe un manual de calidad?	0	1	2	3	4	Manual de calidad
6	¿Existen procedimientos documentados exigidos por la norma y necesarios para el desarrollo del sistema?	0	1	2	3	4	Procedimientos documentados que describen claramente la secuencia de los procesos necesarios para garantizar la conformidad del servicio.
<b>4.2.2 Manual de la calidad</b>							
7	¿El manual incluye el alcance del sistema de gestión de la calidad?	0	1	2	3	4	Alcance del sistema de gestión de calidad documentado
8	¿El manual incluye las exclusiones del apartado 7 y su justificación?	0	1	2	3	4	Exclusiones de los requisitos de la Norma ISO 9001: 2008 documentadas
9	¿El manual incluye o cita a todos los procedimientos documentados?	0	1	2	3	4	Procedimientos documentados
10	¿El manual de calidad incluye la interacción de los procesos?	0	1	2	3	4	Interacción de los procesos documentada
<b>4.2.3 Control de los documentos</b>							
11	¿Existe un procedimiento documentado para el control de documentos?	0	1	2	3	4	Procedimiento para el control de la documentación
12	¿Existe una metodología documentada adecuada para la aprobación de documentos?	0	1	2	3	4	Metodología documentada para la aprobación de documentos
13	¿Los documentos revisados cumplen con	0	1	2	3	4	Lista de documentos



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD  
(FORMATO)**

Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 5 de 29

N°	APARTADO DE LA NORMA	VALORACIÓN					CRITERIOS DE VALORACIÓN
	esta metodología de aprobación?						Los documentos del manual cumplen con la metodología
14	¿Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos?	0	1	2	3	4	Metodología documentada para la revisión y actualización de documentos
15	¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de revisión y actualización?	0	1	2	3	4	Lista de documentos revisados Los documentos revisados han seguido examinados en base a la metodología de revisión y actualización
16	¿Existe una metodología documentada adecuada para la identificación de los cambios de los documentos y el estado de la versión vigente?	0	1	2	3	4	Metodología documentada adecuada para la identificación de los cambios de los documentos y el estado de la versión vigente
17	¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de identificación de cambios y estado de revisión?	0	1	2	3	4	Lista de documentos revisados
18	¿Existe una metodología documentada adecuada para la distribución de los documentos que los haga disponibles en los puestos de trabajo?	0	1	2	3	4	Metodología documentada adecuada para la distribución de los documentos que los haga disponibles en los puestos de trabajo
19	¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de distribución de documentos?	0	1	2	3	4	Lista de documentos distribuidos
20	¿Los documentos son legibles e identificables?	0	1	2	3	4	Lista de documentos Muestra del 20% de los documentos para Comprobar que son legibles e identificables
21	¿Se han identificado documentos de origen externo y se controlan y distribuyen adecuadamente?	0	1	2	3	4	Lista de documentos de origen externo debidamente controlados.
22	¿Existe una metodología adecuada para	0	1	2	3	4	Metodología documentada para evitar el uso obsoleto de



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD  
(FORMATO)**


Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 6 de 29

N°	APARTADO DE LA NORMA	VALORACIÓN					CRITERIOS DE VALORACIÓN
	evitar el uso de documentos obsoletos?						documentos
23	¿Los documentos obsoletos han sido tratados según la metodología definida?	0	1	2	3	4	Lista de documentos obsoletos
24	¿Los listados de documentos existentes se encuentran correctamente actualizados?	0	1	2	3	4	Listado de documentos y fecha de actualización
<b>4.2.4 Control de los registros</b>							
25	¿Existe un procedimiento documentado para el control de los registros?	0	1	2	3	4	Procedimiento documentado para el control de los registros
26	¿Existe una metodología para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de los registros?	0	1	2	3	4	Metodología para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de los registros
27	¿Los registros revisados cumplen con esta metodología?	0	1	2	3	4	Listado de registros revisados
28	¿El procedimiento describe la conservación y protección de registros en formato digital?	0	1	2	3	4	Metodología para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de los registros
29	¿Se realizan copias de seguridad de los registros informáticos?	0	1	2	3	4	Información de las copias de seguridad de los registros informáticos

	HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN	<b>PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  GESTION DE CALIDAD  (FORMATO)</b>		
		<b>Código:</b> FO.8.2.2.03	<b>Versión:</b> 1.0	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013

## Apartado 5: Responsabilidad de la Dirección

N°	REQUISITOS	VALORACIÓN					CRITERIOS DE VALORACIÓN
<b>5.1 Compromiso de la dirección</b>							
1	¿Se comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos del servicio brindado al cliente (médicos y legales)?	0	1	2	3	4	Un documento que contenga: - Una lista de requisitos regulatorios gubernamentales, legales y requisitos del servicio - Identificación del Mecanismo de comunicación utilizado.
2	¿Se ha establecido la política de la calidad?	0	1	2	3	4	Un documento que contenga: Una política de alto nivel relacionada a los objetivos y políticas organizacionales.
3	¿Se asegura el establecimiento de los objetivos de la calidad?	0	1	2	3	4	Un documento que contenga: Objetivos de calidad vinculados a la política de calidad
4	¿Se llevan a cabo revisiones del sistema de calidad?	0	1	2	3	4	Procedimientos que describen Revisiones por la dirección de la gestión de la calidad;
5	¿Se asegura la disponibilidad de los recursos necesarios: Humanos, instalaciones y equipos?	0	1	2	3	4	Identificación de las fortalezas y debilidades de la organización Procedimientos de la Gestión de los recursos; Procedimientos de revisión del contrato; Revisiones por la dirección; Plan financiero.
<b>5.2 Enfoque al cliente</b>							
6	¿Se asegura la determinación de los requisitos, tanto médicos como legales, del servicio recibido por los pacientes?	0	1	2	3	4	Procedimiento de identificación de las características de los servicios que permiten satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes
7	¿Se asegura que se analice la información relativa a la satisfacción del	0	1	2	3	4	Resultados de Encuestas de satisfacción del paciente Informe recibido por la dirección con los resultados de la





HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD  
(FORMATO)**

Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 8 de 29

N°	REQUISITOS	VALORACIÓN					CRITERIOS DE VALORACIÓN
	paciente?						investigación de la satisfacción del paciente.
<b>5.3 Política de la calidad</b>							
8	¿Se asegura la coherencia de la política de la calidad con la realidad del Hospital?	0	1	2	3	4	Descripción de cómo la organización se acerca a la calidad y cómo garantiza que este enfoque es adecuado tanto para el paciente y su propia organización
9	¿Existe un compromiso de mejorar continuamente el sistema de Gestión de Calidad?	0	1	2	3	4	Documento de la revisión a la gestión de calidad actual junto con las recomendaciones de mejora propuestas
10	¿Se asegura que los objetivos de la calidad están de acuerdo a las directrices de la política?	0	1	2	3	4	Documento de la metodología para la revisión de la política de calidad.
11	¿Se asegura que la comunicación de la política es adecuada y se evidencia que es entendida por el personal del Hospital?	0	1	2	3	4	Listado de mecanismos usados para comunicar la política de calidad al personal del Hospital
12	¿Se asegura la documentación de la metodología para la revisión de la política y se evidencia esta revisión?	0	1	2	3	4	Documento de la metodología para la revisión de la política de calidad. Número de Reuniones hechas por la dirección de Hospital, con el propósito de revisar la política de calidad.
<b>5.4 Planificación</b>							
<b>5.4.1 Objetivos de la calidad</b>							
13	¿Existe un compromiso de cumplir con los requisitos del servicio brindado al paciente?	0	1	2	3	4	Objetivo que defina el compromiso de cumplir con los requisitos del cliente



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD  
(FORMATO)**

Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 9 de 29

N°	REQUISITOS	VALORACIÓN					CRITERIOS DE VALORACIÓN
14	¿Se asegura que los objetivos de la calidad están de acuerdo a las directrices de la política?	0	1	2	3	4	Documento con la metodología para la revisión de la política y la política.
15	¿Se asegura que los objetivos se han fijado en funciones y niveles pertinentes dentro del hospital, de manera que ofrezcan una mejora continua de la organización?	0	1	2	3	4	Documento con las declaraciones de política que define los objetivos de la empresa y los responsables de la consecución de estos objetivos.
16	¿Se asegura que los objetivos son medibles y están asociados a un indicador?	0	1	2	3	4	Documento con los objetivos de calidad del Hospital y sus indicadores.
17	¿Se asegura que los objetivos se encuentran desarrollados en planes de actividades para su cumplimiento?	0	1	2	3	4	Planes operativos con los objetivos de calidad del Hospital
18	¿Se asegura que se encuentran definidos los recursos, las fechas previstas y responsabilidades para las actividades del plan de objetivos?	0	1	2	3	4	Documento con las declaraciones de política que define los objetivos los responsables de la consecución de estos objetivos.
19	¿Los objetivos evidencian mejora continua respecto a valores de periodos anteriores?	0	1	2	3	4	Informe con los indicadores del cumplimiento de los objetivos de calidad de varios periodos.
20	¿Las actividades de los objetivos y el seguimiento de los mismos se está realizando según lo planificado?	0	1	2	3	4	Evaluaciones realizadas y documentadas al cumplimiento de los objetivos.
<b>5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad</b>							
21	¿Se realizan planes para el personal (admisión, formación, desarrollo, etc.) evaluando el rendimiento y las	0	1	2	3	4	Documentación de la identificación y planificación de las actividades y recursos necesarios para alcanzar los objetivos de calidad de la organización.



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD  
(FORMATO)**

Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 10 de 29

N°	REQUISITOS	VALORACIÓN					CRITERIOS DE VALORACIÓN
	necesidades de desarrollo de todas las personas?						
22	¿Se revisan de forma sistemática los planes comparando resultados con objetivos e implicando a todos los afectados en los cambios necesarios?	0	1	2	3	4	Procesos y procedimientos utilizados por la alta dirección para definir y planificar la manera en que su organización se ejecuta
<b>5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación</b>							
<b>5.5.1 Responsabilidad y autoridad</b>							
23	¿Se asegura la definición de los cargos o funciones del Hospital en un organigrama y fichas de puesto?	0	1	2	3	4	Documento con la definición de los roles, responsabilidades y líneas de autoridad, manual de puestos y funciones del HNEM.
24	¿Se asegura la documentación de las responsabilidades de cada puesto de trabajo referidas para el sistema de gestión de la calidad?	0	1	2	3	4	Revisiones del manual de funciones y puestos del la UOC.
25	¿Se asegura la adecuada comunicación de las responsabilidades a cada uno de los empleados del hospital?	0	1	2	3	4	Documento con la definición de las funciones y la metodología para comunicarla a todo el personal
<b>5.5.2 Representante de la dirección</b>							
26	¿Se encuentra documentada la asignación del representante de la dirección a algún cargo o puesto del Hospital para que administre el Sistema de Gestión de Calidad?	0	1	2	3	4	Documento donde se establezca el nombre de la unidad o departamento y personal a cargo de la gestión de la calidad en el Hospital.



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD  
(FORMATO)**


Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 11 de 29

N°	REQUISITOS	VALORACIÓN					CRITERIOS DE VALORACIÓN
27	¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye el aseguramiento del establecimiento, implementación y mantenimiento de los procesos del sistema?	0	1	2	3	4	Manual de funciones del personal encargado de la gestión de la calidad
28	¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema y de las necesidades de mejora?	0	1	2	3	4	Manual de funciones del personal encargado de la gestión de la calidad
29	¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de asegurarse de la promoción de la toma de conciencia de los requisitos del servicio brindado a los paciente?	0	1	2	3	4	Manual de funciones del personal encargado de la gestión de la calidad
30	¿Existen evidencias documentadas del cumplimiento de las responsabilidades del representante de la dirección?	0	1	2	3	4	Documentos que evidencian el cumplimiento de las responsabilidades del representante de la dirección
<b>5.5.3 Comunicación interna</b>							
31	¿Se encuentra evidencia de procesos de comunicación eficaces para el correcto desempeño de los procesos?	0	1	2	3	4	Documentos o acciones que confirman que los requisitos de la gestión de la calidad son comunicados en toda la empresa  Lista de mecanismos utilizados para la comunicación interna de la institución

	HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN	<b>PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD (FORMATO)</b>		
		<b>Código:</b> FO.8.2.2.03	<b>Versión:</b> 1.0	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013

N°	REQUISITOS	VALORACIÓN					CRITERIOS DE VALORACIÓN
<b>5.6 Revisión por la dirección</b>							
<b>5.6.1 Generalidades</b>							
32	¿Se encuentran definida la frecuencia de realización de las revisiones del sistema?	0	1	2	3	4	Procedimientos de auditoría del sistema de Gestión de Calidad
33	¿Se incluye en el registro de informe de revisión, el análisis de oportunidades de mejora, la necesidad de cambios en el sistema y el análisis de la política y los objetivos de la calidad?	0	1	2	3	4	Documento que confirma el análisis de oportunidades de mejora, la necesidad de cambios en el sistema y el análisis de la política y los objetivos de la calidad.
34	¿Se identifican y mantienen los registros de la revisión por la dirección?	0	1	2	3	4	Documento de informe de las reuniones con el objetivo de revisar el sistema de gestión de la Calidad
<b>5.6.2 Información de entrada para la revisión</b>							
35	¿Se solicitan los resultados de las auditorías internas para realizar la revisión del sistema?	0	1	2	3	4	Informe de auditorías internas previas Comprobante de uso de los informes de auditorías previas para la revisión del Sistema de Gestión de la Calidad
36	¿Se solicitan los resultados de satisfacción de los pacientes y sus reclamos para realizar la revisión del sistema?	0	1	2	3	4	Informe de la investigación de la satisfacción de los paciente Comprobante de uso de los resultados de la investigación de la satisfacción de los pacientes
37	¿Se solicita el informe de indicadores de desempeño de cada uno de los procesos para realizar la revisión del sistema?	0	1	2	3	4	Comprobante de uso de los indicadores de desempeño en la revisión del sistema



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD  
(FORMATO)**


Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 13 de 29

N°	REQUISITOS	VALORACIÓN					CRITERIOS DE VALORACIÓN
38	¿Se solicita el estado de las acciones correctivas y preventivas para realizar la revisión del sistema?	0	1	2	3	4	Informe del estado de las acciones correctivas y preventivas para realizar la revisión del sistema  Comprobante de uso de los informes de estado de las acciones correctivas y preventivas en la revisión del Sistema
39	¿Se solicita el informe del análisis de las acciones resultantes de revisiones anteriores?	0	1	2	3	4	Informe de análisis de las acciones recomendadas en revisiones al sistema hechas anteriormente  Uso de los informes para la revisión del sistema
40	¿Se identifican los cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad, al momento de realizar la revisión del sistema?	0	1	2	3	4	Documento en el que se muestran los cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad
41	¿Se solicitan las recomendaciones para la mejora del sistema, al realizar la revisión del este?	0	1	2	3	4	Informe de recomendaciones previas al sistema de gestión de la calidad y el comprobante de uso para la revisión de sistema
<b>5.6.3 Resultados de la revisión</b>							
42	¿El informe de revisión contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad?	0	1	2	3	4	Documento con las decisiones y acciones para mejorar la eficiencia del sistema de gestión de la calidad
43	¿El informe de revisión contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora del servicio brindado a los pacientes?	0	1	2	3	4	Documento con las decisiones y acciones para mejorar el servicio brindado

	HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN	<b>PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD (FORMATO)</b>		
		<b>Código:</b> FO.8.2.2.03	<b>Versión:</b> 1.0	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013

N°	REQUISITOS	VALORACIÓN					CRITERIOS DE VALORACIÓN
44	¿El informe de revisión define los recursos necesarios para el desarrollo de estas acciones?	0	1	2	3	4	Documento con la determinación de recursos para las acciones definidas en la revisión del sistema

## Apartado 6: Gestión de los Recursos

N°	REQUISITOS	VALORACIÓN					CRITERIO DE VALORACIÓN
<b>6.1 Provisión de recursos</b>							
1	¿Dispone la organización de los recursos necesarios para mantener el sistema de gestión de la calidad y aumentar la satisfacción del cliente?	0	1	2	3	4	<p>En unidades relacionadas con los procesos (que están en el alcance del SGC)</p> <p>Estas unidades cuentan con la infraestructura (Espacio físico o camas acorde a la demanda del servicio, equipos biomédicos), Recurso Humano, medicinas e Insumos médicos necesarios.</p>
<b>6.2.1 Generalidades</b>							
2	¿Existe evidencia de evaluaciones al personal que brinda el servicio en base a educación, formación, habilidades y experiencia, y fichas por cada empleado para demostrar la competencia del mismo?	0	1	2	3	4	Se cuentan documentados las evaluaciones realizadas por el personal técnico competente en base a criterios establecidos por la dirección del hospital a los médicos de staff, residentes, Internos y enfermeras en las unidades relacionadas con los procesos (que están en el alcance del SGC).
<b>6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia</b>							
3	¿Se encuentra definida la competencia	0	1	2	3	4	Se encuentra el perfil definido para cada puesto de trabajo



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD  
(FORMATO)**

Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 15 de 29

N°	REQUISITOS	VALORACIÓN					CRITERIO DE VALORACIÓN
		0	1	2	3	4	
	necesaria para cada puesto de trabajo (o perfiles de puestos de trabajo) teniendo en cuenta la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas?						con la formación, experiencia y habilidades acorde a los requisitos legales e institucionales en las unidades relacionadas con los procesos (que están en el alcance del SGC).
4	¿Existe un plan de formación o de logro de competencias?	0	1	2	3	4	Se cuenta con un plan conteniendo las acciones calendarizadas para lograr las competencias necesarias o para actualizar sus conocimientos mediante formaciones del personal de las unidades relacionadas con los procesos (que están en el alcance del SGC).
5	¿Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas?	0	1	2	3	4	Se cuenta con una metodología autorizada por la dirección del hospital para valorar los resultados de las formaciones impartidas al personal de las unidades relacionadas con los procesos (que están en el alcance del SGC).
6	¿Existen registros de plan de formación, competencia necesaria de cada puesto, ficha de empleado y actos o certificados de formación, o similares?	0	1	2	3	4	Se tienen registros donde se identifique de las formaciones impartidas a cada miembro del personal según su puesto de trabajo en las unidades relacionadas con los procesos (que están en el alcance del SGC).
7	¿Existe evidencia documentada del cumplimiento de los requisitos de competencia para cada empleado de la organización?	0	1	2	3	4	Se mantienen los registros apropiados para cada empleado que valida que reúnen los requisitos de formación, habilidades y experiencia requerida para el puesto en el que desempeñan, en las unidades relacionadas con los procesos (que están en el alcance del SGC).
<b>6.3 Infraestructura</b>							
8	¿Es encuentra identificada la infraestructura necesaria y existente para la realización de los procesos?	0	1	2	3	4	Se encuentran identificados el espacio físicos exclusivos, los equipos biomédicos, servicios de manejo y evacuación de desechos, servicios de apoyo al diagnóstico, en las





HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD  
(FORMATO)**


Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 16 de 29

N°	REQUISITOS	VALORACIÓN					CRITERIO DE VALORACIÓN
		0	1	2	3	4	
							unidades que ejecutan los procesos que están en el alcance del SGC).
9	¿Existen planes o rutinas de mantenimiento preventivo para cada uno de los equipos?	0	1	2	3	4	Se tienen planes de mantenimiento conteniendo como mínimo ficha de cada equipo biomédico con una descripción detallada de las operaciones de mantenimiento a realizar y su respectiva frecuencia. Relacionados con los procesos (que están en el alcance del SGC).
10	¿Existen registros de las acciones de mantenimiento correctivo y preventivo realizadas?	0	1	2	3	4	Se tienen las órdenes de mantenimiento donde se ha registrado las tareas de mantenimiento preventivo y correctivo realizadas, en un lugar centralizado.
11	¿Existe una metodología definida para la realización de estas tareas de mantenimiento?	0	1	2	3	4	Existen indicaciones documentadas para realizar el mantenimiento, donde se especifique las indicaciones del fabricante de los equipos, calibraciones requeridas, el tipo de personal autorizado para realizar las tareas de mantenimiento.
<b>6.4 Ambiente de trabajo</b>							
12	Si existen condiciones específicas de trabajo, ¿Se encuentran definidas tales condiciones?	0	1	2	3	4	En las unidades relacionadas con los procesos (que están en el alcance del SGC).
13	¿Existen evidencias del mantenimiento de estas condiciones específicas de trabajo, en esas unidades?	0	1	2	3	4	Para las unidades relacionadas con los procesos (que están en el alcance del SGC).

	HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN	<b>PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD (FORMATO)</b>		
		<b>Código:</b> FO.8.2.2.03	<b>Versión:</b> 1.0	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013

## Apartado 7: Realización del Servicio

	REQUISITOS	VALORACIÓN					CRITERIO DE VALORACIÓN
	<b>7.1 Planificación de la realización del servicio</b>						
1	¿Dispone la organización de una planificación de los servicios que se brindan teniendo en cuenta los requisitos del cliente?	0	1	2	3	4	Se tienen documentados la planificación de los servicios que se brindaran en un periodo de tiempo determinado, considerando los objetivos de calidad y requisitos de los servicios, así como las actividades de verificación, validación, seguimiento, medición e inspección de los servicios brindados.
	<b>7.2 Procesos relacionados con el cliente</b>						
	<b>7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio</b>						
2	¿Se encuentran documentados los requisitos del cliente?	0	1	2	3	4	Se tiene la disponibilidad de un documento con las necesidades que el ciudadano espera que sean cubiertas por el servicio brindado.
3	¿Se han definido requisitos no especificados por el cliente pero propios del servicio?	0	1	2	3	4	Se cuenta con un documento con los requisitos que se deben cumplir en cada servicio según las características propias de cada uno.
4	¿Se han definido los requisitos legales o reglamentarios del servicio?	0	1	2	3	4	En caso de existir requisitos de naturaleza reglamentaria o legal propia de cada servicio se cuentan estos claramente documentados para su consulta en las unidades relacionadas.
5	¿Existe una metodología definida para la determinación de estos requisitos?	0	1	2	3	4	Existe un procedimiento o método establecido por el hospital para definir los requisitos establecidos ya sea por el ciudadano, reglamentos, leyes, o por la naturaleza de cada servicio.
6	¿Se cumple con los requisitos	0	1	2	3	4	Existe evidencia que los requisitos actuales se han



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD  
(FORMATO)**

Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 18 de 29

	REQUISITOS	VALORACIÓN					CRITERIO DE VALORACIÓN
	específicos de la metodología?						establecido siguiendo la metodología establecida por el hospital, mediante acuerdos documentados con los participantes en la definición de los mismos.
<b>7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio</b>							
7	¿Se encuentra descrita la metodología, momento y responsabilidades para la revisión de los requisitos del cliente?	0	1	2	3	4	Se encuentra documentado un procedimiento de revisión de los requisitos de los servicios brindados al ciudadano, con los responsables de llevar a cabo esta revisión. Donde se evidencie la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos establecidos para los servicios.
8	¿Se cumple con los requisitos específicos de la metodología?	0	1	2	3	4	Existe evidencia documentada de que se sigue el procedimiento para la revisión de los requisitos de los servicios.
9	¿Existe evidencia de la revisión de los requisitos?	0	1	2	3	4	Se cuenta con documentos que respalden las reuniones que han tenido los responsables de revisar los requisitos de los servicios.
10	¿Existe una metodología definida para el tratamiento de modificaciones de los requisitos ofertados al cliente?	0	1	2	3	4	Se cuenta con procedimientos documentados, con responsables específicos para realizar los cambios en los requisitos de los servicios en los diferentes documentos y para divulgar estas modificaciones al personal correspondiente.
<b>7.2.3 Comunicación con el cliente</b>							
11	¿Existe metodología eficaz para la comunicación con el cliente?	0	1	2	3	4	Se cuenta definida la información que se le debe proporcionar al ciudadano y el responsable de comunicársela en las unidades relacionadas con los procesos que están en el alcance del SGC.
12	¿Se registran los resultados de satisfacción del cliente y sus quejas?	0	1	2	3	4	Se tienen registros de algún tipo de encuesta, instrumento o medio con el que se ha recabado el nivel de satisfacción de las necesidades del ciudadano, quejas, reclamos o



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD  
(FORMATO)**

Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 19 de 29

REQUISITOS		VALORACIÓN					CRITERIO DE VALORACIÓN
							sugerencias.
<b>7.3 Diseño y desarrollo</b>							
<b>7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo</b>							
13	¿Existe una planificación para cada uno de los diseños o desarrollos de los servicios brindados según su complejidad?	0	1	2	3	4	Se tiene documentada un plan con fechas, previstas, responsables de elaborar diseño del servicio (o forma en que se debe realizar el servicio por parte de las unidades médicas del hospital).
14	¿La planificación incluye etapas del diseño, verificación y validación?	0	1	2	3	4	El plan incluye la identificación elementos de entrada (es decir, información técnica propia de cada especialidad médica, legal y reglamentaria), la realización, la verificación y validación del diseño del servicio.
15	¿Están definidos los criterios de revisión de cada una de las etapas del diseño?	0	1	2	3	4	Se cuenta con un documento que tenga establecidos los criterios que deben tomar de base los encartados de revisar las diferentes etapas del diseño.
16	¿Están definidas las responsabilidades para el diseño y desarrollo?	0	1	2	3	4	Se tiene un acuerdo por parte de la dirección el hospital donde se establecen los responsables para diseñar y desarrollar los servicios que se brindan.
<b>7.3.2 Elementos de entrada para el diseño</b>							
17	¿Para todos los diseños se han definido los elementos de entrada?	0	1	2	3	4	Existe un documento donde se especifique cada requisito de entrada: (requisitos médicos, funcionales, legales, diseños similares, etc.
18	¿Existe registro asociado a esta identificación?	0	1	2	3	4	Se tienen los registros de los requisitos de entrada definidos, para cada diseño de la prestación de los servicios.
<b>7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo</b>							
19	¿Los resultado del diseño y desarrollo cumplen con los elementos de entrada?	0	1	2	3	4	Se cuenta documentada la verificación que se cumplen con los requisitos de entrada del diseño de la prestación del servicio.



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD  
(FORMATO)**

Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 20 de 29

	REQUISITOS	VALORACIÓN					CRITERIO DE VALORACIÓN
20	¿Proporcionan información para la compra y prestación del servicio?	0	1	2	3	4	Se tiene documentado los procedimientos resultantes del diseño que indican las características de los recursos o insumos necesarios y la forma de prestar el servicio.
21	¿Incluyen pautas que indican cómo se debe prestar el servicio correctamente?	0	1	2	3	4	Se tienen identificados en el diseño de la prestación del servicio aquellas características esenciales para que sea brindado de forma correcta y segura.
<b>7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo</b>							
22	¿Existen registros de las revisiones realizadas a cada una de las etapas del diseño?	0	1	2	3	4	Se han dejado registros de las evaluaciones de acuerdo a lo planificado a la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos.
23	¿Existen criterios de aceptación para cada etapa?	0	1	2	3	4	Se tiene constancia de los criterios de aceptación que se deben seguir en la revisión del diseño y desarrollo.
<b>7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo</b>							
24	¿Existe registro de la verificación de los resultados del diseño y desarrollo?	0	1	2	3	4	Se cuenta con registros de que se ha verificado el cumplimiento de los requisitos del diseño y desarrollo.
25	¿Los criterios de aceptación para la verificación están de acuerdo a los elementos de entrada del diseño?	0	1	2	3	4	Se tienen constancia de los criterios de aceptación que se deben seguir en la verificación del diseño y desarrollo.
<b>7.3.6 Validación del diseño y desarrollo</b>							
26	¿Existe registro de la validación del servicio diseñado?	0	1	2	3	4	Se cuentan con los registros de las validaciones, realizadas según lo planificado al diseño y desarrollo de la prestación del servicio, donde se asegura que este es capaz de satisfacer las necesidades de su aplicación.
27	¿Los criterios de aceptación para la validación están de acuerdo a los elementos de entrada del diseño?	0	1	2	3	4	Se tiene constancia de los criterios de aceptación que se deben seguir en la validación del diseño y desarrollo de los elementos de entrada del diseño de la prestación del servicio.
<b>7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo</b>							



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD  
(FORMATO)**

Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 21 de 29

	REQUISITOS	VALORACIÓN					CRITERIO DE VALORACIÓN
28	¿Existe registro de los cambios realizados en el diseño de los servicio?	0	1	2	3	4	Se tienen los registros de los cambios al diseño y desarrollo de la prestación de los servicios realizados por la organización.
29	¿Estos cambios están sometidos a verificación y validación?	0	1	2	3	4	Se tienen evidencia documentada de que los cambios al diseño y desarrollo han sido verificados y validados, así como se han evaluado el efecto de los cambios en la prestación de los servicios y se han sometido a aprobación previo a su implementación.
<b>7.4 Compras</b>							
<b>7.4.1 Proceso de compras</b>							
30	¿Se encuentran definidos por escrito los servicios y los requisitos solicitados a los proveedores?	0	1	2	3	4	Existe un documento que especifique los requisitos solicitados a los proveedores.
31	¿Existe una selección de proveedores y se encuentran definidos los criterios de selección?	0	1	2	3	4	Criterios de selección de posibles proveedores.
32	¿Existe una evaluación de proveedores y sus criterios de evaluación?	0	1	2	3	4	Procedimiento para evaluación y selección de proveedores.
33	¿Existen registros de las evidencias de cumplimiento de los criterios de selección, evaluación y reevaluación?	0	1	2	3	4	Registros o evidencias de selección de proveedores que se justifiquen en base a los criterios
<b>7.4.2 Información de las compras</b>							
34	¿Existe una metodología adecuada para la realización de los pedidos de compra?	0	1	2	3	4	Metodología para realización de compra a los proveedores.
35	¿Los pedidos de compra contienen información sobre todos los requisitos	0	1	2	3	4	Formato de hojas de pedido de compras que contenga la información sobre los requisitos deseados.



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD  
(FORMATO)**

Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 22 de 29

	REQUISITOS	VALORACIÓN					CRITERIO DE VALORACIÓN
	deseados?						
36	¿Se cumple la metodología definida para los requisitos de compra?	0	1	2	3	4	Verificación de cumplimiento de metodología para realización de compras por medio de observación directa o preguntas a encargados.
<b>7.4.3 Verificación de los productos comprados</b>							
37	¿Existe definida una metodología adecuada para inspección de los productos comprados?	0	1	2	3	4	Existe una metodología definida para inspeccionar los productos comprados.
38	¿Están definidas las responsabilidades para la inspección de los productos comprados?	0	1	2	3	4	Nombre de los responsables para la inspección de los productos comprados.
39	¿Existen registros de las inspecciones conformes a la metodología definida?	0	1	2	3	4	Documento que registre las inspecciones realizadas de acuerdo a la metodología establecida.
<b>7.5 Producción y prestación del servicio</b>							
<b>7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio</b>							
40	¿Existe una metodología adecuada definida para la prestación del servicio?	0	1	2	3	4	Metodologías para la prestación del servicio.
41	¿Existen registros cumplimentados conforme a lo definida en la metodología de prestación del servicio?	0	1	2	3	4	Registros y control de la prestación del servicio. Control de producción de servicio y servicio de información.
42	Si existen instrucciones de trabajo ¿Se encuentran disponibles en los puestos de uso y están actualizadas?	0	1	2	3	4	Listado de instrucciones actualizadas para la prestación del servicio en los diferentes procesos.  Para médicos de staff, internos, residentes y enfermeras.
43	¿Se realizan las inspecciones adecuadas durante la prestación del	0	1	2	3	4	Listado de Inspecciones, verificaciones que se deben realizar para asegurar la adecuada prestación del servicio.



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD  
(FORMATO)**

Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 23 de 29

	REQUISITOS	VALORACIÓN					CRITERIO DE VALORACIÓN
	servicio?						
44	¿Se utilizan los medios y los equipos adecuados?	0	1	2	3	4	Listado de equipos utilizados así como el cumplimiento de las características de los mismos.
45	¿El personal es competente para la realización de los trabajos?	0	1	2	3	4	Se mantienen registros apropiados para cada empleado que valide que reúnen los requisitos de formación, habilidades y experiencia requerida para el puesto en el que desempeñan.
<b>7.5.2 Validación de los procesos de la prestación del servicio</b>							
46	Si existen procesos para validar, ¿se han definido los requisitos para esta validación?	0	1	2	3	4	Están debidamente documentados los procesos de prestación del servicio y los requisitos que permitan la validación.
47	¿Existen registros de la validación de los procesos?	0	1	2	3	4	Documento que respalde la validación de los procesos de Atención.
<b>7.5.3 Identificación y trazabilidad</b>							
48	¿Se encuentra identificado el servicio a lo largo de todo el proceso productivo?	0	1	2	3	4	Seguimiento del servicio mediante procedimientos preestablecidos que permitan conocer la historia, ubicación y trayectoria por ejemplo por medio del expediente.
49	Si es necesaria la trazabilidad del servicio, ¿Se evidencia la misma?	0	1	2	3	4	Documento que especifique origen e historia de la prestación del servicio. (Expediente clínico)
<b>7.5.4 Propiedad del cliente</b>							
50	¿Existe una metodología adecuada definida para la comunicación de los daños ocurridos en las pertenencias del paciente?	0	1	2	3	4	Metodología que permita informar a los pacientes cualquier daño ocurrido en las pertenencias del mismo.
51	¿Existen registros de estas comunicaciones?	0	1	2	3	4	Documento o registros que permitan dar a conocer a los pacientes este tipo de situaciones.
52	Si es de aplicación, ¿se cumple la ley	0	1	2	3	4	Verificación de cumplimiento de la Ley de Acceso a la





HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD  
(FORMATO)**


Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 24 de 29

	REQUISITOS	VALORACIÓN					CRITERIO DE VALORACIÓN
	de protección de datos con los datos de los clientes?						Información Pública.
<b>7.5.5 Preservación del servicio</b>							
53	¿Existe definida una metodología adecuada para la preservación del paciente?	0	1	2	3	4	Metodología para manejo de pacientes dentro y fuera del hospital.
54	¿Se evidencia el correcto cumplimiento de esta metodología?	0	1	2	3	4	Verificación por medio de consulta a pacientes.
55	Si fuese necesario, ¿Está definido los equipos para darle soporte vital al paciente?	0	1	2	3	4	En los casos en los que la paciente necesita algún tipo de dispositivo para evolucionar en su salud.
<b>7.6 Control de los equipos de seguimiento y de medición</b>							
56	¿Se encuentran identificados todos los equipos de seguimiento y de medición?	0	1	2	3	4	Inventario e identificación de equipos de seguimiento y medición en los procesos de atención.
57	¿Existen definidas unas rutinas adecuadas de verificación o calibración de los mismos?	0	1	2	3	4	Documento que dé a conocer la programación de las rutinas de verificación o calibración de los equipos de seguimiento y medición.
58	¿Existen registros de las verificaciones o calibraciones realizadas?	0	1	2	3	4	Cumplimiento de verificaciones o calibraciones mediante documento que compruebe dicha acción.
59	¿Los equipos se encuentran correctamente identificados con su estado de verificación o calibración?	0	1	2	3	4	Verificar si los equipos están correctamente identificados.
60	¿Están definidas las pautas de actuación cuando se observe que las mediciones han sido erróneas?	0	1	2	3	4	Procedimiento a seguir cuando las mediciones de los equipos han sido erróneas.
61	¿Se confirma la capacidad de los programas informáticos cuando participen en actividades de	0	1	2	3	4	Verificación de capacidad de los programas informáticos en las actividades de seguimiento y medición de la prestación del servicio (cuando aplique).

	HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN	<b>PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD (FORMATO)</b>		
		<b>Código:</b> FO.8.2.2.03	<b>Versión:</b> 1.0	<b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013

	REQUISITOS	VALORACIÓN					CRITERIO DE VALORACIÓN
	seguimiento y medición?						

## Apartado 8: Análisis, Medición y Mejora

Nº	REQUISITOS	VALORACIÓN					CRITERIO DE VALORACIÓN
<b>8.1 Generalidades</b>							
1	¿Planifica la organización los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora para demostrar la conformidad con los requisitos del servicio?	0	1	2	3	4	Se cuenta con una Metodología autorizada que permita a los procesos planificar el seguimiento, análisis y mejora.
2	¿Implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora para demostrar la conformidad con los requisitos del servicio?	0	1	2	3	4	Cumplimiento a la metodología planificada mediante verificación en los procesos.
3	¿Verifica los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora para demostrar la conformidad con los requisitos del servicio?	0	1	2	3	4	Evaluación de los procesos de seguimiento, medición y análisis de forma periódica.
4	¿Toma acciones para mejorar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora para demostrar la conformidad con los requisitos del servicio?	0	1	2	3	4	Toma de decisiones correctivas que permitan mejorar los procesos en base a documentos que validen los resultados de la metodología.
<b>8.2 Seguimiento y Medición</b>							



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD  
(FORMATO)**

Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 26 de 29

<b>8.2.1 Satisfacción del Cliente</b>							
5	¿Elabora de algún instrumento para medir la satisfacción del paciente?	0	1	2	3	4	Instrumento que permita medir la satisfacción del paciente.
6	¿Utiliza algún instrumento para medir la satisfacción del paciente?	0	1	2	3	4	Instrumento que valide la ejecución del mismo.
7	¿Existen registros del análisis de los resultados de la satisfacción del paciente en base al instrumento utilizado?	0	1	2	3	4	Documento los resultados tabulados y analizados.
8	¿Existen acciones posteriores a la medición de la satisfacción del paciente?	0	1	2	3	4	En base al registro de análisis de datos se toman decisiones para acciones posteriores.
<b>8.2.2 Auditoría Interna</b>							
9	¿Planifica la realización de auditorías internas?	0	1	2	3	4	Documento con los programas de auditoría para el periodo establecido.
10	¿Realiza auditorías internas a intervalos planificados para determinar si el SGC es eficaz?	0	1	2	3	4	Documento con fechas establecidas para la realización de las diferentes auditorías internas.
11	¿Existe una metodología definida para las auditorías?	0	1	2	3	4	Metodología para la realización de Auditorías.
12	¿Están definidos las responsabilidades y los requisitos para planificar y realizar las auditorías?	0	1	2	3	4	Responsables de realizar las auditorías debidamente documentados.
13	¿Existen registros de auditorías y de sus resultados?	0	1	2	3	4	Registros de los resultados de la auditoría.
14	¿Se realizan correcciones y se toman acciones correctivas para eliminar las	0	1	2	3	4	Registros de las no conformidades y acciones a implementar.



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD  
(FORMATO)**

Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 27 de 29

	no conformidades detectadas?						
<b>8.2.3 Seguimiento y Medición de los Procesos y del Servicio</b>							
15	¿Planifica el seguimiento y las características a medir del servicio para verificar si se cumplen con los requisitos del mismo?	0	1	2	3	4	Documento o registro que dé a conocer las características que permiten medir y supervisar el servicio.
16	¿Existen indicadores que permitan medir su servicio?	0	1	2	3	4	Documento con registro de indicadores.
17	¿Posee alguna metodología que demuestre la capacidad para alcanzar los resultados planificados?	0	1	2	3	4	Metodología que permita dar seguimiento a lo planificado.
18	¿Existen acciones posteriores para mejorar los resultados obtenidos?	0	1	2	3	4	Registro y medición de acciones posteriores.
<b>8.3 Control del Servicio No conforme</b>							
19	¿Planifica una metodología para determinar la no conformidad en los servicios brindados?	0	1	2	3	4	Metodología para control del servicio no conforme.
20	¿Implementa la metodología para conocer la no conformidad en el servicio?	0	1	2	3	4	Verificación del cumplimiento de la metodología.
21	¿Las no conformidades encontradas son solventadas?	0	1	2	3	4	Registro y descripción de las no conformidades
22	¿Existen acciones posteriores para mejorar las no conformidades del servicio?	0	1	2	3	4	Eliminar o corregir las inconformidades encontradas.
<b>8.4 Análisis de Datos</b>							
23	¿Se determinan, recopilan y analizan los datos para demostrar la eficacia del	0	1	2	3	4	Registros que incluyan los análisis de las mediciones realizadas con los indicadores del SGC y los procesos.



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE  
MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD  
(FORMATO)**


Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 28 de 29


	SGC?						
<b>8.5 Mejora</b>							
<b>8.5.1 Mejora Continua</b>							
24	¿Planifica mejorar continuamente la eficacia del SGC?	0	1	2	3	4	Procedimientos para planificar las mejoras identificadas al SGC.
25	¿Mejora continuamente la eficacia del SGC mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas preventivas y la revisión por la dirección?	0	1	2	3	4	Planes de acciones de mejora del sistema de gestión de calidad. Y el respectivo seguimiento a los mismos.
<b>8.5.2 Acción Correctiva</b>							
26	¿Planea un procedimiento para revisar las nos conformidades?	0	1	2	3	4	Procedimiento para revisar las no conformidades
27	¿Existen procedimientos documentados para revisar las nos conformidades?	0	1	2	3	4	Documento con procedimiento a seguir en las no conformidades
28	¿Existen procedimientos documentados para determinar las causas de las no conformidades?	0	1	2	3	4	Documento con procedimiento a seguir para determinar las causas de las no conformidades
29	¿Existen procedimientos documentados para determinar e implementar acciones necesarias?	0	1	2	3	4	Documento con procedimiento a seguir para implementar las acciones necesarias.

	<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p>	<p><b>PLAN DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD (FORMATO)</b></p>		
<p><b>Código: FO.8.2.2.03</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 29 de 29</b></p>	

## 6. ACTIVIDADES A REALIZAR

Establecer las actividades básicas propias de la auditoria a realizar.

Nombre de la actividad a desarrollar	Responsable	Fecha de realización


HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>PLAN DE AUDITORIA INTERNA          DE PROCESOS          (FORMATO)</b>		
<b>Código: FO.8.2.2.03</b>	<b>Versión: 1.0</b>	<b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b>	<b>Página: 1 de 4</b>

<b>Denominación del Proceso a Auditar</b> Ingrese en este campo la denominación técnica o nombre del proceso establecido en texto claro.
<b>Código plan de auditoría interna:</b>  Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad para la auditoría interna.

## Contenido

1. INFORMACION BASICA DEL REQUERIMIENTO	2
2. OBJETIVOS DEL DISEÑO	2
3. ETAPAS DEL DISEÑO	2
4. RESPONSABLES	2
5. RECURSOS NECESARIOS	3
6. ANEXOS	4

Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes Cargo: Director, jefe, etc

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>PLAN DE AUDITORIA INTERNA DE PROCESOS (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.8.2.2.03</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 2 de 4</p>

### 1. OBJETIVO

Establecer puntualmente el propósito de la auditoria:

Por ejemplo

- Examinar que las actividades son desarrolladas según lo planificado y establecido en los procedimientos, guías clínicas, etc
- Verificar que los recursos son utilizado eficazmente según las normas establecidas.
- Etc.

### 2. ALCANCE DE LA AUDITORIA

Se deben identificar los procesos a auditar o las etapas de los procesos considerando la importancia de ciertas etapas del proceso en caso de ser necesario priorizar.

Hacer referencia al las actividades, diagramas del proceso, o aspectos que se encuentran en la caracterización de los procesos y procedimientos.


### 3. RESPONSABLES DE LA AUDITORIA

Nombre del responsable	División, Departamento, Unidad, o Sección	Cargo/rol

### 4. PERÍODO A CONSIDERAR

Establecer la fecha a partir de la cual se revisaran las evidencias que correspondan (en principio debe ser a partir de la ultima auditoria) a los elementos del proceso que se incluyen en el alcance de la auditoria.



