



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRIMERO DE MAYO
Manual de Gestión de la Calidad**

MANUAL

**Código :
MGC-01**

Revisión: 1

**Página 1
de 55**

**HOSPITAL MATERNO INFANTIL
PRIMERO DE MAYO**

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

**Manual de Gestión
de la Calidad
ISO 9001:2015**



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRIMERO DE MAYO
Manual de Gestión de la Calidad**

MANUAL

**Código :
MGC-01**

Revisión: 1

**Página 2
de 55**

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ EQUIPO GERENCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1 DE MAYO ISSS
Marjorie Blanco Ricardo Amaya Luis Carlos Estrada	Guadalupe de Araujo	DIRECTOR DEL CENTRO
		ADMINISTRADOR DEL CENTRO
		GERENTE DE SALUD
		GERENTE DE SERVICIOS
		JEFE ENFERMERIA

Cambios de esta versión

La presente es la primera versión del Manual de Gestión de la Calidad de Hospital Materno Infantil 1 de Mayo de Instituto Salvadoreño del Seguro Social, por lo cual no se han realizado cambios respecto a versiones anteriores.



CONTENIDO

Introducción	5
Objeto y campo de aplicación	6
Estructura, propósito, alcance y exclusiones	6
Referencias legales y normáticas.....	8
Términos y definiciones	9
Contexto de la organización.....	11
Identificación de los aspectos internos y externos	14
Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	15
Alcance del Sistema de Gestión de Calidad	16
Sistema de gestión de la calidad y sus procesos.....	16
Liderazgo	19
Liderazgo y compromiso.....	19
Generalidades.....	19
Enfoque al derechohabiente	19
Política de Calidad.....	21
Roles, responsabilidades y autoridades en la organización.....	22
Planificación.....	24
Acciones para tratar riesgos y oportunidades	24
Objetivos de la calidad.....	27
Planificación de los cambios.....	28
Soporte	29
Recursos	29
Generalidades.....	29
Personas.....	30
Infraestructura.....	30
Ambiente para la operación de los procesos.....	31
Recursos de seguimiento y medición.....	31
Conocimientos organizativos	32
Competencia	32
Toma de conciencia	34
Comunicación.....	34
Información documentada	35
Generalidades.....	35
Creación y actualización	36
Control de la información documentada.....	36
Operación	38
Planificación y control operacional.....	38
Determinación de los requisitos para los servicios.....	40
Comunicación con el usuario	40



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRIMERO DE MAYO
Manual de Gestión de la Calidad**

MANUAL

**Código :
MGC-01**

Revisión: 1

**Página 4
de 55**

Determinación de los requisitos relativos a los servicios	40
Revisión de los requisitos relacionados con los servicios.....	42
Diseño y desarrollo de los servicios.....	43
Generalidades.....	43
Planificación del diseño y desarrollo	43
Elementos de entrada para el diseño y desarrollo.....	44
Controles del diseño y desarrollo	44
Elementos de salida del diseño y desarrollo	45
Cambios del diseño y desarrollo	45
Control de los productos y servicios suministrados externamente	45
Producción y prestación del servicio.....	47
Control de la producción y la prestación del servicio	47
Liberación de los productos y servicios	47
Control del producto/servicio no conforme.....	48
Evaluación del desempeño	50
Seguimiento, medición, análisis y evaluación	50
Generalidades.....	50
Satisfacción del usuario	51
Análisis y evaluación.....	51
Auditoría interna	52
Revisión por la dirección.....	53
Mejora.....	54
Generalidades	54
No conformidad y acción correctiva	54
Mejora continua.....	54



INTRODUCCIÓN

Hospital Materno Infantil 1° de Mayo del ISSS posee un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2015, y el presente manual refleja el compromiso adquirido por las autoridades de salud para garantizar que este satisfaga las necesidades de nuestros derecho habientes, sus beneficiarios y beneficiarias, así como de todos los implicados en el sistema, permitiendo un servicio más eficiente, seguro, confiable y de calidad

La aplicación eficaz del presente manual conllevará una adecuada gestión del sistema de calidad, incluyendo los procesos para la mejora continua de este y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos de los beneficiarios y beneficiarias, y los reglamentarios aplicables.