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>PLAN DE AUDITORIA INTERNA DE PROCESOS (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.8.2.2.03</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 3 de 4</p>

## 5. CRITERIOS DE AUDITORIA

Son el conjunto de elementos o requisitos establecidos en la caracterización de los procesos y procedimientos que se deben verificar para demostrar la conformidad de la realización del servicio. Para ello se deben definir las evidencias de los siguientes aspectos del proceso:

- El cumplimiento de las salidas y resultados según mediciones y objetivos del proceso.
- Identificar si los resultados de los pasos claves del proceso son consistentes, con las mediciones o indicadores.
- Los materiales y equipos que están siendo utilizados son los especificados y se encuentran bajo condiciones controladas.
- La realización de las actividades del proceso están acorde a los métodos, guías clínicas y procedimientos establecidos.
- La información generada por del proceso es la que se ha definido y está siendo utilizada adecuadamente.
- Se realizan las evaluaciones establecidas para confirmar que las salidas de cada etapa están controladas y cumplen con los objetivos.
- Establecer si las medidas previstas para prevenir fallas están siendo eficaces.
- Establecer si el rendimiento del proceso está siendo medido según los indicadores acordados, y los resultados debidamente registrados.
- Establecer si se toman las medidas apropiadas cuando no se cumplen los objetivos del rendimiento de los procesos.
- Establecer si se han realizado evaluaciones para mejorar el proceso y si se han implementado las mejoras.

Con los elementos anteriores elaborar una lista de chequeo con los elementos a verificar:

Calificación	Descripción
0	Prácticamente no se realiza o no se tiene
1	Se tiene o se realiza parcialmente (en ocasiones puntuales)
2	Se tiene o se realiza generalmente (en la mayoría de los casos)
3	Se tiene o se realiza sistemáticamente y en casi todas las áreas.
4	Se tiene o se realiza siempre y de forma total, y somos un ejemplo para el sector.

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO  
DE MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN



**PLAN DE AUDITORIA INTERNA  
DE PROCESOS  
(FORMATO)**

Código: FO.8.2.2.03

Versión:  
1.0


Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 4 de 4

N°	Elementos del proceso	VALORACIÓN					CRITERIOS DE VALORACIÓN
		0	1	2	3	4	
1	Aspectos puntuales del proceso que se deben verificar.	0	1	2	3	4	Descripción del resultado, bajo el cual se realizará la valoración.
2		0	1	2	3	4	

**6. ANEXOS**

Documentos adjuntos que brinden mayor soporte al plan de auditoría del proceso.


<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>PLAN DE AUDITORIA INTERNA DE SERVICIOS (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.8.2.2.04</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 1 de 3</p>

<p><b>Denominación del Servicio a Auditar</b></p> <p>Ingrese en este campo la denominación técnica o nombre del servicio establecido en texto claro.</p>
<p><b>Código plan de auditoría interna:</b></p> <p>Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad para la auditoría interna.</p>

## Contenido

1. INFORMACION BASICA DEL REQUERIMIENTO	2
2. OBJETIVOS DEL DISEÑO	2
3. ETAPAS DEL DISEÑO	2
4. RESPONSABLES	2
5. RECURSOS NECESARIOS	2
6. ANEXOS	3

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes Cargo: Director, jefe, etc</p>

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>PLAN DE AUDITORIA INTERNA DE SERVICIOS (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.8.2.2.04</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 2 de 3</p>

## 1. OBJETIVO

Establecer puntualmente el propósito de la auditoria:

Por ejemplo

- Verificar que los requisitos del Servicio X son cumplidos satisfactoriamente.
- Etc.

## 2. ALCANCE DE LA AUDITORIA

Se deben identificar los servicios a auditar o los elementos puntuales del servicio a verificar.

Hacer referencia en caso de ser necesario a la Especificación del Servicio elaborada.

## 3. RESPONSABLES DE LA AUDITORIA


Nombre del responsable	División, Departamento, Unidad, o Sección	Cargo/rol

## 4. PERÍODO A CONSIDERAR

Establecer la fecha a partir de la cual se revisaran las evidencias que correspondan (en principio debe ser a partir de la ultima auditoria) a los requisitos del servicio para verificar la conformidad del mismo.

## 5. CRITERIOS DE AUDITORIA

Son el conjunto de evidencias que se deben proporcionar para demostrar el cumplimiento de los requisitos o necesidades que deben satisfacer de los

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>PLAN DE AUDITORIA INTERNA          DE SERVICIOS          (FORMATO)</b>		
<b>Código: FO.8.2.2.04</b>	<b>Versión: 1.0</b>	<b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b>	<b>Página: 3 de 3</b>

servicios. Para esto se deberán utilizar las especificaciones definidas en el apartado 7.2 de la norma.


Con los elementos anteriores elaborar una lista de chequeo con los elementos a verificar:

Calificación	Descripción
<b>0</b>	Prácticamente no se realiza o no se tiene
<b>1</b>	Se tiene o se realiza parcialmente (en ocasiones puntuales)
<b>2</b>	Se tiene o se realiza generalmente (en la mayoría de los casos)
<b>3</b>	Se tiene o se realiza sistemáticamente y en casi todas las áreas.
<b>4</b>	Se tiene o se realiza siempre y de forma total, y somos un ejemplo para el sector.

N°	Requisito del servicio	VALORACIÓN					CRITERIOS DE VALORACIÓN
		0	1	2	3	4	
1	Requisito del servicio establecido en la especificación del mismo, que se pretende verificar.	0	1	2	3	4	Descripción de la evidencia que debería respaldar el cumplimiento del requisito del servicio.
2		0	1	2	3	4	

## 6. ANEXOS

Documentos adjuntos que brinden mayor soporte al plan de auditoría del servicio.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE RESULTADOS DE LA AUDITORIA INTERNA (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.8.2.2.05</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 1 de 3</p>

<p><b>Denominación del Registro</b></p> <p>Ingrese en este campo la denominación registro en texto claro usando la terminología a que haya lugar. Este debe corresponder al término estandarizado.</p>
<p><b>Código del Registro:</b></p> <p>Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad.</p>

**Contenido**

1.	REALIZACION DE LA AUDITORIA	2
2.	OBJETIVO DE LA AUDITORIA	2
3.	RESPONSABLES DE LA AUDITORIA	2
4.	RESULTADOS DE LA AUDITORIA	2
5.	ACCIONES CORRECTIVAS	3
6.	OBSERVACIONES	3
7.	ANEXOS	3

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes Cargo: Director, jefe, etc</p>

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE RESULTADOS DE LA AUDITORIA INTERNA (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.8.2.2.05</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 2 de 3</p>

### 1. REALIZACION DE LA AUDITORIA

Se indica las fechas en que fue realizada la auditoria

<p>Fecha: dd/mm/aa</p>	<p>Hora inicio:</p>	<p>Hora de terminación:</p>	<p>Lugar:</p>
----------------------------	---------------------	-----------------------------	---------------

### 2. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

Realizar una breve descripción del propósito de la auditoría realizada.  
Indicar también el objeto de la auditoria, ya sea algún capitulo apartado de la norma ISO 9001:2008, un proceso en particular o un servicio determinado.

### 3. RESPONSABLES DE LA AUDITORIA

Detallar el personal que llevo a cabo la auditoria.

Nombre del responsable	División, Departamento, Unidad, o Sección	Cargo/rol

### 4. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

Se deben listar los resultados encontrados de conformidad o de no conformidad a los requisitos del sistema de gestión de calidad, proceso o Servicio según el tipo de auditoría realizada.

Detallar las desviaciones encontradas para cada elemento o requisito que se definió en el plan de la auditoria.



**REGISTRO DE RESULTADOS DE  
LA AUDITORIA INTERNA  
(FORMATO)**

Código: FO.8.2.2.05

Versión:  
1.0

Fecha de emisión:  
31/03/2013

Página: 3 de 3

## 5. ACCIONES CORRECTIVAS

- o Se deben identificar las acciones que se deben tomar para superar, corregir o contener los problemas o las no conformidades resultantes de la auditoria, con su respectivo responsable y fecha de cumplimiento.

Acuerdos/Compromisos/Acciones	Responsable	Fecha de realización

## 6. OBSERVACIONES

Observaciones particulares que se deban especificar.

## 7. ANEXOS

Indicar los adjuntos que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión a los resultados de la auditoria en caso de ser necesario.





**CÓDIGO : CP.8.2.4.01**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA: 31/03/2013**

**PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DEL SERVICIO**

- 1 Unidad Administrativa:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 Objetivo:** Establecer un marco común de actuación para verificar que los requisitos relacionados con los servicios (legales, los establecidos por las pacientes, los establecidos por normativas institucionales o gubernamentales) y todos aquellos voluntarios establecidos por las unidades donde se realizan los servicios son debidamente cumplidos.
- 3 Alcance:** El alcance de este procedimiento se extiende a los servicios proporcionados por los procesos:
  - Proceso de Atención del Parto y Postparto
  - Proceso de Atención del Recién Nacido
- 4 Definiciones:**
  - 4.1 Especificaciones: Documento donde se establecen los requisitos.
  - 4.2 Requisito: Necesidad o expectativa generalmente implícita u obligatoria.
  - 4.3 Registros: Documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos.
  - 4.4 UOC: Unidad Organizativa de la Calidad.
- 5 Requisitos Previos:**
  - 5.1 Especificación del servicio debidamente elaborada y aprobada.
- 6 Criterios de aceptación:**
  - 6.1 Registro de la verificación de los requisitos del servicio elaborada.
- 7 Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Plan quinquenal de desarrollo 2010 - 2014 del hospital de Maternidad.
	Manuales de funciones de las unidades involucradas con los procesos.
	Especificaciones de los servicios

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres

## 8 Documentos externos:

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Código de Salud			
Política Nacional de Salud 2009-2014 "Construyendo la Esperanza"			
Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIIS			
Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

## 9 Indicadores:

Código	Nombre
	Índice de verificaciones del servicio realizadas.
	Índice de servicios verificados

## 10 Registros:


Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
	Registro de verificación de los requisitos del servicio.	Unidad Organizativa de la calidad	Físico	Archivo de la UOC	3 años

## 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Responsable del servicio.	Debe conocer el procedimiento del SGC establecido para verificar el servicio.
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	


## 12 Unidades de soporte

Ninguna

	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DEL SERVICIO</b>	Código: <b>CP.8.2.4.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 3 de 6

### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Responsable del servicio	1	Identificar el servicio al que se le verificarán sus requisitos. En base a la especificación debidamente elaborada, aprobada y actualizada.
Responsable del servicio	2	Identificar la fecha de inicio y fin de la semana que verificara el cumplimiento de los requisitos del servicio. <b>Nota:</b> La verificación del cumplimiento de los requisitos del servicio debe hacerse cada semana o cada dos semanas.
Responsable del servicio	3	Debe definir las personas que participan en la verificación del servicio (en caso de que haya más participantes).
Responsable del servicio	4	Establecer (junto con las personas que apoyen la verificación cuando aplique) para cada requisito del servicio el criterio de aceptación utilizado para demostrar el cumplimiento del requisito (esto es básicamente la hoja del servicio).
Responsable del servicio	5	El responsable del servicio y las personas que apoyen la verificación deberán revisar cada requisito establecido en la especificación lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de la organización para cumplir lo definido y demostrarlo según los criterios de aceptación establecidos en el paso 3.</li> <li>• Revisar acuerdos o acciones de verificaciones previas que se relacionen con dicho requisito (en caso de que existan).</li> </ul>
Responsable del servicio	6	Documentar los resultados de la verificación de los requisitos del servicio considerando lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las valoraciones al cumplimiento de cada requisito indicando tanto si se cumple o hay algún incumplimiento del requisito, el criterio utilizado para la valoración.</li> <li>• Registrar las acciones, compromisos o acuerdos que se deben llevar a cabo para superar las deficiencias encontradas. En caso de que existan acuerdos anteriores registrar si se ha realizado el acuerdo.</li> <li>• Observaciones generales.</li> <li>• Incorporar documentos anexos que respalden la verificación al cumplimiento del servicio en caso de ser necesario.</li> </ul>

	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DEL SERVICIO</b>		Código: <b>CP.8.2.4.01</b>
	<b>DIRECCION UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD</b>		Versión: 1
			Página 4 de 6

Responsable del servicio	7	Elaborar el Registro de la verificación de requisitos según el formato especificado, donde se plasme el resultado del paso 6. Y entregarlo a la UOC.
Unidad Organizativa de la Calidad	8	Verificar que en el registro entregado se hace constar que todos los requisitos establecidos en la especificación del servicio han sido debidamente verificados.
Unidad Organizativa de la Calidad	9	Colocar el registro de la verificación en el repositorio de documentos del Sistema de Gestión de Calidad.  Fin del procedimiento.



**PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DEL SERVICIO**

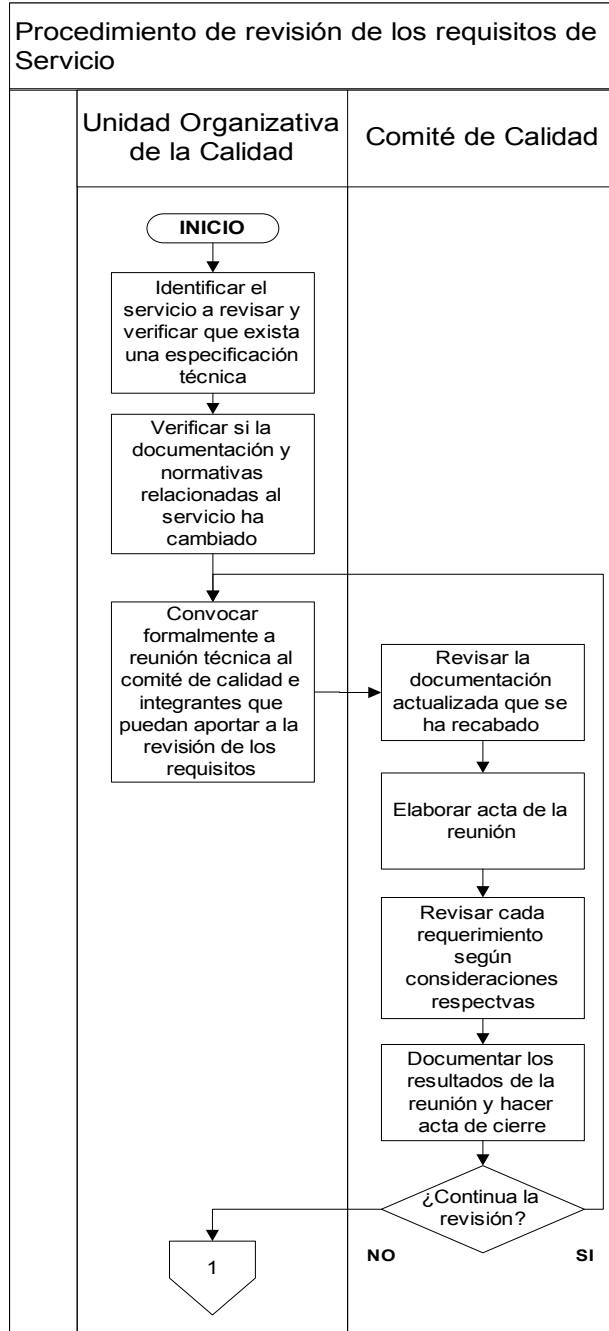
Código:  
**CP.8.2.4.01**

**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 5 de 6

**14 Diagrama de Flujo**





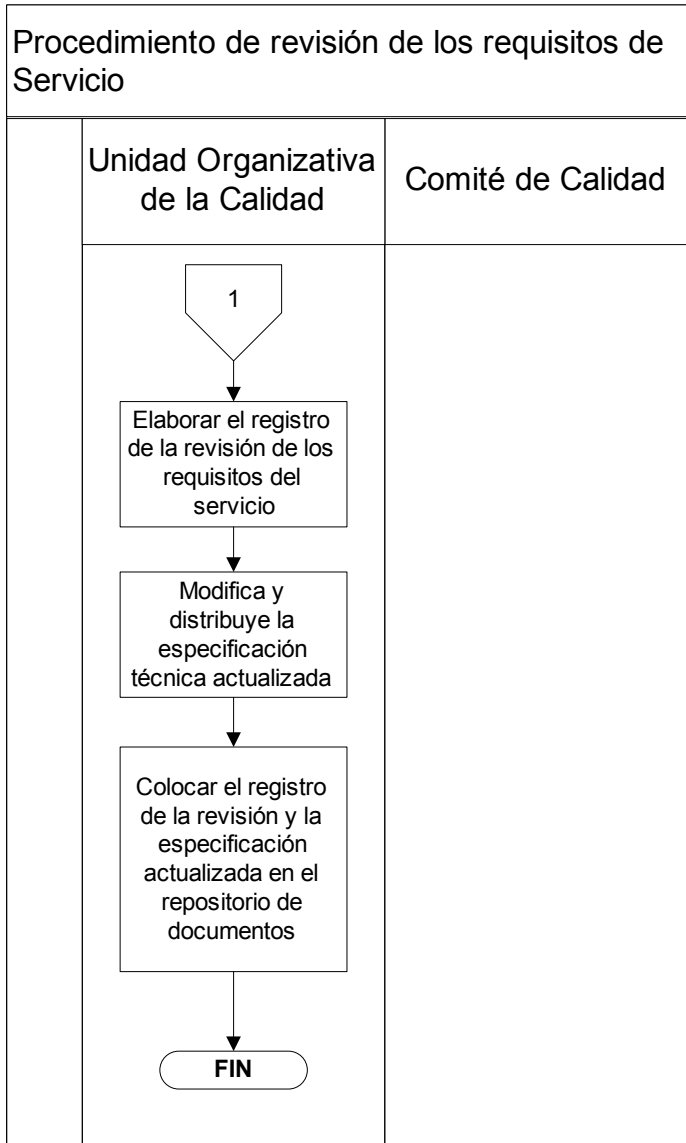
**PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DEL SERVICIO**


Código:  
**CP.8.2.4.01**

**DIRECCION  
UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 6 de 6




<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE SEGUIMIENTO DEL SERVICIO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.8.2.4.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 1 de 3</p>

<p><b>Denominación del Registro</b></p> <p>Ingrese en este campo la denominación registro en texto claro usando la terminología a que haya lugar. Este debe corresponder al término estandarizado.</p>
<p><b>Código del Registro:</b></p> <p>Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad.</p>

## Contenido

1. PERSONAL QUE REALIZO LA VERIFICACIÓN	2
2. PERIODO CONSIDERADO	2
3. RESULTADOS DE LA REVISION	2
4. ACCIONES, ACUERDOS Y COMPROMISOS	3
5. OBSERVACIONES	3
6. ANEXOS	3

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración. Rol: Comités de Calidad, etc. Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión. Rol: Comités Cargo: Etc. (según aplique)</p>	<p>Nombres y apellidos Completos Integrantes Cargo: Director, jefe, etc</p>

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>REGISTRO DE SEGUIMIENTO          DEL SERVICIO          (FORMATO)</b>	
Código: FO.8.2.4.01	Versión: 1.0	Fecha de emisión: 31/03/2013	Página: 2 de 3

### 1. PERSONAL QUE REALIZO LA VERIFICACIÓN

Obligatorio que se encuentre como participante el “RESPONSABLE DEL SERVICIO”

- PARTICIPANTE – CARGO, ROL, etc.

### 2. PERIODO CONSIDERADO

Se establecer la fecha de inicio y fin que abarca la verificación del cumplimiento de los requisitos del servicio.


### 3. RESULTADOS DE LA REVISION

Se deben listar los requisitos del servicio que se verificaron en base a su respectivo criterio de valoración.

Calificación	Descripción
0	Prácticamente no se realiza o no se tiene
1	Se tiene o se realiza parcialmente (en ocasiones puntuales)
2	Se tiene o se realiza generalmente (en la mayoría de los casos)
3	Se tiene o se realiza sistemáticamente y en casi todas las áreas.
4	Se tiene o se realiza siempre y de forma total, y somos un ejemplo para el sector.

N°	Requisito del servicio	VALORACIÓN					CRITERIOS DE VALORACIÓN
		0	1	2	3	4	
1	Requisito del servicio establecido en la especificación del mismo, que se pretende verificar.						Descripción del criterio utilizado para evidenciar que se cumple o no dicho requisito.
2							



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>REGISTRO DE SEGUIMIENTO DEL SERVICIO (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.8.2.4.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 3 de 3</p>

#### 4. ACCIONES, ACUERDOS Y COMPROMISOS

Se deben identificar los acuerdos y acciones que surgen de la verificación con su respectivo responsable y fecha de cumplimiento.

Acuerdos/Compromisos/Acciones	Responsable	Fecha de realización

#### 5. OBSERVACIONES

Observaciones particulares que se deban especificar.

#### 6. ANEXOS

Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario a la verificación del servicio realizada.