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.

En este manual se describe como Hospital 1° de Mayo mantiene documentado su sistema, y es usado como medio para establecer los lineamientos internos bajo los cuales son controlados nuestros servicios, bajo los requerimientos de la norma ISO 9001:2015.



OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

ESTRUCTURA, PROPÓSITO, ALCANCE Y EXCLUSIONES

Hospital Materno Infantil 1 de Mayo del ISSS, detalla en este Manual los objetivos y campo de aplicación en relación al **Sistemas de Gestión de la Calidad basado en la norma ISO 9001:2015**, el propósito fundamental es definir, describir los lineamientos y relaciones entre los diferentes procesos, procedimientos y actividades del sistema de calidad, cuya estructura documental incluye para Hospital Materno Infantil 1 de Mayo del ISSS los siguientes niveles:

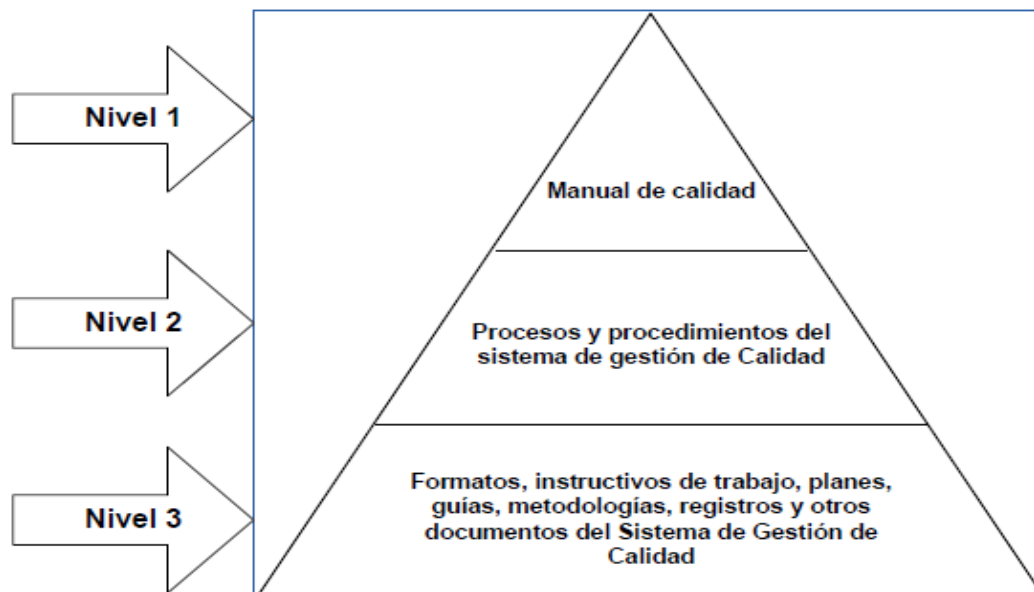


Figura 1. Estructura documental

El Nivel 1 está constituido por el manual de calidad que básicamente contiene la Política y Objetivos de calidad (capítulo 5) y expone la estructura del Sistema de Gestión de la Calidad en base a los requisitos de la Norma ISO 9001:2015.

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.



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRIMERO DE MAYO
Manual de Gestión de la Calidad**

MANUAL

**Código :
MGC-01**

Revisión: 1

**Página 7
de 55**

Estos niveles han sido establecidos basados en los ejes estratégicos del Plan Quinquenal Institucional 2014-2019, con el fin de proporcionar servicios con calidad que satisfagan las necesidades de los derechohabientes y beneficiarios.