<b>CÓDIGO : CP.8.3.0.01</b>	<b>VERSIÓN: 1.0</b>	<b>FECHA: 31/03/13</b>
-----------------------------	---------------------	------------------------

**PROCEDIMIENTO CONTROL DE SERVICIO NO CONFORME**

- 1 Unidad Ejecutante:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 Objetivo:** Establecer las directrices para asegurar que el servicio que no sea conforme con los requisitos del servicio sea controlado de acuerdo con los requisitos de la Norma ISO 9001-2008.
- 3 Alcance:** Este procedimiento aplica al control de los servicios no conformes con los requisitos del servicio, en el SGC.
- 4 Definiciones:**
  - 4.1 No conformidad: Incumplimiento de un requisito.
  - 4.2 Servicio No conforme: Servicio que no es conforme con los requisitos.
  - 4.3 Seguimiento de No conformidad: Actividades mediante las cuales se recopilan sistemáticamente referidas al desarrollo de las no conformidades del servicio.
  - 4.4 Acción Preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de la no conformidad potencial u otra situación potencial indeseable.
  - 4.5 Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de la no conformidad detectada u otra situación indeseable.
- 5 Requisitos Previos:**
  - 5.1 Reporte de resultados de indicadores.
- 6 Criterios de aceptación:**
  - 6.1
- 7 Documentos internos de referencia:**

<b>Código</b>	<b>Nombre</b>

**8 Documentos externos:**

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: CP.8.3.0.01
	<b>PROCEDIMIENTO CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME</b>	Versión: 1
		Página 2 de 4

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción
Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

### 9 Indicadores:

Código	Nombre

### 10 Registros:

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
CP.8.3.0.01	Informe de No conformidad.	Presidente del Comité de No conformidades	Físico/electrónico	Unidad Organizativa de Calidad	3 años
CP.8.3.0.01	Control de No Conformidades	Presidente del Comité de No conformidades	Físico/electrónico	Unidad Organizativa de Calidad	3 años

### 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Comité de Solución de No conformidades	Debe conocer el SGC.
	Representante de la Dirección	
	Papelería	
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	

### 12 Unidades de soporte

Ninguna

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Código: CP.8.3.0.01
	<b>PROCEDIMIENTO CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME</b>	Versión: 1
		Página 3 de 4

### 13 Descripción

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Representante de Calidad	1	Recibe el registro de los indicadores al final del mes.
Comité de no conformidades	2	Analizar la causa raíz de la no conformidad
Comité de no conformidades	3	Verifica y registra resultados en el registro de control de no conformidad.
Comité de no conformidades	4	Desarrollar el procedimiento de seguimiento a acciones posteriores a las no conformidades



**GESTIÓN DE LA CALIDAD**

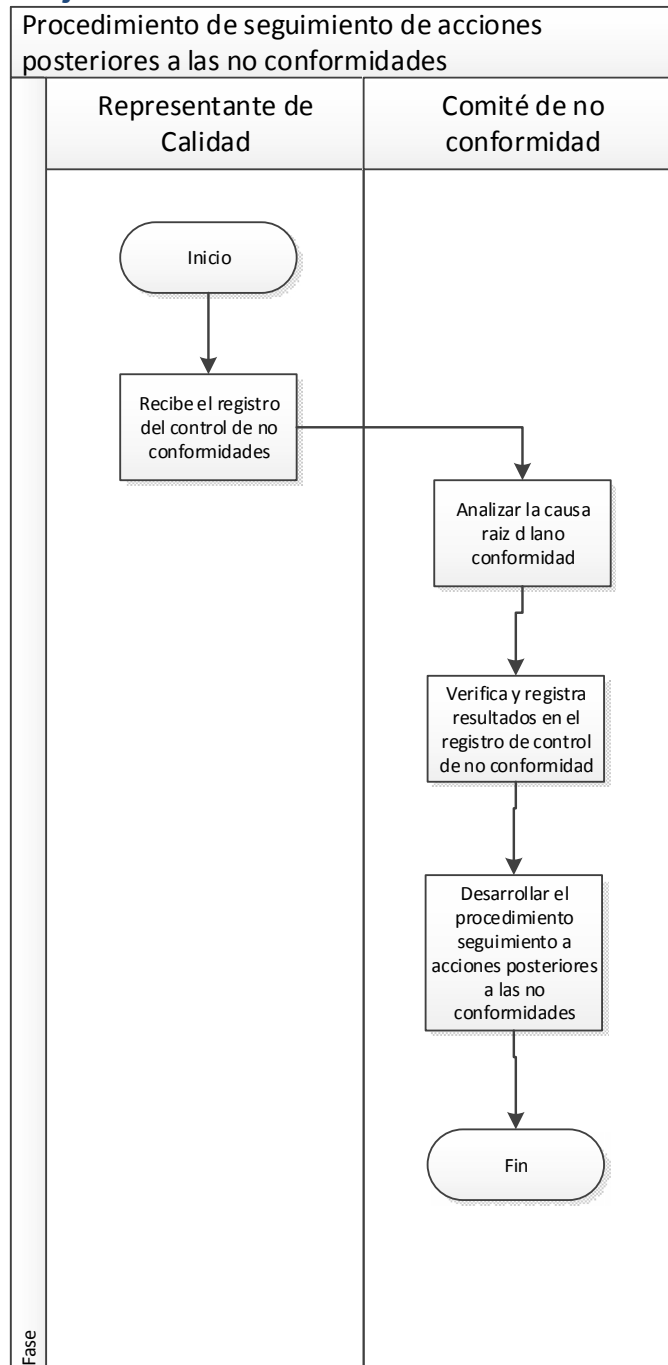
Código:  
CP.8.3.0.01

**PROCEDIMIENTO CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME**

Versión: 1

Página 4 de 4

**14 Diagrama de Flujo**





<b>CÓDIGO : CP.8.3.0.01</b>	<b>VERSIÓN: 1.0</b>	<b>FECHA: 31/03/13</b>
-----------------------------	---------------------	------------------------

<b>PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO A ACCIONES POSTERIORES A LAS NO CONFORMIDADES</b>											
<p><b>1 Unidad Ejecutante:</b> Unidad Organizativa de la Calidad.</p> <p><b>2 Objetivo:</b> Establecer las directrices para asegurar que el servicio que no sea conforme con los requisitos del servicio sea identificado, controlado de acuerdo con los requisitos de la Norma ISO 9001-2008.</p> <p><b>3 Alcance:</b> Este procedimiento aplica a la identificación y control de los servicios no conformes con los requisitos del servicio, en el SGC.</p> <p><b>4 Definiciones:</b></p> <p>4.1 No conformidad: Incumplimiento de un requisito.</p> <p>4.2 Servicio No conforme: Servicio que no es conforme con los requisitos.</p> <p>4.3 Seguimiento de No conformidad: Actividades mediante las cuales se recopilan sistemáticamente referidas al desarrollo de las no conformidades del servicio.</p> <p>4.4 Acción Preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de la no conformidad potencial u otra situación potencial indeseable.</p> <p>4.5 Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de la no conformidad detectada u otra situación indeseable.</p> <p><b>5 Requisitos Previos:</b></p> <p>5.1 Procedimiento para revisar las No conformidades.</p> <p><b>6 Criterios de aceptación:</b></p> <p>6.1</p> <p><b>7 Documentos internos de referencia:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Código</th> <th style="width: 75%;">Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				Código	Nombre						
Código	Nombre										
<p><b>8 Documentos externos:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Nombre del documento externo</th> <th style="width: 16%;">Fecha de expedición</th> <th style="width: 16%;">Entidad que lo expide</th> <th style="width: 35%;">Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción				
Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción								

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres

Norma ISO 9000:2005			
Norma ISO 9001:2008			

## 9 Indicadores:

Cod-Nombre	Fórmula de cálculo
Servicios No conformes corregidos	$\frac{\text{Número de servicios no conformes encontrados}}{\text{Número de servicios no conformes corregidos}} \times 100$

## 10 Registros:


Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
CP.8.3.0.01	Informe de No conformidad.	Presidente del Comité de No conformidades	Físico/electrónico	Unidad Organizativa de Calidad	3 años
CP.8.3.0.01	Control de No Conformidades	Presidente del Comité de No conformidades	Físico/electrónico	Unidad Organizativa de Calidad	3 años

## 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales.
Personal	Comité de Solución de No conformidades	Debe conocer el SGC.
	Representante de la Dirección	
	Papelería	
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de cálculo.	

## 12 Unidades de soporte

Ninguna

	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	Código:CP.8.3.0.01
	<b>PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO A ACCIONES POSTERIORES A LAS NO CONFORMIDADES</b>	Versión: 1
		Página 3 de 4

### 13 Descripción

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Representante de Calidad	1	Recibe el registro de control de no conformidades al final de cada mes.
Presidente de comité de no conformidades	2	Notifica los resultados obtenidos de las correcciones aplicadas
Representante de Calidad	3	Verifica y registra resultados en el registro de control de no conformidad.
Representante de Calidad	4	Da seguimiento, prepara y presenta los resultados en la revisión de la dirección. En las revisiones de la dirección el representante de calidad notifica las no conformidades encontradas y el tratamiento propuesto para cada una de ellas, así también las acciones a seguir para evitar que se de nuevamente dicha inconformidad (Acción Preventiva).





**GESTION DE LA CALIDAD**

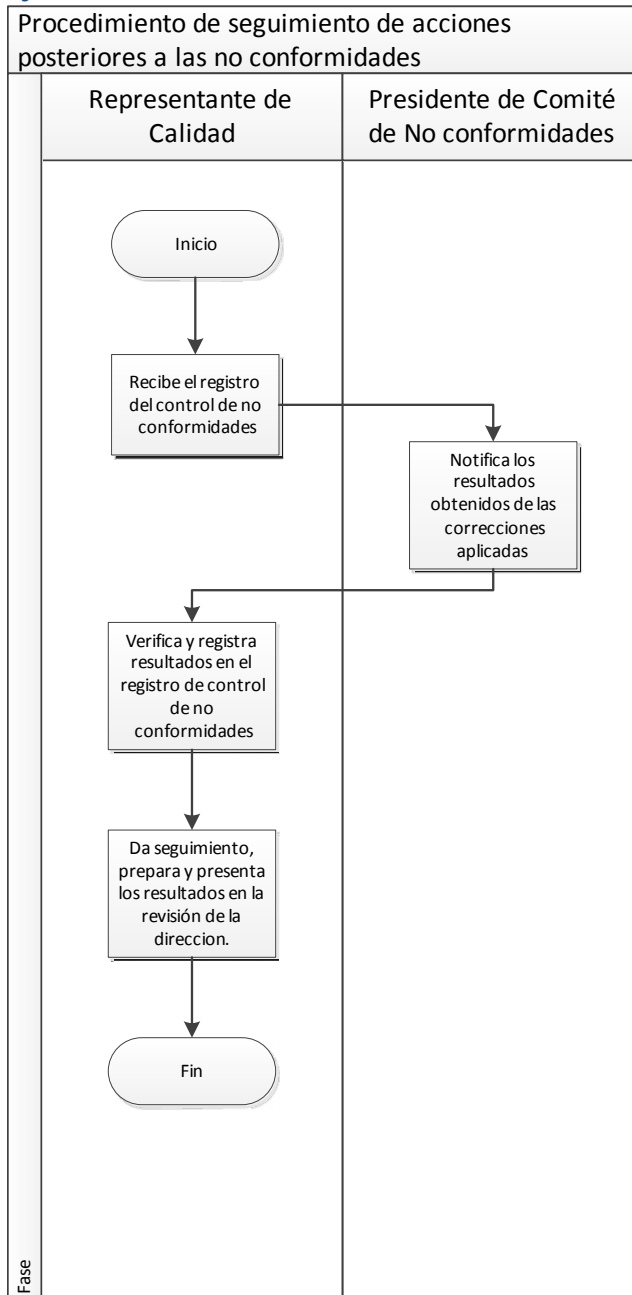
Código:CP.8.3.0.01


**PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO A ACCIONES POSTERIORES A LAS NO CONFORMIDADES**

Versión: 1

Página 4 de 4

**14 Diagrama de Flujo**




<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>METODOLOGÍA PARA DETERMINAR LAS NO CONFORMIDADES</b></p>		
<p>Código: MT.8.4.0.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 1 de 8</p>

## Metodología que permite determinar la no conformidad en los servicios brindados y solventar las no conformidades encontradas por medio de la ejecución de la misma.

Definir un mecanismo para analizar los datos apropiados que demuestren la idoneidad y eficacia del SGC y determine donde puede realizarse la mejora continua. Proporcionando información sobre la satisfacción del cliente, la conformidad de los requisitos del servicio, características y tendencias de los procesos y servicios, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas.

Cualquier Sistema de Gestión que se implemente requiere del análisis de las no conformidades como parte del mejoramiento continuo de los procesos y servicios. Identificar las no conformidades (reales o potenciales) no necesariamente implica que sea un sistema de gestión deficiente, sino mas bien refleja la madurez que tiene la organización para diagnosticar este tipo de situaciones, y lo más importante, que se tiene es el compromiso para afrontarlas; por lo tanto, si una organización no presenta evidencia de no conformidades, entonces si se puede estar en duda sobre la eficacia del Sistema de Gestión. Por tal motivo, las organizaciones tienen que establecer, primero, métodos o mecanismos para la identificación de no conformidades, definir cuales de ellas pueden ser cerradas con correcciones e identificar aquellas que requieran un análisis de causas con mayor detalle; esto con la necesidad de centrarse en lo que realmente requiera un conjunto de esfuerzos que conlleven a una mejora del Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán”.

**Palabras Claves:** No conformidad, análisis de causas y acción correctiva.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>METODOLOGÍA PARA DETERMINAR LAS NO CONFORMIDADES</b></p>		
<p>Código: MT.8.4.0.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 2 de 8</p>

## 1 Introducción

El éxito de cualquier Sistema de Gestión de Calidad depende del compromiso de la alta dirección y de la manera como a su vez involucre al personal de la organización, es decir la forma de crear conciencia al personal.

Suele suceder en la mayoría de organizaciones que quienes llegan a coordinar o involucrarse en el seguimiento de las no conformidades u oportunidades de mejora son los mismos responsables de calidad en algunos casos los jefes o los responsables del servicio.

El reto principal para asegurar un mayor impacto en las mejoras es involucrar a todo el personal de la organización sin importar su nivel dentro del Hospital. Por lo tanto los responsables de la organización tienen que estar convencidos y promover la participación del personal sobre la importancia de involucrarse en las actividades del mejoramiento del desempeño de los procesos de la organización.


## 2 Terminología

Antes de proceder con la metodología es importante tener en cuenta los siguientes conceptos.

**No conformidad:** la Norma ISO 9000:2005 se refiere al incumplimiento de un requisito especificado, entendiéndose como requisito a todos aquellos elementos que la organización se ve obligada y/o voluntariamente opta por cumplir.

**Análisis de Causa Raíz:** Método para identificar los factores básicos o posiblemente involucrados que originan la variación del desempeño en los procesos, incluyendo la ocurrencia o posible ocurrencia de un evento.

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

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>METODOLOGÍA PARA DETERMINAR LAS NO CONFORMIDADES</b></p>		
<p>Código: MT.8.4.0.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 3 de 8</p>

### 3 Metodología para la identificación de Problemas

A continuación se presentan algunos elementos que permiten identificar problemas en el área donde se desempeñan las actividades con el paciente, motivando al personal para que notifique sobre desviaciones registradas durante el desempeño de las actividades cotidianas.

Las fuentes principales para la identificación de problemas pueden ser:

- a) Incumplimiento a requisitos legales aplicables en los procesos de interés.
- b) Incumplimiento a requisitos normativos que opte por cumplir voluntariamente.
- c) Incumplimiento a lo establecido en su documentación (manuales, procedimientos, etc.).
- d) Incumplimiento a lo establecido en sus indicadores y objetivos.
- e) Hallazgos de auditorías internas o externas.
- f) Quejas de pacientes, solo en aquellos casos que exista recurrencia o en aquellas situaciones que se requiera de un mayor análisis.
- g) Fallas relacionadas con equipos o instrumentos que puedan afectar la atención médica.
- h) Cuando exista pérdida o falsificación de registros.
- i) Cualquier situación que ponga en riesgo o dañe la salud del paciente por ejemplo: reacciones graves a la transfusión, identificación incorrecta del paciente, entre otros.


Una situación ideal, que no solamente se orienta a la identificación de problemas, sino más bien al área de oportunidad, se puede realizar mediante la detección e identificación de desperdicios, a todo aquello que agrega un costo pero no genera valor.

**Defectos:** Calidad deficiente.

**Espera:** Tiempo perdido.

**Procesos:** Pasos innecesarios.

**Recurso Humano:** Habilidades que desconocemos.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>METODOLOGÍA PARA DETERMINAR LAS NO CONFORMIDADES</b></p>		
<p><b>Código: MT.8.4.0.01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 1.0</p>	<p><b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013</p>	<p><b>Página:</b> 4 de 8</p>

## 4 Metodología para el análisis de Causas

Una vez identificado el problema, es importante clasificar y priorizar entre aquello que solamente que se requiera corregir y aquello que necesite una acción correctiva mediante un análisis de causa raíz. ¿Cuáles son aquellas situaciones en las que se requiere realizar el análisis? Esto dependerá del impacto y/o ocurrencia del problema, es decir no es lo mismo un error durante la transfusión o la omisión de algún registro de una grafica de control. Por lo tanto, en aquellos casos que requiera el análisis de causas de algún problema conviene seguir las siguientes recomendaciones:


### Paso 1: Conformación de Comité de Solución de No Conformidades

Una vez que ya se tiene identificado el problema, es fundamental establecer el mecanismo para conformar el comité de Solución de No conformidades. La finalidad del trabajo en equipo es desempeñar una labor individual bajo un fin común, a continuación se presentan las características del comité:

- a) Un objetivo claro y desafiante.
- b) Estructura orientada a resultados.
- c) Integrantes competentes.
- d) Compromiso común.
- e) Clima de colaboración.
- f) Parámetros de desempeño.
- g) Apoyo y reconocimiento externos.
- h) Liderazgo basado en principios.

Trabajar en equipo es la clave no solo de un excelente rendimiento de las organizaciones, sino además de un óptimo clima, dentro de la organización, obteniéndose los siguientes resultados:

- Una mayor eficacia en la coordinación de acciones y resolución de dificultades.
- Contar con un equipo creador de una cultura organizada que contribuya y participe en el logro de resultados.
- Equipo competente y con herramientas para administrar y sacar adelante situaciones críticas.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>METODOLOGÍA PARA DETERMINAR LAS NO CONFORMIDADES</b></p>		
<p>Código: MT.8.4.0.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 5 de 8</p>

## Paso 2: Realizar el análisis de las causas del problema identificado.

Una vez que se ha identificado el problema y conformado el comité de solución de no conformidades, ya se puede emplear la metodología de causa raíz.

Para iniciar el análisis es recomendable realizar el ejercicio de lluvia de ideas, la cual sirve como una técnica para aprovechar el pensamiento creativo de un equipo y generar o aclarar una lista de ideas, problemas o asuntos. En este paso, es necesario contar con un facilitador que establezca el propósito de la sesión de lluvia de ideas y defina el problema que desea solucionar.


Las directrices para la generación de ideas pueden ser:

- Cada miembro del equipo toma un turno en secuencia, estableciendo una sola idea.
- Cuando sea posible, que los miembros del equipo construyan sobre ideas de los demás.
- En cada etapa, que las ideas no sean criticadas ni discutidas.
- Registrar las ideas para que todos los miembros las revisen.
- Continuar hasta que ya no se generen mas ideas.
- Revisar todas las ideas para su aclaración.

Una vez que se generaron suficientes ideas, se recomienda emplear:

### 5 Porqués

En la resolución de problemas siempre se emplea la técnica de los 5 Porqués. Se trata de una herramienta que permite encontrar la causa raíz del problema para así eliminarlo completamente. Ante cualquier “problema/efecto” realizaremos la siguiente pregunta ¿Por qué?, de forma que descubriremos que está causando ese efecto. Pero no vale con quedarnos ahí, debemos repetir la pregunta hasta un mínimo de 5 veces. En muchas ocasiones nos quedamos con la primera causa, y le ponemos solución pero no arreglamos el problema, ¿por qué? Porque no hemos llegado a la causa raíz. En la siguiente figura se presenta un diagrama de los 5 porqués, con su respectiva secuencia:

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN 	<b>METODOLOGÍA PARA          DETERMINAR LAS NO          CONFORMIDADES</b>		
<b>Código: MT.8.4.0.01</b>	<b>Versión:          1.0</b>	<b>Fecha de emisión:          31/03/2013</b>	<b>Página: 6 de 8</b>

**¿POR QUÉ?**



**¿POR QUÉ?**



**¿POR QUÉ?**



**¿POR QUÉ?**



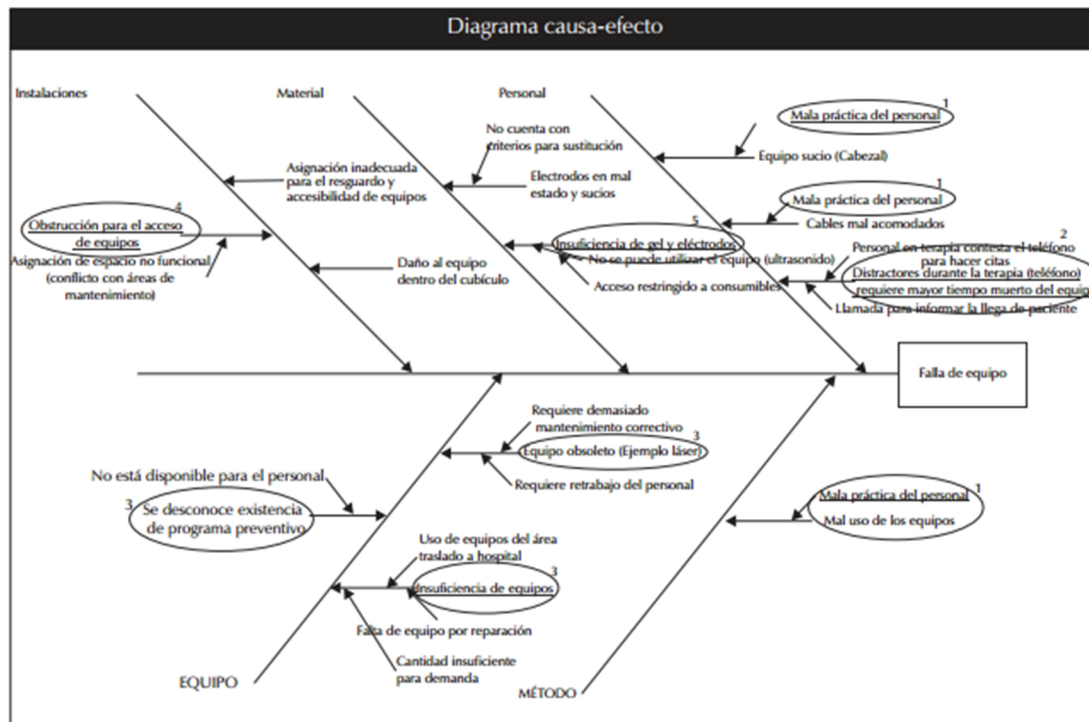
**¿POR QUÉ?**  
 La Solución Real Se  
 Encuentra Aquí

### Diagrama de Causa-Efecto

Esta herramienta permite al equipo pensar y representar relaciones entre un efecto determinado y sus causas potenciales. Las principales categorías pueden ser: Paciente, equipo, materiales, personal, métodos de trabajo e instalaciones.

Una vez clasificadas todas las ideas que surgieron en las categorías ya mencionadas, se debe cuestionar por cada una de estas, el porqué de su origen y, finalmente, seleccionar aquellos que tengan relación entre las categorías y aquellas que mayor impacto puedan tener.

En la siguiente figura se presenta un diagrama de causa-efecto, con sus respectivas categorías y análisis de causas.




### Paso 3: Verificación de la efectividad de las Causas Encontradas

Posteriormente a la identificación de las causas, la verificación es una buena práctica para que el quipo pueda retar las causas, mediante la aplicación de los siguientes criterios:

- 1- ¿Hubiera ocurrido el problema si las causas no estarían presentes?
- 2- ¿Sería recurrente el problema si el factor causal fuera corregido o eliminado.
- 3- ¿La corrección o eliminación de las causas previene la ocurrencia de eventos similares?

De estos criterios si la respuesta es NO, a cada una de las tres preguntas se trata de una causa raíz y se procede con el plan de acción. Si la respuesta es SI a cualquiera de las tres preguntas se trata de causa contribuyente que requiere ser descartada o analizada nuevamente.



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>METODOLOGÍA PARA DETERMINAR LAS NO CONFORMIDADES</b></p>		
<p><b>Código: MT.8.4.0.01</b></p>	<p><b>Versión:</b> 1.0</p>	<p><b>Fecha de emisión:</b> 31/03/2013</p>	<p><b>Página:</b> 8 de 8</p>

#### **Paso 4: Plan de Acción y seguimiento.**

En esta etapa el comité determina las acciones a seguir, de acuerdo al análisis obtenido en el punto anterior y lo registra en el plan de acción. (Establece el que, el quien, el cómo y el cuándo).

Una vez establecidas las acciones a realizar y en las que se involucre a cada uno de los miembros del comité, es fundamental por parte del jefe o responsable del servicio, realizar el seguimiento frecuente de tales acciones, así como la asignación de recursos para que el comité pueda lograr las acciones planeadas.

Una vez que se cumple las acciones establecidas en el plan de acción y que estas son verificadas se puede dar por hecho el cierre de la acción correctiva, momento en el que se reconoce el trabajo y esfuerzo realizado a los miembros del comité.



**CÓDIGO :CP.8.5.1.01**

**VERSIÓN: 1**

**FECHA:04/04/13**

**PROCEDIMIENTO DE GESTION DE MEJORAMIENTO CONTINUO**

- 1 **Unidad Ejecutante:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 **Objetivo:** Asesorar metodológicamente la gestión del mejoramiento continuo para demostrar la conveniencia adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de Calidad.
- 3 **Alcance:** A todo el Sistema de Gestión de Calidad afectando de manera positiva en todos los procesos de interés y formas de organización interna.
- 4 **Definiciones:**
  - 4.1 Acción Correctiva: Acción encaminada a eliminar las causas de las no conformidades y problemas.
  - 4.2 Acción de Mejora: Acción enfocada al fortalecimiento de aspectos pertinentes de la institución, sin que sea necesario la existencia de una no conformidad. Aprovechamiento de oportunidades de mejora.
  - 4.3 Acción preventiva: acción tendiente a eliminar las causas de los problemas o no conformidades potenciales o que posiblemente pueden ocurrir.
  - 4.4 Causas: medios, circunstancias y agentes generadores de problemas o no conformidades reales o potenciales, pueden ser internos o externos.
  - 4.5 Corrección: acción inmediata que elimina la no conformidad. (No elimina la causa).
  - 4.6 Efectividad: Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados disponibles.
  - 4.7 Eficacia: Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
  - 4.8 Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.
  - 4.9 Gestión: Actividades coordinadas para planificar, controlar, asegurar y mejorar una entidad.
  - 4.10 Indicador: Expresión utilizada para descubrir actividades en términos cualitativos y cuantitativos.
  - 4.11 Mejora continua: Acción permanente realizada, con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el diseño.
  - 4.12 Revisión: actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación,

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres

eficacia, eficiencia y efectividad del tema de objeto de revisión para alcanzar unos objetivos establecidos.

4.13 Satisfacción del cliente: percepción del cliente sobre el grado en el que se han cumplido los requisitos.

4.14 Seguimiento: Verificar, supervisar, observar de forma regular y crítica el desempeño de un sistema, proceso o actividad.

4.15 Trazabilidad: Capacidad para seguir la historia, aplicación o localización de todo aquello que está bajo consideración.

4.16 Verificación: confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos solicitados.

**5 Requisitos Previos:**

5.1 Definir las no conformidades.

5.2 Informe una No Conformidad.

**6 Criterios de aceptación:**

6.1

6.2

**7 Control de documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
CP.5.1.0.05	Revisiones Periodicas del SGC

**8 Control de documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción

**9 Control de Indicadores:**


Cod-Nombre	Fórmula de cálculo	Frecuencia de medición	Responsable
% de Aprobaciones de No conformidad	$\frac{\# \text{ de solicitudes aprobadas}}{\# \text{ de solicitudes recibidas}} \times 100$	Semestral	Presidente del Control de No conformidades

**10 Control de registros:**

Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	

11 Control de modificaciones:

N° Revisión	Fecha Revisión	Apartados modificados	Elaborado	Aprobado

	<b>PROCEDIMIENTO DE GESTION DE MEJORAMIENTO CONTINUO.</b>	Código: <b>CP.8.5.1.01</b>
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 4 de 10

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Dirección	1	Establecer el contexto estratégico.
Representante de Dirección y líderes de procesos	2	Identificar procesos y factores críticos.
Líder del Proceso	3	<p>Gestionar el plan de mejoramiento del proceso. Ver: PE.4.2.1.01 y CP.5.1.0.05</p> <p>Teniendo en cuenta los Factores Críticos de cada Proceso, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Servicio No Conforme</li> <li>-Quejas, Reclamos, Sugerencia y Felicitaciones</li> <li>-Resultados de Satisfacción Ver: CP.8.2.1.01</li> <li>-Auditorías</li> <li>-Autoevaluación</li> <li>-Diagnóstico Interno</li> </ul>
Líder del Proceso	4	Gestionar indicadores del proceso utilizar formato
Representante de Dirección y líderes de procesos	5	Revisar y hacer seguimiento a los planes de Mejoramiento a la gestión de indicadores.
Representante de Dirección y líderes de procesos	6	Tomar decisiones para mejorar el SGC.



**PROCEDIMIENTO DE GESTION DE MEJORAMIENTO CONTINUO.**

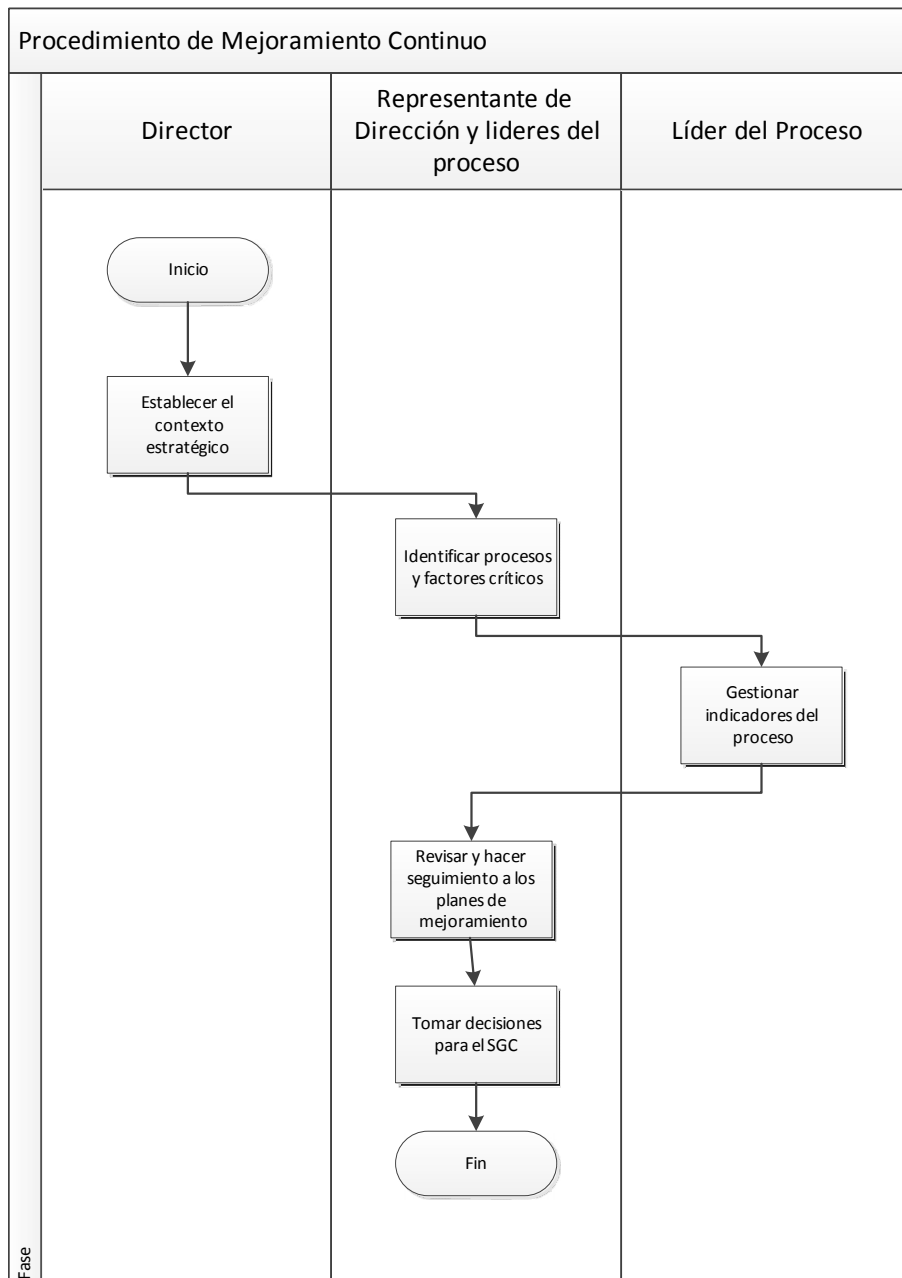
Código:  
**CP.8.5.1.01**


**GESTION DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 5 de 10

**DIAGRAMA DE FLUJO**



	<b>PROCEDIMIENTO DE GESTION DE MEJORAMIENTO CONTINUO.</b>	Código: <b>CP.8.5.1.01</b>
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 6 de 10

## Gestión de Indicadores

### CONCEPTOS BÁSICOS PARA LA GESTIÓN DE INDICADORES


Para iniciar un proceso de Gestión de Indicadores, se debe considerar los siguientes conceptos básicos:

#### Entradas para la Gestión de Indicadores

La metodología que se describe en este documento utiliza como insumo la plataforma estratégica (Misión, Visión, Política y Objetivos de Calidad) del Sistema Integrado de Gestión de Calidad del Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán” (Ver Manual del Sistema Integrado de Gestión de Calidad), y de documentos complementarios tales como las caracterizaciones de procesos y procedimientos. Para el cálculo de los indicadores también se hace necesaria la utilización de las bases de datos e información histórica que expresen el comportamiento de los procesos del hospital.

#### Registros que se Generan en la Gestión de Indicadores

- Cuadro de Mando de Indicadores
- Bases de Datos requeridas de acuerdo al Indicador específico para el Proceso.
- Medios para el registro de datos o información base para el cálculo del Indicador.

	<b>PROCEDIMIENTO DE GESTION DE MEJORAMIENTO CONTINUO.</b>	Código: <b>CP.8.5.1.01</b>
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 7 de 10

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Dirección	1	Establecer el contexto estratégico.
Representante de Dirección y líderes de procesos	2	Identificar procesos y factores críticos.
Líder del Proceso	3	Identificar y formular indicadores para los factores críticos. Ver PLAN: PE.4.2.1.02
Líder del Proceso	4	Calcular y analizar el indicador
Líder del Proceso	5	Remitir los resultados a gestión de calidad.
Dirección	6	Actualizar el cuadro de mando de indicadores.
Dirección y líderes del proceso		Revisar y hacer seguimiento a los indicadores.
Dirección y líderes del proceso		Tomar decisiones para mejorar el resultado de los indicadores





**PROCEDIMIENTO DE GESTION DE MEJORAMIENTO CONTINUO.**

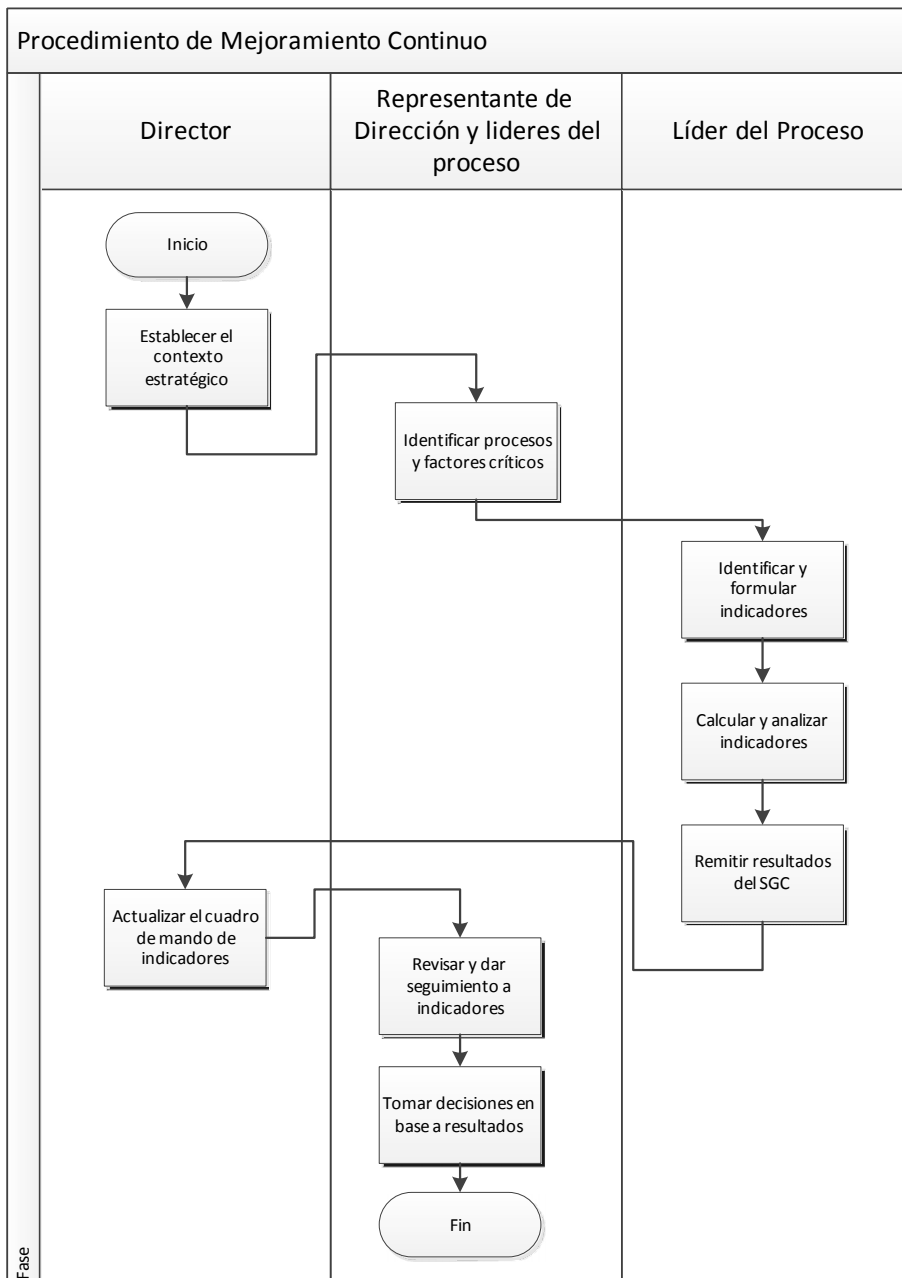
Código:  
**CP.8.5.1.01**


**GESTION DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 8 de 10

**Diagrama**



	<b>PROCEDIMIENTO DE GESTION DE MEJORAMIENTO CONTINUO.</b>	Código: <b>CP.8.5.1.01</b>
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 9 de 10

## Definición del Contexto Estratégico

Para la implementación de la Gestión de Indicadores es fundamental tener claridad sobre la misión, la visión, los objetivos y la política de calidad del Hospital.

Además, de forjar una cultura sistémica de la gestión hospitalaria de manera que se contemple la administración de indicadores como una herramienta pertinente e incorporada al accionar del Hospital.

En la definición del Contexto Estratégico se identifican los factores, atributos, objetivos, procesos, procedimientos, proyectos o situaciones académicas y administrativas pertinentes sobre las cuales se va a implementar la gestión de indicadores.

### Formulación del Indicador

Para la formulación del indicador se diligencia el formato que establece la Plataforma Estratégico PE.4.2.1.01 en la versión vigente de acuerdo al Listado Maestro de Documentos del Proceso Responsable, teniendo en cuenta con las instrucciones.

## Responsabilidades

La responsabilidad de la gestión del mejoramiento continuo se despliega desde la Dirección, hasta cada uno del personal que afectan o contribuyen al desempeño de cada proceso. El Líder de cada Proceso es el responsable de Construir en Equipo los Planes de Mejoramiento, e identificar, mantener actualizados, analizar y aprobar los indicadores; sin embargo, él puede apoyarse en su equipo de trabajo para cumplir con dicha labor, sin que esto lo exima de su responsabilidad.

Es responsabilidad de la Dirección demostrar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad; por lo tanto se establece la periodicidad bimensual para adelantar las Reuniones de Gestión de la Alta Dirección, donde se revisará el Avance en los Planes Mejoramiento actualizados (bimensualmente) y los Indicadores de los Procesos.

## Nivel de Satisfacción del Paciente

Para el Sistema Integrado de Gestión de Calidad del Hospital de Maternidad es prioritariamente importante conocer la percepción de los Pacientes y las Partes

	<b>PROCEDIMIENTO DE GESTION DE MEJORAMIENTO CONTINUO.</b>	Código: <b>CP.8.5.1.01</b>
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1 Página 10 de 10

Interesadas en la prestación de los Servicios de la Entidad. Para conocer dicha percepción, una de las herramientas más efectivas y utilizadas es conocer el Nivel de Satisfacción, el cual es un indicador y por lo tanto, para su desarrollo se utiliza en CP.8.2.1.01

Para calcular el Nivel de Satisfacción se ejecutan los pasos que se describen a continuación:

#### **IDENTIFICACIÓN DE REQUISITOS**

Lo primero que se debe conocer para identificar el Nivel de Satisfacción son los requisitos o características del servicio o producto, por lo tanto se recomienda seguir los procedimientos descritos en el Apartado 7.1 Y 7.2.

#### **ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**


En el análisis de la información se tienen en cuenta los factores con mayor y menor calificación, de igual manera el promedio general obtenido por el servicio, y el porcentaje de personas que calificaron el servicio en cada uno de los niveles.

Tomando como referencia las anteriores mediciones, el rango y forma de interpretación del indicador, y la meta establecida para el periodo evaluado.

Nota: Dentro del análisis de información y datos se debe incluir la satisfacción de los pacientes (véase el numeral 8.2.1), la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio (véase el numeral 7.2.1), las características y tendencias de los procesos y de los productos y/o servicios, incluidas las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas, (véanse los numerales 8.2.3 y 8.2.4), y los proveedores (véase el numeral 7.4).

#### **Seguimiento y toma de decisiones para el mejoramiento continuo**

Cumpliendo con la actualización permanente del Cuadro de Mando de Indicadores, y la información correspondiente a los Planes de Mejoramiento, es posible que la Dirección, los Líderes de los Procesos y los Equipos de trabajos correspondientes, puedan monitorear continuamente los Indicadores, la efectividad del plan de mejoramiento, las estrategias y el sistema de gestión establecido.

	<b>PROCEDIMIENTO DE GESTION DE MEJORAMIENTO CONTINUO.</b>	Código: <b>CP.8.5.1.01</b>
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1 Página 11 de 10

Los Indicadores, los Planes de Mejoramiento y la efectividad de las medidas de control, necesitan ser revisadas constantemente, para asegurar que las circunstancias cambiantes no alteren las prioridades de su gestión. Considerando los constantes cambios del ambiente, las regulaciones, las estrategias, problemas y demás factores que afectan al Hospital, es necesario repetir regularmente el ciclo de administración tanto de los indicadores, como de los Planes de Mejoramiento.


El seguimiento es una parte integral de la gestión de indicadores y los Planes de Mejoramiento, la periodicidad y responsabilidad de la revisión de los Indicadores la determinan al interior de cada equipo de gestión en el formato Código: PE.4.2.1.02; en el caso de los Planes de Mejoramiento se hará una revisión bimensual como mínimo, bajo la responsabilidad del correspondiente Líder de Proceso.

La toma de decisiones de los Procesos, basada en hechos, se fundamenta en la información suministrada por el análisis de datos expuestos por los Indicadores, el Nivel de Satisfacción, y la eficiencia, eficacia y efectividad de los Planes de Mejoramiento, puesto que en estos documentos se identifica claramente, a través del tiempo, las debilidades, fortalezas, incumplimientos, avances o desmejoras de los factores críticos de cada Proceso.