Hospital Materno Infantil 1° de Mayo adquiere la responsabilidad de darle cumplimiento a lo establecido en el presente Manual de la Calidad, que juntamente con otros Manuales, procedimientos y registros, constituyen la documentación básica del Sistema de Gestión de la Calidad, asimismo asume la gestión de la calidad como un aspecto estratégico que contribuye con la gestión del centro.

Mediante la aplicación de estas disposiciones, definimos la información documentada necesaria para que nuestro sistema de calidad:

- Demuestre su capacidad para proporcionar de manera coherente servicios que satisfagan los requisitos de los usuarios, cumplan la normativa ISO 9001:2015 y los reglamentos aplicables.
- Aumente la satisfacción del usuarios / derechohabiente a través de la aplicación eficaz del Sistema, incluidos los procesos para la mejora continua y aseguramiento de la conformidad con sus requisitos.

El presente Sistema de Gestión de la Calidad tiene como alcance la prestación de servicios de salud en Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, en dos macroprocesos de Salud: emergencia obstétrica y servicios de apoyo, involucra a todas las partes interesadas los cuales son brindados tanto dentro como fuera de nuestras instalaciones, en caso de ser referido por otra institución o centro.

El Sistema de Gestión de la Calidad, definido en el presente manual, **excluye** los macroprocesos de salud: hospitalización, cirugía y atención ambulatoria.



REFERENCIAS LEGALES Y NORMÁTICAS

Los documentos indicados a continuación, son en su totalidad o en parte, referencias legales y/ o normativas indispensables de considerar para la aplicación de este documento. Para las referencias con fecha, solo aplica la edición citada. Para las referencias sin fecha se aplica la última edición (incluyendo cualquier modificación de esta):

- Constitución de la República de El Salvador
- Ley de Ética Gubernamental.
- Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud.
- Código de Salud
- Ley del Seguro Social
- Normas control Interno Específicos del ISSS
- ISO 9000 sistemas de gestión de la calidad. fundamentos y vocabulario.
- ISO 9001:2015 de sistemas de gestión de calidad (SGC)
- ISO 31000:2009



TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Para un mejor entendimiento del presente manual, son aplicables los términos y definiciones de la norma internacional **ISO 9000:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad - Fundamentos y Vocabulario**.

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).

USUARIO: 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 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.

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, Derechohabiente, beneficiarios, usuarios, 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 9001-2015.

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.

INFORMACIÓN DOCUMENTADA: 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.



CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social, define dos procesos misionales: Atenciones en Salud y Prestaciones Económicas, cuyas interrelaciones estratégicas y gestiones de apoyo, brindan a los derechohabientes, pensionados y beneficiarios, cada una de las acciones definidas para la organización.

La **misión** del ISSS es "Ser una Institución de seguridad social comprometida a brindar de manera integral atención en salud y prestaciones económicas a los derechohabientes con calidad y calidez basados en los principios de la seguridad social", su **visión** es "Ser una institución modelo en atención en salud, moderna, eficiente y orientada hacia la protección social universal", y la eficiencia, ética, humanización, identidad y responsabilidad son los valores institucionales por los que se rigen.

La estructura orgánica del Instituto Salvadoreño del Seguro Social vigente al 2018 es representada por la siguiente Figura¹.