### **Comunicación y consulta**

La comunicación y retroalimentación son una constante en el proceso de administración de Indicadores, Nivel de Satisfacción, y Planes de Mejoramiento, por eso la importancia de un proceso de construcción y análisis participativo. Es primordial desarrollar estrategias de comunicación eficaces para los actores internos y externos de los procesos, dicha estrategia debería encarar aspectos relativos a la planeación, la ejecución y a los resultados obtenidos; de tal manera que se garantice que el flujo de información sea en ambas direcciones, posibilitando así una asertiva toma de decisiones, en procura de los objetivos del Hospital.

Es importante la efectiva comunicación interna y externa para asegurar que aquellos responsables de gestionar los Indicadores y Planes de Mejoramiento en todos los niveles de la organización, logren visionar la base sobre la cual se toman las decisiones y por qué se requieren ciertas acciones en particular.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLAN DE FORTALECIMIENTO DE MEJORA CONTINUA</b></p>		
<p>Código: PL.8.5.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 1 de 19</p>

## **Plan de Fortalecimiento de Mejora Continua para el Hospital Nacional de Maternidad Dr. Raúl Arguello Escolán**


La Mejora Continua como herramienta de gestión para alcanzar el éxito sostenido.

La gestión de los procesos es la esencia y parte fundamental del cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2008, por ello, el entendimiento, comprensión y correcta ejecución o implementación de las actividades e interacciones derivadas de los procesos sustantivos, directivos y de apoyo, son una de las metas de entrenamiento y actualización permanente que las pacientes/recién nacidos y partes interesadas de dichos procesos deben cubrir como parte del plan de mejora continua del sistema de gestión. Este ciclo de mejora no solo garantiza el cumplimiento de requisitos y expectativas de calidad, es también parte de un proceso de crecimiento en busca del éxito sostenido.

Cada modulo está diseñado para actualizar sus competencias de manera progresiva, eficaz y eficiente, siguiendo el enfoque de gestión basada en procesos. El lenguaje utilizado está directamente relacionado con las habilidades y competencias a desarrollar dentro del contexto de los procesos en los que intervienen, por lo que el objetivo de este plan de mejora es el proporcionarles las herramientas suficientes para alcanzar el cumplimiento de los requisitos.

### **Modulo 1: Análisis de Documentación del Sistema de Gestión de Calidad.**

Esta primera fase de entrenamiento, tiene la finalidad de homologar el vocabulario y los términos utilizados en el diseño, desarrollo e implementación del sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma ISO 9001:2008 en el Hospital de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán”. El empleo de un vocabulario coherente y armonizado que sea de fácil comprensión por todos los usuarios actuales y potenciales del sistema y los requisitos de

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLAN DE FORTALECIMIENTO DE MEJORA CONTINUA</b></p>		
<p>Código: PL.8.5.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 2 de 19</p>

La norma hacen indispensable cubrir este requisito previo para garantizar la planeación de la mejora continua incluyendo un plan de auditorías internas como parte de dicha planeación.


## 1.1 Mapa de Procesos

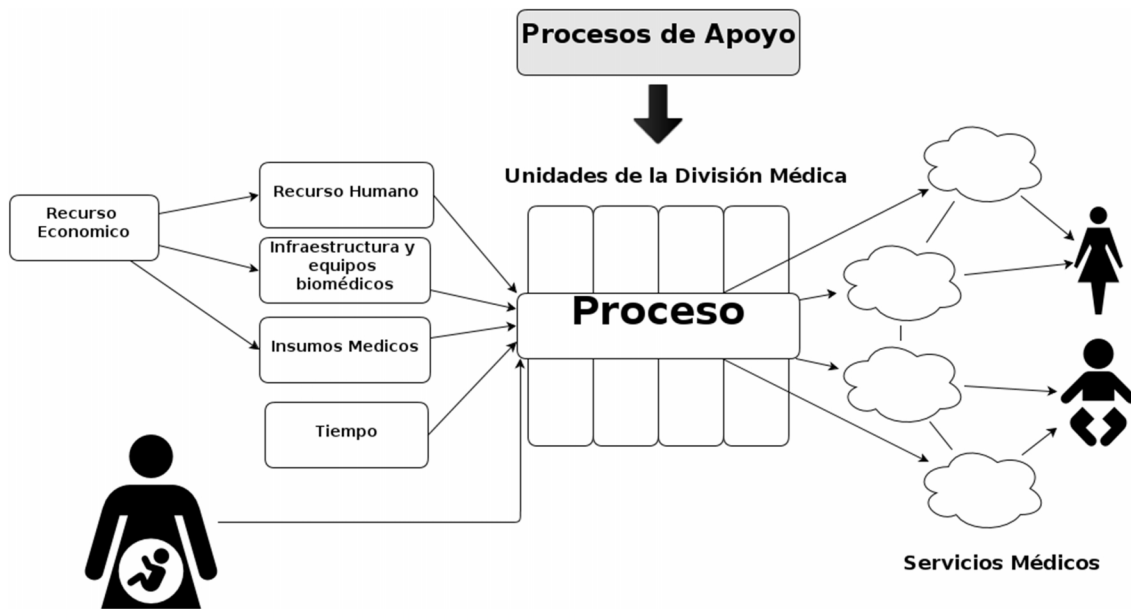
### Seguimiento

El mapa de procesos proporciona una perspectiva global-local, obligando a posicionar cada proceso respecto a la cadena de valor. Al mismo tiempo, relaciona el propósito de la organización con los procesos que lo gestionan, utilizándose también como herramienta de consenso y aprendizaje.

La identificación de los procesos, su análisis y mejora, optimizando su funcionamiento e incrementando la eficacia y eficiencia de los mismos es parte del proceso de análisis y revisión de la documentación del sistema en la que se determinan los procesos clave, estratégicos, operativos y de soporte. Todo ello con una cierta uniformidad en la elaboración de los mapas y en la documentación de los procesos por todas las Unidades.

Los indicadores de desempeño de los objetivos de calidad de los procesos se encuentran **en la caracterización de los procesos y en el listado maestro de indicadores, en donde se indica la frecuencia de la medición.** Los líderes de proceso son los responsables de dar seguimiento a dichos indicadores, presentando sus resultados en la Revisión por la Dirección.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLAN DE FORTALECIMIENTO DE MEJORA CONTINUA</b></p>		
<p>Código: PL.8.5.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 3 de 19</p>




**Relación Proceso- Servicio-Unidad-Paciente**

**Mapa de Procesos: Medición y revisión.**

La revisión de los procesos es el procedimiento por el cual se revisan los datos e indicadores y se procede a realizar las modificaciones necesarias para mejorar los resultados de los mismos. Dependiendo de la complejidad del proceso que se revise será más o menos compleja la revisión.

Durante la revisión de un proceso es muy importante tener en cuenta que éstos están relacionados con otros procesos de la organización y que una modificación simple en un proceso podría implicar problemas importantes en procesos que están relacionados. Es por ello que las modificaciones en los procesos deben tratarse con suma prudencia y

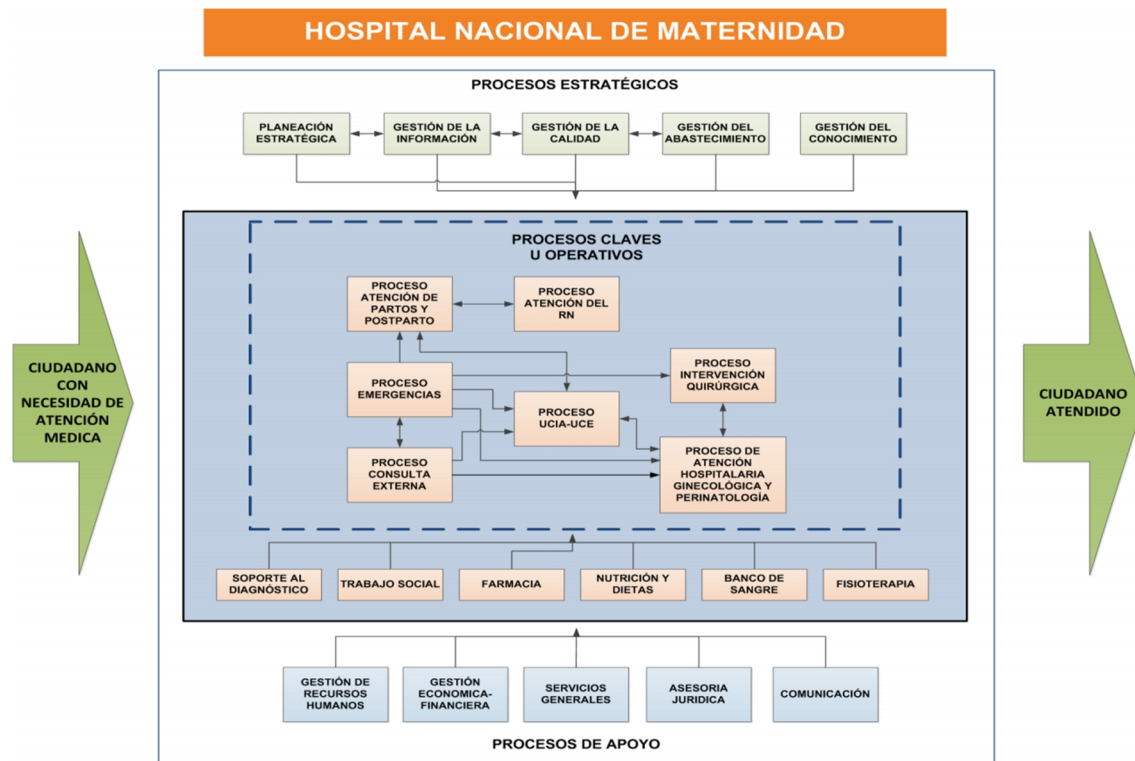
<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLAN DE FORTALECIMIENTO DE MEJORA CONTINUA</b></p>		
<p>Código: PL.8.5.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 4 de 19</p>

transparencia, manteniendo informado de las propuestas a las Unidades o Servicios relacionadas y solicitando su opinión previamente a la implantación de la modificación.


### Análisis

**Mapa de Procesos Nivel 1:** Describe las actividades generales desde el inicio hasta el final del proceso a nivel administrativo y operativo, está definido en el manual del sistema de gestión de la calidad y muestra el macroproceso. Se debe realizar un análisis anual de las relaciones e interrelaciones de los procesos, así como el alcance de cada uno de estos; en un principio se analizarán los procesos involucrados con el alcance inicial del SGC: Proceso de Atención del Parto y Post-Parto y Proceso de Atención del Recién Nacido, la situación actual de estos así como las posibles mejoras que deberán ir incluidas en el Plan Anual Operativo del Hospital.

### Mapa de Procesos del Hospital de Maternidad





<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLAN DE FORTALECIMIENTO DE MEJORA CONTINUA</b></p>		
<p>Código: PL.8.5.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 5 de 19</p>

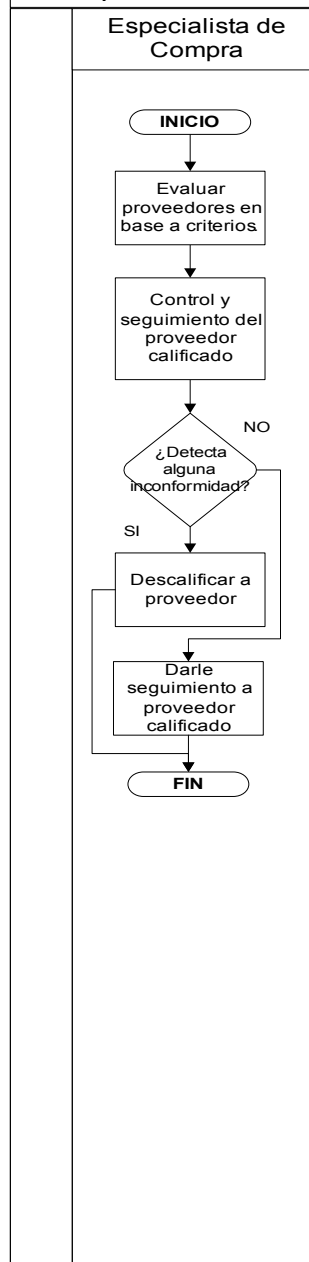
**Mapa de Procesos Nivel 2:** Este segundo nivel de descripción de los procesos corresponde dentro de la pirámide documental del SGC a los procedimientos operativos del hospital.


Cada uno de los procedimientos operativos describe de forma más específica las actividades a realizar y suelen estar representadas con diagramas de flujo.

La Unidad de Planificación junto con el personal relacionado serán los encargados de la revisión de todos y cada uno de los procedimientos involucrados en la revisión y mejora continua del SGC.



Procedimiento para el control y calificación de los proveedores



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLAN DE FORTALECIMIENTO DE MEJORA CONTINUA</b></p>		
<p>Código: PL.8.5.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 7 de 19</p>

**Mapa de Procesos Nivel 3:** El nivel más detallado del mapa de procesos lo constituyen los instructivos y hojas de descripción de actividades, las cuales detallan con mayor precisión las actividades, responsabilidades, registros y documentos de insumo, proceso y salida de cada una de las funciones y/o actividades de los subprocesos a cargo del personal responsable de las mismas. Ver: **Procedimientos para control de documentos, metodología para aprobación, revisión, actualización, identificación de los cambios y la versión, así como los mecanismos que aseguran que la elaboración y modificación de los documentos se realiza acorde a la norma.**


Este nivel de detalle es útil para realizar el análisis de la cadena de valor del proceso y permite detectar las debilidades así como las áreas de oportunidad para la mejora continua.

## 1.2 Política de Calidad

El Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Argüello Escolán” se compromete a brindar atención integral en salud de manera oportuna y eficaz, con el propósito de satisfacer las necesidades y expectativas del binomio madre-hijo, a través de la participación activa de todo el personal en la mejora continua de la Calidad; contribuyendo al logro de los fines esenciales del estado en el sector salud, sustentados en la normatividad aplicable.

Esta declaración establecida en el manual de calidad del SGC del Hospital sirve para marcar claramente cuál es la finalidad y las expectativas que se desean cubrir con la ejecución de las actividades propias de la misión que la institución ha contemplado como parte de sus actividades y refleja el compromiso que todo el personal que labora tiene para con sus pacientes.

La clara orientación hacia la satisfacción de las necesidades de atención del parto, post parto y recién nacido bajo un modelo el cual busca adoptar un proceso de mejora continua que exceda los requerimientos y expectativas de las pacientes.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLAN DE FORTALECIMIENTO DE MEJORA CONTINUA</b></p>		
<p>Código: PL.8.5.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 8 de 19</p>

### 1.3 Objetivos de Calidad

El manual de calidad del SGC establece los resultados que se deben alcanzar con la implementación y ejecución de los procesos que lo conforman. Los objetivos vigentes hasta la última revisión del manual y el sistema de gestión establecen un número específico de logros que todo el personal debe esforzarse por alcanzar con ayuda de los procedimientos que para este propósito fueron diseñados.

### 1.4 Manual de Calidad

El manual de calidad establece los lineamientos generales de operación del SGC del Hospital, basado en la Norma Internacional ISO 9001:2008 Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos, con la finalidad de que el desempeño eficaz de sus procesos sustantivos y de apoyo satisfaga las necesidades de las pacientes y recién nacidos, cumpliendo con los requisitos legales, reglamentarios y normativos vigentes aplicables.

El objetivo del manual de calidad es demostrar la capacidad de la Dirección de proporcionar los servicios de gestión, coordinación de operaciones y evaluación en la prestación de servicios de parto, post parto y atención del recién nacido.


### 1.5 Procedimientos Obligatorios

Conscientes de la necesidad de un número máximo de procedimientos que validen la implementación adecuada del sistema de gestión de la calidad del Hospital que se adoptan como obligatorios aquellos procedimientos requeridos por la norma y que ayudan a unificar los criterios en el ámbito del modelo de calidad implementado, y son los siguientes:

Control de documentos.

Control de los registros.

Acciones correctivas y/o preventivas.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLAN DE FORTALECIMIENTO DE MEJORA CONTINUA</b></p>		
<p><b>Código: PL.8.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 9 de 19</b></p>

Control del servicio no conforme

Auditorías internas de calidad

Se incluyen también como parte importante aunque no necesariamente obligatoria los siguientes procedimientos adicionales que también se adoptan como parte integrante de dichos procedimientos:

Satisfacción del Cliente.

Revisión por la Dirección.

## 1.6 Procedimientos Operativos


El conjunto de procedimientos propios de cada unidad o servicio son considerados como sustantivos para cumplir con sus objetivos y por tanto se les establece como procedimientos operativos, descritos en sus correspondientes documentos y que incluyen como parte de los mismos, la inclusión de los procedimientos de apoyo necesarios para la ejecución de los procedimientos operativos.

El mapa de procesos general del sistema de gestión de la calidad incluye una matriz de interrelaciones de los procedimientos obligatorios y operativos que resulta de gran utilidad para determinar responsabilidades y relaciones de colaboración entre procesos.

El número de procedimientos vigentes es susceptible de mejoras, cambios y modificaciones tanto en su contenido como en la cantidad de ellos y su actualización es parte de los objetivos de la calidad, para lo cual se tiene implementado un plan de revisiones por parte de la alta dirección para asegurarse de su pertinencia y validez.

## 1.7 Planes de Calidad

El comité de Calidad establecido se asegura que la planificación del SGC se realice por medio de las Descripciones de Proceso y Planes de Calidad, los Mapas de Proceso y Planes de Calidad, con el fin de cumplir los requisitos descritos en este manual, así como

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLAN DE FORTALECIMIENTO DE MEJORA CONTINUA</b></p>		
<p><b>Código: PL.8.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 10 de 19</b></p>

los objetivos de calidad. Se mantiene la integridad del SGC cuando se planifican e implementan cambios en este, tal como lo especifica el Procedimiento de Calidad de Revisión por la Dirección.

## 1.8 Registros


Mantener los registros de la calidad al día, llenando los formatos correspondientes, recopilando la información requerida por ellos, tabular y en su caso informar al Líder de Proceso cualquier cambio en los procesos que le competen (debido a nuevas tecnologías, mejoras o cambios de actividades) para dichos procedimientos y/o registros sean actualizados, es fundamental para asegurar que se contará con la mejor información para la toma de decisiones y actualización del sistemas de gestión

No hay que olvidar que parte importante de mantener un sistema de registros eficaz y eficiente implica asegurarse de que el espacio destinado para el archivo y conservación de documentos de registro(gaveta, archivero, librero, etc.) esté identificado y sea óptimo a fin de evitar daños, pérdidas, dificultades para localización y acceso, etc. de los mismos.

También es importante emplear los formatos establecidos para los procedimientos a fin de generar registros que den evidencia en las Auditorías de la realización de dichas actividades.

## **MODULO 2: MEDICION, ANALISIS Y MEJORA DE LA SATISFACCION DE LAS PACIENTES Y RECIEN NACIDOS.**

Este segundo componente del entrenamiento se centra en la mejora de las competencias de medición y análisis de la satisfacción del cliente. Cumplir los requisitos y las expectativas de los pacientes, recién nacidos y partes relacionadas es primordial para evaluar el desempeño del sistema de gestión de la calidad, es por ello fundamental el dominar y aplicar eficazmente las herramientas de medición de resultados y las técnicas e instrumentos de análisis de los datos recopilados de los registros y otras evidencias objetivas del desempeño de los planes y procedimientos de calidad.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLAN DE FORTALECIMIENTO DE MEJORA CONTINUA</b></p>		
<p>Código: PL.8.5.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 11 de 19</p>

### **Medición de la Satisfacción de la Paciente y del Recién Nacido**

El sistema de gestión de la calidad como objetivo satisfacer los requisitos y expectativas de los clientes internos y externos, principalmente los pacientes; por ello es indispensable medir y evaluar el grado de satisfacción alcanzados en los diferentes procesos que involucran productos o servicios que el cliente deba calificar.

Los resultados alcanzados se registran en las tablas de análisis de la satisfacción del cliente después de la tabulación y evaluación de las encuestas aplicadas, quejas y/o sugerencias recibidas en el buzón, a través de correo electrónico o cualquier otro medio válido.


Con la información obtenida procederá al cálculo de los índices tomando como base los indicadores establecidos para cada proceso y una vez obtenidos dichos índices los registrará para su posterior análisis.

Este procedimiento es vital para la toma de decisiones, implementación de acciones correctivas y preventivas, planeación de mejoras y por supuesto, como evidencia para efectos de revisiones por parte de la dirección y para auditorías internas o externas.

### **Análisis de la Satisfacción de los Clientes**

El resultado obtenido de la medición de la satisfacción del cliente es entregado en un informe que incluye los índices de desempeño alcanzados por los respectivos procesos. Esta información será utilizada para detectar áreas de oportunidad en las que sea susceptible emprender acciones correctivas en caso de ser necesario, o implementar acciones preventivas, de mejora continua así como modificaciones, actualizaciones y optimización de los procesos como parte de los planes de calidad que se tengan contemplados por parte de la dirección, los responsables de los procesos y el comité de calidad.

La información obtenida de la medición de satisfacción es uno de los principales proveedores de datos para la toma de decisiones, por lo que resulta fundamental el aplicar debidamente las herramientas que el sistema de gestión de calidad tiene implementadas para la ejecución de estos procedimientos. Es importante recordar

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLAN DE FORTALECIMIENTO DE MEJORA CONTINUA</b></p>		
<p>Código: PL.8.5.1.01</p>	<p>Versión: 1.0</p>	<p>Fecha de emisión: 31/03/2013</p>	<p>Página: 12 de 19</p>

que la calidad la define el cliente al establecer sus requisitos y expectativas como parte de los objetivos por alcanzar a través de la realización de los servicios que se ofrecen y entregan como resultado de los procesos y que para ello se han plasmado en la política de calidad y los objetivos de calidad del sistema de gestión.