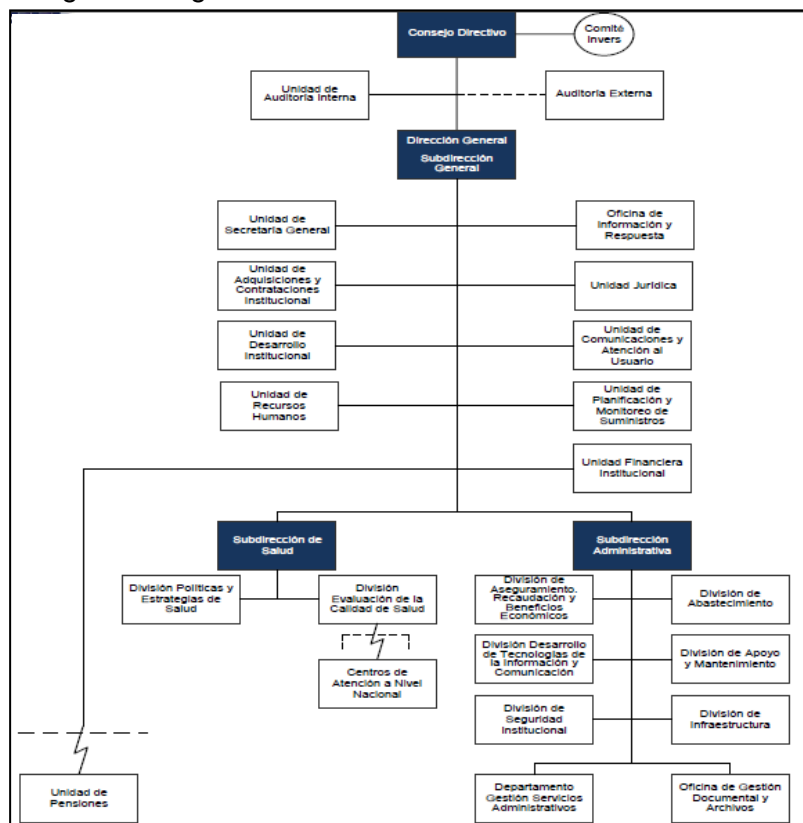


Figura 2. Organigrama General Instituto Salvadoreño del Seguro Social

¹ Acuerdo de Consejo Directivo N° 1015-1797. DIC



El plan quinquenal de desarrollo 2014-2019 del ISSS, define 6 objetivos estratégicos:

1. Fortalecer el modelo prestador de servicios, asegurando el acceso con calidad y calidez en la atención integral en salud, desarrollando el recurso humano, con procesos ágiles, oportunos.
2. Fortalecer la tecnología de avanzada para innovar y modernizar la provisión de servicios a los derechohabientes y empleadores.
3. Fortalecer la cadena de abastecimiento a través de estrategias que garanticen la calidad y oportunidad en la provisión de medicamentos e insumos médicos.
4. Fortalecer la Promoción de la Salud Ocupacional y la prevención de riesgos de los trabajadores.
5. Aumentar los ingresos y optimizar el uso de los recursos institucionales para lograr el equilibrio financiero.
6. Fortalecer la atención en Salud desarrollando acciones articuladas con otros sectores que permitan optimizar los recursos como expresión de la atención integral en salud.

Estos objetivos pretenden ser alcanzados, según el plan estratégico del ISSS 2014-2019, a través de proyectos estratégicos, que son agrupados en 5 ejes:

Eje 1: Calidad, Calidez y Oportuna Atención

Eje 2: Modernización

Eje 3: Garantizar el abastecimiento

Eje 4: Fortalecimiento del programa de prevención de riesgos laborales

Eje 5: Sostenibilidad Financiera

A nivel de los procesos de salud se, se definen 5 macro procesos, los cuales se presentan en el siguiente mapa:

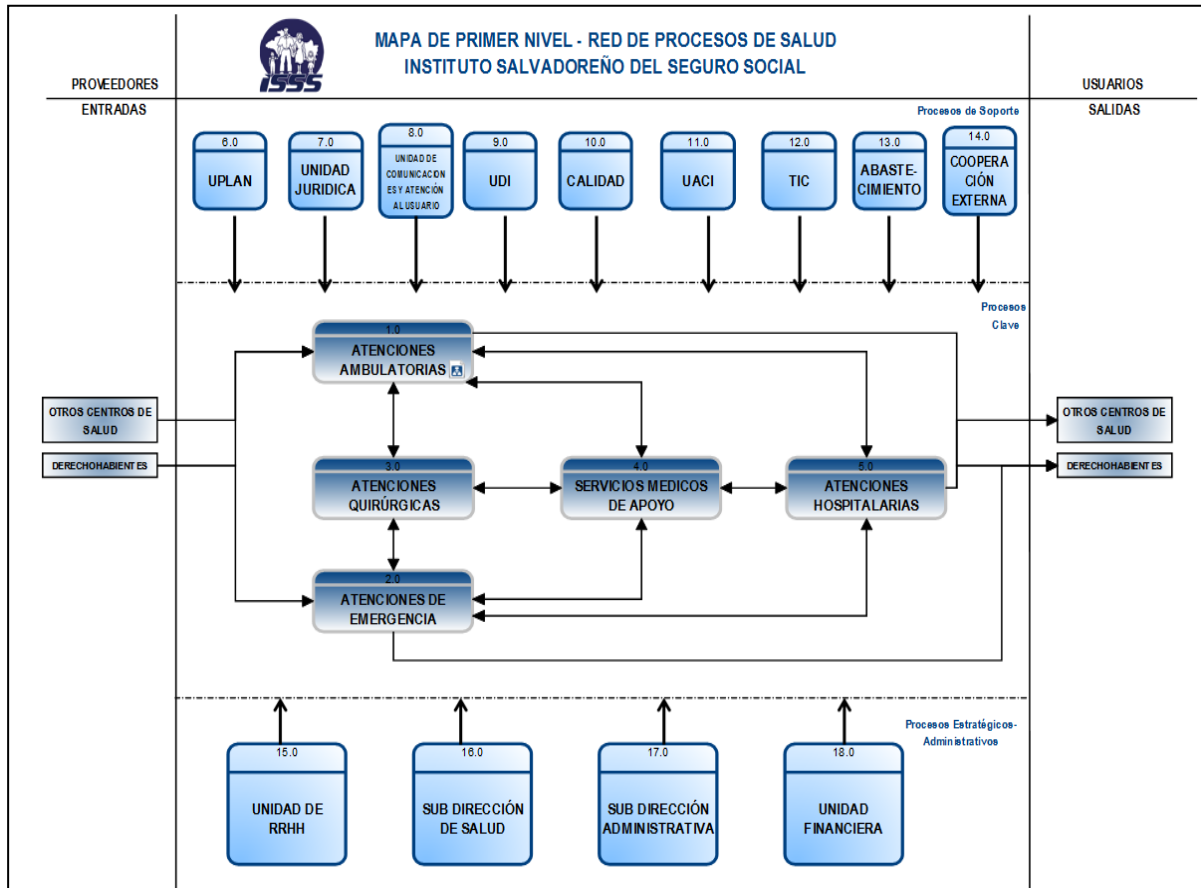


Figura 3. Mapa de Primer Nivel de los procesos de salud.

El Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, brinda una atención de 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año, y cuenta con un portafolio de servicios de más de 50 especialidades², y servicios como emergencia, partos, puerperio, hospitalización, consulta externa, laboratorio clínico, radiología e imágenes, entre otros.

Dentro del hospital se atienden más de 8,000 partos anuales, que representa el 60% de los partos que reporta el instituto a nivel metropolitano y un 30 % de las atenciones a nivel nacional de la población en general. Estos partos pueden representar una emergencia debido a hemorragias severas, eclampsia, infecciones, partos obstruidos, complicaciones de aborto, entre otros.

² Manual de organización y funciones. Hospital Materno Infantil Primero de Mayo. 2017



Dentro de su estructura organizativa, el departamento de emergencias está bajo la gerencia de Servicios Médicos Asistenciales, que a su vez es regido por la Dirección del centro, tal como se aprecia en el organigrama del Hospital.