### **MODULO 3 MEDICION DE PROCESOS E INDICADORES DE DESEMPEÑO**


La medición de los procesos del sistema de gestión es fundamental para detectar las oportunidades de mejora, entendidas como parte de un proceso de mejora de la eficacia y eficiencia del conjunto de actividades que se relacionan para convertir las entradas en salidas (servicios que satisfacen los requisitos y expectativas del cliente y partes relacionadas).

#### **Medición de los Procesos**

Los indicadores básicamente son formulas en las que se toman dos elementos para comparar el grado de alcance con respecto a una meta u objetivo.

El uso de los indicadores como parámetros de evaluación del desempeño del proceso (no de las personas, sino de las actividades del proceso) nos permite contrastar el grado de satisfacción de los requisitos del cliente con respecto a los resultados obtenidos por los procesos que deben cubrir esos requisitos. La medición de los niveles de satisfacción de los requisitos es sumamente útil para determinar la necesidad de implementar acciones correctivas, preventivas o de mejora para asegurarse de cubrir los requisitos, ya que esta es la piedra angular de los modelos de gestión de la calidad. Para poder mejorar los procesos y con ello es sistema, es necesario medir el desempeño y de ser necesario llevar a cabo los cambios y modificaciones que se requieran para mantener la idoneidad del



<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLAN DE FORTALECIMIENTO DE MEJORA CONTINUA</b></p>		
<p><b>Código: PL.8.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 13 de 19</b></p>

sistema de gestión. Por eso es tan importante medir los procesos, no como instrumento de presión sino más bien como herramienta de mejora continua.

### **Indicadores del Desempeño**

Los indicadores de un sistema de gestión tienen que estar vinculados lo más apegados que sea posible al resultado que se pretende medir con ellos.

Los indicadores en su sentido más estricto, son mediciones de los logros y el cumplimiento de los objetivos de un proceso y sirven como herramienta a los dueños de ese proceso para el mejoramiento continuo de la calidad en la toma de decisiones, lo cual se traduce en una mejor calidad del producto o del servicio resultado de este proceso.


Hay que evitar dar la impresión de que la medición precede a un castigo, también se debe evitar la omisión de indicadores porque no se cuenta con tiempo suficiente para realizar mediciones.

Es muy común que se experimente cierta resistencia al uso de indicadores por considerar que es difícil medir los procesos o que hay cosas imposibles de medir, además de pensar que es más costoso en términos de tiempo y recursos financieros medir que hacer.

## **Modulo 4 SERVICIO NO CONFORME**

Los servicios ofrecidos por el Hospital deben cubrir los requisitos y expectativas de los clientes y partes relacionadas. Por ello, es vital el dominio de las metodologías, técnicas y herramientas que permitan gestionar eficaz y eficientemente los servicios no conformes. En este módulo se hace un análisis de la correcta detección, identificación y gestión del servicio no conforme.

El servicio no conforme debe ser detectado, corregido y liberado solo después de cubrir los requisitos establecidos por el cliente. Además, su oportuna documentación permitirá llevar a cabo las acciones correctivas y preventivas adecuadas para eliminar las causas

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLAN DE FORTALECIMIENTO DE MEJORA CONTINUA</b></p>		
<p><b>Código: PL.8.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 14 de 19</b></p>

raíz real y potenciales que dieron lugar a la no conformidad.

Para efectos prácticos una no conformidad es el incumplimiento de algún requisito expresado por la propia norma ISO 9001:2008, la documentación del sistema de gestión de la calidad o la legislación aplicable al producto o servicio; por lo tanto, al detectar un producto que incumple con algún requisito es importante darle el tratamiento establecido en el procedimiento de control.

Los dueños de los procesos o aquellos que tiene alguna responsabilidad deben asegurarse de que el producto no conforme se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencional, de acuerdo con el procedimiento documentado


De acuerdo a lo establecido en el procedimiento se deberá tratar el producto mediante una o más de las siguientes maneras: Tomar acciones para eliminar la no conformidad. Autorizando su uso, liberación o aceptación bajo concesión. Tomando acciones para impedir su uso o aplicación originalmente previsto.

## **Modulo 5 Proceso de Acciones, Preventivas y de Mejora**

La idoneidad del sistema de gestión es un requisito fundamental para garantizar la calidad del servicio, sin embargo, esto solo es posible si se mantiene un proceso continuo de mejora, para lo cual, la permanente inspección de los procesos para detectar y en su caso corregir las no conformidades, buscando siempre la eliminación de las causas raíz que las ocasionan a través de la implementación de acciones correctivas, diseñando un plan preventivo de acciones para detectar inconformidades potenciales y proceder a evitar su aparición, es también tarea de los usuarios del sistema, manteniendo siempre un proceso de mejora continua sobre los procedimientos que les competen.

### **Acción Correctiva**

La acción correctiva elimina la causa raíz de una no conformidad, asegurándose de que el servicio cubra los requisitos y regresando el proceso a su estado "normal"

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLAN DE FORTALECIMIENTO DE MEJORA CONTINUA</b></p>		
<p><b>Código: PL.8.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 15 de 19</b></p>

La acción correctiva opera bajo un procedimiento documentado que contiene en forma enumerativa pero no limitativa:

- Revisar las no conformidades. (Incluyendo las quejas del cliente)
- Determinar las causas.
- Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurar que no vuelva a ocurrir.
- Determinar e implementar las acciones necesarias.
- Registrar los resultados de las acciones tomadas.
- Revisar las acciones correctivas tomadas


Estas medidas se aseguran para evitar caer nuevamente en la situación que originó la no conformidad del proceso y que afecta al servicio incrementando los rechazos por parte del cliente, reprocesos, demoras e incrementos en los costos de operación.

## **MODULO 6 AUDITORIAS DE CALIDAD**

El examen sistemático de los procesos y procedimientos del sistema de gestión de la calidad para determinar si cubre los requisitos de la norma es uno de los instrumentos de control más importante para asegurarle a los clientes y partes interesadas que la organización mantiene un estándar de fiabilidad al realizar los servicios que garantiza satisfacer los requisitos y expectativas de los usuarios.

### **Auditorias de Calidad Interna y Externa**

- Determinan si se han cumplido las especificaciones planteadas.
- Nos indican si el sistema se ha implementado y se mantiene eficaz.
- Los resultados de las auditorias proporcionan recomendaciones de mejora.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLAN DE FORTALECIMIENTO DE MEJORA CONTINUA</b></p>		
<p><b>Código: PL.8.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 16 de 19</b></p>

## Modulo 7 REVISION POR LA DIRECCION

Consideraciones Generales: Medición + Recopilación + Análisis = Informe Completo.

Como parte del ciclo de mejora continua y del sistema de gestión de calidad, la revisión por parte de la dirección es un proceso tanto de control como de planeación que genera la espiral virtuosa de mejora y crecimiento de la eficiencia y la productividad de la organización, facilitando cada vez más, el cumplimiento de los requisitos.

En esta sección, se les proporciona una guía para elaborar el informe que se prepara para la revisión por la dirección, de las acciones realizadas propias del sistema, seguimiento de acciones correctivas y preventivas, etc.

### 7.1 Acciones de Seguimiento a revisiones por la dirección

Son todos aquellos acuerdos tomados en la Reunión de Revisión por la Dirección inmediata anterior.


#### **Seguimiento**

El Representante de la Dirección lleva el control de los avances para cada acuerdo. Se recomienda que se realice de manera mensual.

#### **Reporte**

El Representante de la Dirección concentra la información anterior en el Formato de Acciones y/o Mejoras.

### 7.2 Revisión de Política y Objetivos de Calidad

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLAN DE FORTALECIMIENTO DE MEJORA CONTINUA</b></p>		
<p><b>Código: PL.8.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 17 de 19</b></p>

Descripción de propuestas de cambios y/o modificaciones realizadas a la Política de calidad o a los Objetivos de Calidad del SGC. Ver procedimiento: Procedimiento de Revisión y continua adecuación de la política.

### 7.3 Resultados de Auditorías del SGC.

Descripción general de las no conformidades y observaciones emanadas de las Auditorías de Calidad Internas y Externas.

### 7.4 Evaluación de la Comunicación Interna y Externa

Son los resultados de la aplicación de encuestas a las pacientes y el control de los proveedores.

Aplicación de encuestas de acuerdo al número de egresos de pacientes y al número de proveedores a evaluar.

Tabulación y Análisis:

Cuantitativo (En graficas y tablas).

Cualitativo (En forma de comentarios basados en todas las graficas obtenidas).


**Ver procedimientos: Evaluación de la Satisfacción de la Paciente y Control de Proveedores.**

#### 7.4.1 Retroalimentación con el Cliente

Son los resultados de buzones de quejas y sugerencias.

Aplicar las encuestas de acuerdo la muestra seleccionada.

**Ver procedimientos: Seguimiento de No conformidades.**

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLAN DE FORTALECIMIENTO DE MEJORA CONTINUA</b></p>		
<p><b>Código: PL.8.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 18 de 19</b></p>

## 7.5 Desempeño de los procesos y conformidad del servicio.

Es la medición de indicadores de todos los procesos operativos y de apoyo del SGC

También abarca las No Conformidades encontrados en los procesos.

Los Líderes de Procesos calculan los Indicadores de los Procesos y llenan la “Tabla de Control de Indicadores”.

El Representante de la Dirección reúne los resultados en la “Tabla Maestra de Seguimiento de Medición de Procesos”.

El presidente del comité de calidad informa al representante de la dirección las acciones correctivas emprendidas y su estatus. Se concentra la información anterior en el formato 8.5.2 SOLICITUD DE NO CONFORMIDAD-DIAGNOSTICO- PLAN A SEGUIR

## 7.6 Estado de Acciones Correctivas, Preventivas y/o proyectos de Mejora.


Es el reporte del estado actual de todas las acciones correctivas, preventivas y de mejora del SGC. Dichas acciones emanan de las auditorias de calidad, revisiones por la dirección, servicios no conformes, etc.

Seguimiento del Presidente del comité de no conformidad de las Acciones Correctivas, Preventivas y/o Mejora evalúa es cumplimiento en tiempo y forma de las acciones.

Reporte

El presidente del comité de no conformidad concentra la información anterior en el formato 8.5.2 SOLICITUD DE NO CONFORMIDAD-DIAGNOSTICO- PLAN A SEGUIR

Dicha información se envía al comité de calidad de manera bimestral.

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLÁN</p> 	<p><b>PLAN DE FORTALECIMIENTO DE MEJORA CONTINUA</b></p>		
<p><b>Código: PL.8.5.1.01</b></p>	<p><b>Versión: 1.0</b></p>	<p><b>Fecha de emisión: 31/03/2013</b></p>	<p><b>Página: 19 de 19</b></p>

## 7.7 Cambios que podrán afectar el SGC

Son los eventos o circunstancias que pueden causar efectos positivos o negativos en el funcionamiento del SGC. Por ejemplo:

- ›Reestructura Organizacional,
- ›Nuevas políticas del Hospital o gubernamentales,
- ›Cambios en los procesos operativos certificados,
- ›Uso de nuevo software, etc.

### **Antes de la revisión de la Dirección**

Informes de resultados del SGC.

### **Durante la revisión de la dirección**

Mejora de la eficacia del SGC y sus procesos + Mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente = Necesidad de Recursos.



**CÓDIGO : CP.8.5.2.01**

**VERSIÓN: 1.0**

**FECHA:31/03/2013**

**PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR E IMPLEMENTAR ACCIONES  
 CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS**

- 1 **Unidad Ejecutante:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 **Objetivo:** Establecer la metodología para definir e implementar las acciones correctivas necesarias para eliminar/prevenir las causas de las no conformidades reales o potenciales que afecten a los procesos de interés.
- 3 **Alcance:** Este procedimiento es aplicable desde el análisis de las causas de las no conformidades reales o potenciales que afecten la prestación del servicio hasta la verificación de las acciones implementadas en los procesos de interés.
- 4 **Definiciones:**
  - 4.1 Acción Correctiva: Una actividad emprendida para eliminar las causas de una no conformidad, defecto u otra situación no deseable con el propósito que vuelva a ocurrir.
  - 4.2 Acción Preventiva: Una actividad emprendida para eliminar la causa de la potencial no conformidad, defecto u otra situación no deseable potencial para evitar que ocurra.
  - 4.3 No Conformidad Real: Incumplimiento de algún requisito preestablecido del cliente, legal o de la organización.
  - 4.4 No conformidad Potencial: Situación potencialmente indeseable que puede afectar el desarrollo normal de los procesos y llegar a causar una no conformidad real en la cual no hay incumplimiento de un requisito pero puede llegar a generarse.
  - 4.5 Corrección de la No conformidad: La acción emprendida respecto a una entidad no conforme con el propósito de resolver la no conformidad.
  - 4.6 Acción de Mejora: Acción encaminada a identificar oportunidades de mejora en los procesos con el fin de optimizarlos, aumentando su capacidad para cumplir los requisitos y evidenciándolo con los resultados obtenidos.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Realizar procedimiento de evaluación de no conformidades.
- 6 **Criterios de aceptación:**
  - 6.1 .

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombres	Nombres	Nombres



**7 Documentos internos de referencia:**

<b>Código</b>	<b>Nombre</b>
	Requisitos legales: condición de obligación de cumplimiento por parte de la organización.
	Requisitos propios del servicios
	Requisitos de la paciente y el recién nacido.

**8 Documentos externos:**

<b>Nombre del documento externo</b>	<b>Fecha de expedición</b>	<b>Entidad que lo expide</b>	<b>Descripción</b>

**9 Indicadores:**

<b>Código</b>	<b>Responsable</b>
	% Cumplimiento de acciones correctivas

**10 Registros:**

<b>Código</b>	<b>Nombre</b>	<b>Almacenamiento</b>			<b>Tiempo de retención</b>
		<b>Responsable</b>	<b>Forma</b>	<b>Lugar</b>	
FO.8.5.2.0 1	Formato de registro de control de las no conformidades	Presidente del Comité de No conformidades	Físico/electrónico	Unidad Organizativa de Calidad	3 años
FO.8.5.2.0 2	Formato de registro de control de no conformidades con acciones preventivas	Presidente del Comité de No conformidad	Físico/electrónico	Unidad Organizativa de Calidad	3 años


		es			
FO.8.5.2.0 3	Formato de registro de informe de no conformidades	Presidente del Comité de No conformidades	Físico/electrónico	Unidad Organizativa de Calidad	3 años
F0.8.5.2.0 4	SOLICITUD DE NO CONFORMIDAD- D- DIAGNOSTICO -CAUSAS- PLAN A SEGUIR	Presidente del Comité de No conformidades	Físico/electrónico	Unidad Organizativa de Calidad	3 años
F0.8.5.2.0 5	Seguimiento a acciones posteriores	Presidente del Comité de No conformidades	Físico/electrónico	Unidad Organizativa de Calidad	3 años

#### 11 Recursos:

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Ginecólogo Pediatra Neonatología trabajador social Administrativo Enfermera Auxiliar de enfermería	Personal con formación específica
Papelería	Papel	Registro formalizados por la unidad de estadísticas


#### 12 Unidades de soporte

Tipo de soporte	Área proveedora
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Sistemas de información	Unidad de informática
Fármacos	Farmacia

	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	Código:CP.8.5.2.01
	<b>PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR E IMPLEMENTAR ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS</b>	Versión: 1
		Página 4 de 9

### 13 Descripción

RESPONSABLE	N°	ACTIVIDAD
Miembro del personal del Hospital	1	<b>Identificación y Registro de no conformidades.</b> identifica una no conformidad real, por cualquiera de las fuentes siguientes: quejas del paciente, informes de auditoría interna, resultados de la revisión de la dirección, resultados de análisis de datos, resultados de las mediciones de satisfacción, resultados de autoevaluación y revisión de necesidades y expectativas del cliente que altere o ponga en riesgo el normal funcionamiento de un proceso, la consigna en el registro Solicitud de acciones correctivas o preventivas, y la entrega a su jefe inmediato, quien deberá entregar copia al coordinador de calidad para su registro.
Líder del proceso involucrado	2	Determinar las causas de las no conformidades reales o potenciales: el líder del proceso inicia el análisis que originó la no conformidad real o potencial e identifica la causa raíz, para lo cual utiliza la herramienta de calidad de los 5 porque y las registra en el Formato. Registro Solicitud de acciones correctivas o preventivas.
Líder del proceso involucrado	3	<b>Determinar el plan de acciones correctivas y/o preventivas.</b> El líder del proceso diseña un plan de acción que permitan eliminar las causas que dieron origen a las no conformidades reales o potenciales encaminadas a cumplir los objetivos de mejora y las registra en el registro indicando las fechas de inicio y finalización de las actividades.
Líder del proceso involucrado	4	Se entrega una copia al jefe del servicio involucrado.

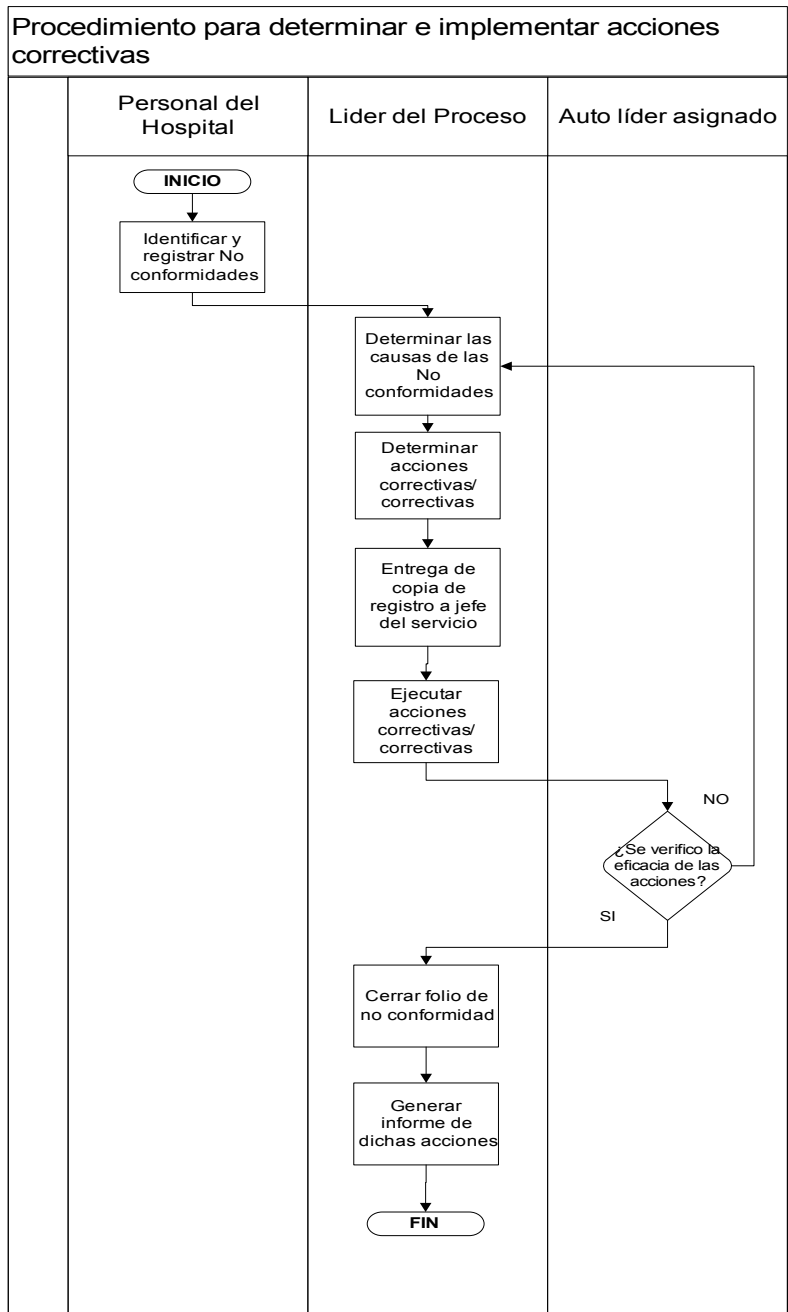
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>		Código:CP.8.5.2.01
	<b>PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR E IMPLEMENTAR ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS</b>		Versión: 1
			Página 5 de 9

Líder del proceso involucrado	4	<b>Ejecución del plan de acciones correctivas y/o preventivas.</b> El líder del proceso y su equipo de mejoramiento ejecuta el plan de acción correctivas y /o preventivas para bloquear las causas fundamentales que generaron las no conformidades, e impedir que éstas vuelvan a ocurrir.
Líder del proceso involucrado	5	Punto de Control: <b>Registro de evidencias resultados.</b> El líder del proceso registra toda la información que permita conocer los resultados que se obtengan de las mejoras implementadas.
Auditor líder asignado.	6	<b>La Verificación de la eficacia de las acciones implementadas.</b> El jefe de control interno de gestión designa un auditor líder para que verifique la eficacia del plan de acciones correctivas y/o preventivas implementadas para lo cual debe: Comparar los resultados obtenidos tanto antes como después de haber emprendido las acciones. Cuando el resultado no es tan satisfactorio como se esperaba, asegúrese de que todas las acciones planteadas han sido implementadas de acuerdo a lo planificado. En caso en que las acciones hayan sido eficaces se cierra la no conformidad, en caso contrario continuará abierta y se suscribe una nueva visita de verificación de la acción complementaria entre el líder del proceso y el líder auditor, registrando la información en el Formato del Registro 2. (Regresar a Paso 2) Cuando se trate de planes de mejoramiento suscritos con los entes de control, el Jefe de la Unidad de Calidad designara a un funcionario para verificar la eficacia de los planes de mejoramiento suscritos e implementados. Cuando se trate de planes de mejoramiento institucional se realiza el seguimiento de acuerdo a lo establecido en los Registro
Líder del Proceso	7	Se genera un informe mensual del estado de dichas acciones.



<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	Código:CP.8.5.2.01
<b>PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR E IMPLEMENTAR ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS</b>	Versión: 1
	Página 6 de 9

### 14 DIAGRAMA DE FLUJO





**CÓDIGO** :CP.8.5.2.02

**VERSIÓN:** 1.0

**FECHA:**31/03/13

**PROCEDIMIENTO PARA REVISAR LAS NO CONFORMIDADES**

- 1 **Unidad Ejecutante:** Unidad Organizativa de la Calidad.
- 2 **Objetivo:** Establecer la secuencia de actividades para asegurar que los elementos no conformes con los requisitos de calidad especificados, se identifican y se controlan para evitar su uso inapropiado.
- 3 **Alcance:** Aplicar este procedimiento a todas las actividades o resultados que se encuentren no conformes con la norma con procedimientos o requisitos acordados con el paciente y el recién nacido.
- 4 **Definiciones:**
  - 4.1 Aprobación: Asentamiento formal a una propuesta.
  - 4.2 Comprobación: Todas aquellas pruebas, medidas, verificaciones o controles realizados sobre una actividad.
  - 4.3 Control de Calidad: Actividades relacionadas con la garantía de calidad, destinados a controlar y evaluar las características de un elemento, equipo, proceso de acuerdo con normas establecidas.
  - 4.4 Disposición de una no conformidad: Acción tomada para eliminar una conformidad detectada.
  - 4.5 No conformidad: Deficiencias de las características, documentación o procedimientos debido a la cual la calidad de un elemento resulta inaceptable o indeterminada.
  - 4.6 Verificación: Es el acto de revisar, inspeccionar, ensayar, comprobar auditar u otro modo de determinar y documentar si elementos, procesos, servicios o documentos, cumplen los requisitos calificados.
- 5 **Requisitos Previos:**
  - 5.1 Definir las no conformidades.
  - 5.2 Informe una No Conformidad.
- 6 **Criterios de aceptación:**
- 7 **Documentos internos de referencia:**

Código	Nombre
	Requisitos legales: condición de obligación de cumplimiento por parte de la organización.

Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombres	Nombres	Nombres

	Requisitos propios del servicio.
	Requisitos de la paciente y el recién nacido.

**8 Documentos externos:**

Nombre del documento externo	Fecha de expedición	Entidad que lo expide	Descripción

**9 Indicadores:**

Cod-Nombre	Responsable
	% de Aprobaciones de No conformidad

**10 Registros:**


Código	Nombre	Almacenamiento			Tiempo de retención
		Responsable	Forma	Lugar	
CP.8.5.2.02	Formación de Comité de Solución de No conformidades. (Anexo 1)	Líder del Proceso Involucrado	Físico/electrónico	Unidad Organizativa de Calidad	3 años
CP.8.5.2.02	Informe de No conformidad.	Presidente del Comité de No conformidades	Físico/electrónico	Unidad Organizativa de Calidad	3 años
CP.8.5.2.02	Control de No Conformidades	Presidente del Comité de No conformidades	Físico/electrónico	Unidad Organizativa de Calidad	3 años
F0.8.5.2.05	Seguimiento a acciones posteriores	Presidente del Comité de No conformidades	Físico/electrónico	Unidad Organizativa de Calidad	3 años

**11 Recursos:**

Tipo	Descripción	Características generales. requisitos
Personal	Ginecólogo Pediatra Neonatología trabajador social Administrativo Enfermera Auxiliar de enfermería	Personal con formación específica
Papelería	Papel	Registro formalizados por la unidad de estadísticas

**12 Unidades de soporte**


Tipo de soporte	Área proveedora
Recurso humano	Unidad de Recursos Humanos
Sistemas de información	Unidad de informática

	<b>PROCEDIMIENTO PARA REVISAR LAS NO CONFORMIDADES</b>	Código:CP.8.5.2.02
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 3 de 8

13 Registro

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Representante de la Dirección	1	<p>Integrar un comité de solución de no conformidades (Registro de comité de solución de no conformidades), mediante un acta constitutiva que tendrá autoridad para: Revisar las No conformidades y emitir una disposición.</p> <p>El comité debe de estar integrado por: Presidente del Comité de Solución de No conformidades.</p> <p>Responsable de Control de Calidad.</p> <p>Responsable del Proceso.</p> <p>Jefe de División Médica.</p> <p>Personal que a juicio del presidente deben de estar presentes.</p> <p>Personal de la Unidad Organizativa de la Calidad que participara como observador.</p>
Presidente del Comité de Solución de No conformidades	2	Citar a una reunión a más tardar 24 horas después que se presenta la no conformidad para su revisión.
Presidente del Comité de Solución de No conformidades	3	El presidente debe de considerar: las necesidades de verificar las implicaciones en seguridad y calidad derivadas de las no conformidades.
Comité de Solución de No conformidades	4	Revisar las no conformidades: a) Revisar las no conformidades. B) La disposición de la no conformidad. C) Las acciones a realizar para el cumplimiento de la disposición.
Dirección/Comité de Solución de No conformidades	5	<p>Después de realizar la revisión de la no conformidad se debe de emitir las siguientes disposiciones:</p> <p>A) Rechazo (También conocido como desecho): Se aplica a los elementos no conformes, que no son adecuados para el servicio brindado. Los elementos no conformes deben de ser identificados y segregados tan pronto como se emita la disposición.</p> <p>B) Reparación: El elemento no conforme, cuando es reparado (en el que el paciente recibe nuevamente el servicio</p>



	<b>PROCEDIMIENTO PARA REVISAR LAS NO CONFORMIDADES</b>	Código:CP.8.5.2.02
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 4 de 8

<b>RESPONSABLE</b>	<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
		brindado para tratar de solventar la no conformidad). C) Emisión de disculpas: en el caso que la no conformidad identificada lo amerita.
Presidente del Comité de Solución de No conformidades	6	Determinar la disposición. La disposición será validas con la asistencia del 80% de sus miembros.
Dirección/Comité de Solución de No conformidades	7	Aprobar la disposición emitida. Si el director no aprueba la disposición debe convocar a otra reunión y emitir otra disposición.
Responsables de Ejecutar las acciones	8	Si el resultado es rechazo se debe de emitir un informe al paciente con la justificación de la No conformidad. Si el resultado es reparación se debe ejecutar las acciones indicadas. Si el resultado es emisión de disculpas los responsables deben de dialogar con los pacientes para explicar lo sucedido. VER Registro
Presidente del Comité de Solución de No conformidades	9	El personal de control de calidad junto con el presidente del comité de solución de no conformidades deben de inspeccionar que se realicen las acciones emitidas.
Presidente del Comité de Solución de No conformidades	10	Cerrar la no conformidad: que las dictaminadas se hayan realizado satisfactoriamente VER registro de control de conformidades.



**PROCEDIMIENTO PARA REVISAR LAS NO CONFORMIDADES**

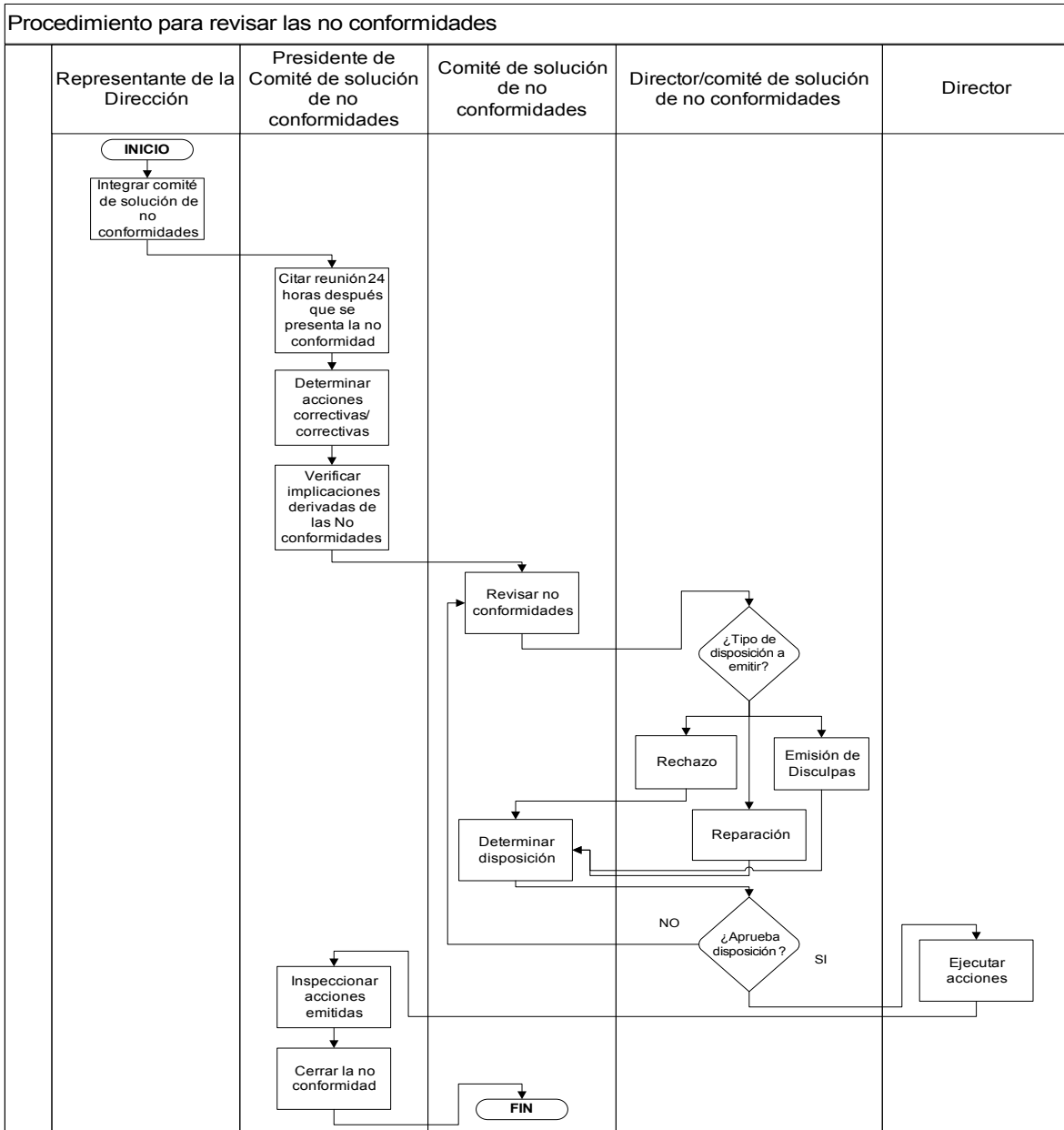
Código:CP.8.5.2.02


**GESTION DE LA CALIDAD**

Versión: 1

Página 5 de 8

**14 DIAGRAMA DE FLUJO**



	<b>PROCEDIMIENTO PARA REVISAR LAS NO CONFORMIDADES</b>	Código:CP.8.5.2.02
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	Versión: 1
		Página 6 de 8

**ANEXO 1**

**FORMACION DE COMITÉ DE SOLUCION DE LAS NO CONFORMIDADES.**

Por medio de la presente se les notifica que el próximo a las \_\_\_\_\_ horas, se celebrará una reunión en el salón y tendrá una duración aproximada de una hora y media; el motivo de dicha reunión es para formar el COMITÉ DE SOLUCION DE LAS NO CONFORMIDADES. Esperando su puntual asistencia, agradezco su atención.

**ATENTAMENTE**

**Dr.**

**Representante de la Unidad Organizativa de la Calidad**

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>REGISTRO DE CONTROL DE LAS NO          CONFORMIDADES          (FORMATO)</b>		
Código: FO.8.5.2.01	Versión: <b>1.0</b>	Fecha de emisión: <b>31/03/13</b>	Página: 1 de 3

<b>Denominación del Registro</b> Ingrese en este campo la denominación registro en texto claro usando la terminología a que haya lugar. Este debe corresponder al término estandarizado.
<b>Código del Registro:</b> Este código es asignado por la según lo establecido por la Unidad Organizativa de la Calidad.

## Contenido

1.	CONTROL DE LAS NO CONFORMIDADES	2
2.	OBSERVACIONES	3
3.	ANEXOS	3

Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración.  Rol: Comités de Calidad, etc.  Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión.  Rol: Comités  Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes  Cargo: Director, jefe, etc

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>REGISTRO DE CONTROL DE LAS NO          CONFORMIDADES          (FORMATO)</b>	
Código: FO.8.5.2.01	Versión:	Fecha de emisión: dd/mm/aa	Página: 2 de 3

## 1. CONTROL DE LAS NO CONFORMIDADES

Informe de No Conformidad N°	Fecha	Unidad	Descripción	Estado	Observaciones

**Elaboro:**

<b>PREPARADO POR:</b>	<b>FIRMA Y SELLO</b>
<b>REVISADO POR:</b>	<b>FIRMA Y SELLO</b>
<b>APROBADO POR:</b>	<b>FIRMA Y SELLO</b>
<b>DESCRIPCION DE LA REVISION:</b>	<b>FIRMA Y SELLO</b>

<b>PREPARADO POR:</b>	<b>FIRMA Y SELLO</b>
<b>REVISADO POR:</b>	<b>FIRMA Y SELLO</b>

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>REGISTRO DE CONTROL DE LAS NO          CONFORMIDADES          (FORMATO)</b>	
Código: FO.8.5.2.01	Versión:	Fecha de emisión: dd/mm/aa	Página: 3 de 3

<b>APROBADO POR:</b>	<b>FIRMA Y SELLO</b>
<b>DESCRIPCION DE LA REVISION:</b>	<b>FIRMA Y SELLO</b>

<b>PREPARADO POR:</b>	<b>FIRMA Y SELLO</b>
<b>REVISADO POR:</b>	<b>FIRMA Y SELLO</b>
<b>APROBADO POR:</b>	<b>FIRMA Y SELLO</b>
<b>DESCRIPCION DE LA REVISION:</b>	<b>FIRMA Y SELLO</b>

## 2. OBSERVACIONES

Observaciones particulares que se deban especificar.

## 3. ANEXOS

Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.



**REGISTRO CONTROL DE NO CONFORMIDADES CON ACCIONES  
PREVENTIVAS  
(FORMATO)**

Código: FO.8.5.2.02

Versión: 1.0

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 1 de 1


**REGISTRO CONTROL DE NO CONFORMIDADES CON ACCIONES PREVENTIVAS**

**PLAN DE MEJORAMIENTO A LA GESTION**

DEPENDENCIA	DESCRIP CION DEL HALLAZG O	RESPONSA BLE	DESCRIP CION DE ACCIONE S	OBJETI VOS	DESCRIP CION DE LAS METAS	UNID AD MEDI DA DE LAS META S	DIMENSI ON DE LA META	FECHA DE INICIACI ON METAS	FECHA TERMINA CION METAS	CUMPLIMIE NTO DE METAS

ACCION  
PREVENTIVA

**Responsable**

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>REGISTRO DE INFORME DE NO          CONFORMIDAD          (FORMATO)</b>		
Código: FO.8.5.2.02	Versión: <b>1.0</b>	Fecha de emisión: <b>31/03/13</b>	Página: 1 de 3

<b>Revisión de Informe de No Conformidad</b>
<b>Código del Registro:</b>

### Contenido

1.	INFORME DE NO CONFORMIDAD	2
2.	COMITÉ DE SOLUCION DE NO CONFORMIDADES	3
3.	OBSERVACIONES	3
4.	ANEXOS	3


Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración.  Rol: Comités de Calidad, etc.  Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión.  Rol: Comités  Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes  Cargo: Director, jefe, etc



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 	<b>REGISTRO DE INFORME DE NO          CONFORMIDAD          (FORMATO)</b>		
Código: FO.8.5.2.02	Versión: 1.0	Fecha de emisión: 31/03/13	Página: 2 de 3

### 1. INFORME DE NO CONFORMIDAD

<b>DESCRIPCION DE LA NO CONFORMIDAD</b>			
Preparado por:		Fecha:	
<b>COMITÉ DE SOLUCION DE NO CONFORMIDADES</b>			
Nº	NOMBRE	PUESTO	FIRMA
<b>DISPOCISION EMITIDA</b>			
Rechazo <input type="checkbox"/> Reparación <input type="checkbox"/> Emisión de Disculpas <input type="checkbox"/>			
<b>ACCIONES A REALIZAR PARA CUMPLIR CON LA DISPOCISION</b>			
<b>APROBACION DE LA DISPOCISION</b>			
<b>Presidente de Comité</b>		Nombre y firma	
<b>Director</b>		Nombre y firma	
<b>CIERRE DE LA NO CONFORMIDAD</b>			
<b>Inspección Satisfactoria</b>		Nombre y firma	
<b>Aprobación Final</b>		Nombre y firma	

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>REGISTRO DE INFORME DE NO          CONFORMIDAD          (FORMATO)</b>	
Código: FO.8.5.2.02	Versión: 1.0	Fecha de emisión: 31/03/13	Página: 3 de 3

## 2. COMITÉ DE SOLUCION DE NO CONFORMIDADES

CONSTITUCION DE COMITÉ DE SOLUCION DE NO CONFORMIDADES			
Nº	NOMBRE	PUESTO	FIRMA

**DISPOCISION EMITIDA**

Rechazo      
 Reparación      
 Emisión de Disculpas


**ACCIONES A REALIZAR PARA CUMPLIR CON LA DISPOCISION**

## 3. OBSERVACIONES

Observaciones particulares que se deban especificar.

## 4. ANEXOS

Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.

HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN 		<b>SOLICITUD DE NO CONFORMIDAD-          DIAGNOSTICO- CAUSA DE NO          CONFORMIDAD -PLAN A SEGUIR          (FORMATO)</b>	
Código: FO.8.5.2.04	Versión: <b>1.0</b>	Fecha de emisión: <b>31/03/13</b>	Página: 1 de 5

<b>SOLICITUD DE NO CONFORMIDAD-DIAGNOSTICO- CAUSA DE NO CONFORMIDAD          -PLAN A SEGUIR</b>
<b>Código del Registro:</b>

### Contenido

1.	SOLICITUD	2
2.	OBSERVACIONES	5
3.	ANEXOS	5

Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su elaboración.  Rol: Comités de Calidad, etc.  Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes que participaron en su revisión.  Rol: Comités  Cargo: Etc. (según aplique)	Nombres y apellidos Completos Integrantes  Cargo: Director, jefe, etc



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**SOLICITUD DE NO CONFORMIDAD-DIAGNOSTICO- CAUSA DE  
NO CONFORMIDAD -PLAN A SEGUIR  
(FORMATO)**

Código: FO.8.5.2.04

Versión: 1.0

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 2 de 5

**1. SOLICITUD**

- Correctiva     Preventiva     Servicio No Conforme

<b>Fecha:</b>	<b>Folio No.:</b>	<b>Apartado:</b>

**Fuente de solicitud de las acciones correctivas / preventivas**

- Queja de cliente     Evaluación de Servicio     Análisis de indicadores     Auditoría de calidad     Especificaciones de calidad no cumplidas     Evaluaciones de desempeño y Clima

**1.- SOLICITUD Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:**

Fecha requerida para contestar esta solicitud:

Nombre del solicitante de la acción correctiva /	Responsable de atender la solicitud:



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**SOLICITUD DE NO CONFORMIDAD-DIAGNOSTICO- CAUSA DE  
NO CONFORMIDAD -PLAN A SEGUIR  
(FORMATO)**

Código: FO.8.5.2.04

Versión: 1.0

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 3 de 5

preventiva:

Descripción del problema real o potencial:

Responsable de verificar el cumplimiento de las acciones correctivas / preventivas definidas en el plan:

**2.- ACCIÓN INMEDIATA:**

Mencione la acción inmediata (responsable y fecha):

**3.- ANÁLISIS DE LA CAUSA RAÍZ:**

¿Por qué?  
¿Por qué?  
¿Por qué?  
¿Por qué?  
¿Por qué?  
Causa Raíz:



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

**SOLICITUD DE NO CONFORMIDAD-DIAGNOSTICO- CAUSA DE  
NO CONFORMIDAD -PLAN A SEGUIR  
(FORMATO)**

Código: FO.8.5.2.04

Versión: 1.0

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 4 de 5


**4.- PLAN:**

Acciones	Responsable	Fecha de inicio	Fecha de entrega	(Responsable verificación)

Observaciones

**5.- CONSTANCIA DE EFECTIVIDAD DE IMPLEMENTACIÓN:**

<b>Definió la acción correctiva / preventiva:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Cerró la acción correctiva / preventiva :</b>	<b>Fecha:</b> <b>Firma:</b>

<p>HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE MATERNIDAD DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN</p> 	<p><b>SOLICITUD DE NO CONFORMIDAD- DIAGNOSTICO- CAUSA DE NO CONFORMIDAD -PLAN A SEGUIR (FORMATO)</b></p>		
<p>Código: FO.8.5.2.04</p>	<p>Versión: <b>1.0</b></p>	<p>Fecha de emisión: <b>31/03/13</b></p>	<p>Página: 5 de 5</p>

## 2. OBSERVACIONES

Observaciones particulares que se deban especificar.

## 3. ANEXOS

Indicar algún documento adjunto que brinde mayor soporte, aclaración y comprensión en caso de ser necesario.



HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO  
DE MATERNIDAD  
DR. RAÚL ARGÜELLO ESCOLAN

## SEGUIMIENTO A LA NO CONFORMIDAD (FORMATO)

Código: FO.8.5.2.05

Versión: 1.0

Fecha de emisión:  
31/03/13

Página: 1 de 1

REVISION POR LA DIRECCIÓN N° \_\_\_\_\_ FECHA DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

PROCESO	ACCIÓN A TOMAR	ACCIÓN			Acción N°	RECURSOS	RESPONSABLE
		AC	AP	AM			

**AC:** Acción Correctiva    **AP:** Acción Preventiva    **AM:** Acción de Mejora