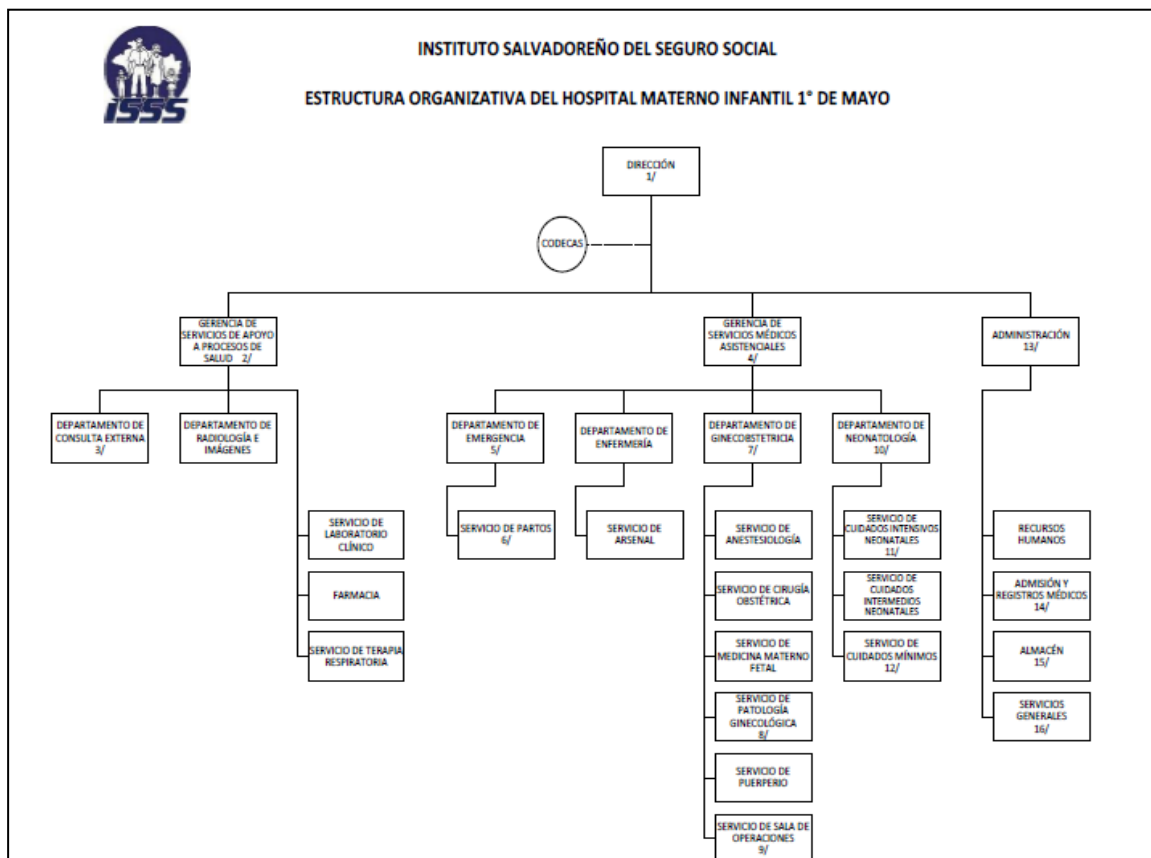


Figura 4. Estructura Organizativa del Hospital Materno Infantil Primero de Mayo

IDENTIFICACIÓN DE LOS ASPECTOS INTERNOS Y EXTERNOS

Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, establece la metodología basada en la matriz FODA, incluidos en los documentos de gestión administrativa requeridos anualmente a cada centro de atención para la elaboración del Plan Anual de Trabajo (PAT), que se presenta en el mes de junio de año previo a la ejecución, al departamento de planificación estratégica del nivel central del ISSS, para identificar todos los aspectos tanto internos como externos de la organización para la definición de su contexto, identificando así sus fortalezas y debilidades, así como sus amenazas y oportunidades, el planteamiento esquemático para el PAT 2019, se presenta de la siguiente manera:



FODA HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO ISSS							
	FACTOR		DESCRIPCIÓN		FACTOR		DESCRIPCIÓN
	A M E N A Z A S	A1	Económicos		Bajo crecimiento económico	F O R T A L I Z A S	F1
A2		Socioculturales	Falta de cultura de prevención de enfermedades	F2	RRHH		RRHH especializado y capacitado continuamente
A3		Tecnológicos	Desfase tecnológico en equipos médicos	F3	Tecnológicos		Disponibilidad de equipo médico de vanguardia
A4		Políticos	Conflicto de intereses político-partidarios	F4	Procesos		Definición de procesos de salud
A5		Legales	Debilidad en marco jurídico	F5	Calidad		Información documentada definida y divulgada
A6		Ambientales	Vulnerabilidad territorial	F6	Infraestructura		Plan de ampliación de infraestructura aprobado
A7		Internacionales	Disminución cooperación internacional	F7	Usuario		Prioridad satisfacción del usuario
O P O R T U N I D A D E S	O1	Económicos	Aumento del techo de cotización	D E B I L I D A D E S	D1	Económicos	Limitantes administrativas para disponibilidad de recursos
	O2	Socioculturales	Disminución del número de partos		D2	RRHH	Cultura organizacional no orientada al usuario
	O3	Tecnológicos	Inversión priorizada en equipo médico		D3	Tecnológicos	Deficit en plan de mantenimiento
	O4	Políticos	Política nacional de salud definida		D4	Procesos	No gestión actual por procesos
	O5	Legales	Fortalecimiento documentos normáticos		D5	Calidad	No registros de calidad y no calidad
	O6	Ambientales	Mayor sensibilización tema ambiental		D6	Infraestructura	Inadecuada para la oferta de servicios actuales
	O7	Internacionales	Atención de la mujer es prioritaria		D7	Usuario	Demandante

Figura 5. Análisis FODA del Hospital 1° de Mayo

COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

Se define en el manual de normas y procedimientos (MNP) para la atención obstétrica en el ISSS y en las guías de práctica clínica de atención de emergencia obstétrica de Hospital 1 de Mayo, los medios y metodologías adecuados que reduzcan la posibilidad de error, con el objetivo de asegurar el cumplimiento de los requerimientos de todas las partes interesadas, nuestros usuarios / derechohabientes. Estos documentos deberán ser revisados y actualizados cada dos años por parte de la sección de regulación técnica de la División de Políticas de Salud,



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRIMERO DE MAYO
Manual de Gestión de la Calidad**

MANUAL

**Código :
MGC-01**

Revisión: 1

**Página 16
de 55**

teniendo la posibilidad de incorporar adendas cumpliendo los lineamientos definidos para tal fin y deberá recopilarse el documento vigente respectivo en el presente manual.

Nuestros derechohabientes esperan una atención oportuna, ágil y de calidad en su atención obstétrica a la madre y la atención infantil al recién nacido. Los cuales han sido incorporado en el Plan Quinquenal Institucional 2014-2019, en su eje 1: calidad, calidez y oportuna atención.

Nuestros empleados definen sus relaciones en el contrato colectivo de los trabajadores CCT 2017-2018 vigente, el cual deberá ser validado por las partes interesadas cada dos años. Se garantizara además la respectiva representación sindical personal o gremial. La cual es firmada por la alta gerencia de nuestra institución.

ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

El presente Sistema de Gestión de la Calidad tiene como alcance la prestación de servicios de salud en Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, en dos macroprocesos de Salud: emergencia obstétrica y servicios de apoyo, involucra a todas las partes interesadas los cuales son brindados tanto dentro como fuera de nuestras instalaciones, en caso de ser referido por otra institución o centro.

El Sistema de Gestión de la Calidad, definido en el presente manual, **excluye** los macroprocesos de salud: hospitalización, cirugía y atención ambulatoria.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS

El Sistema de Gestión de la Calidad de Hospital Materno Infantil 1 de Mayo, está basado según la norma ISO 9001:2015, definido en la siguiente figura:

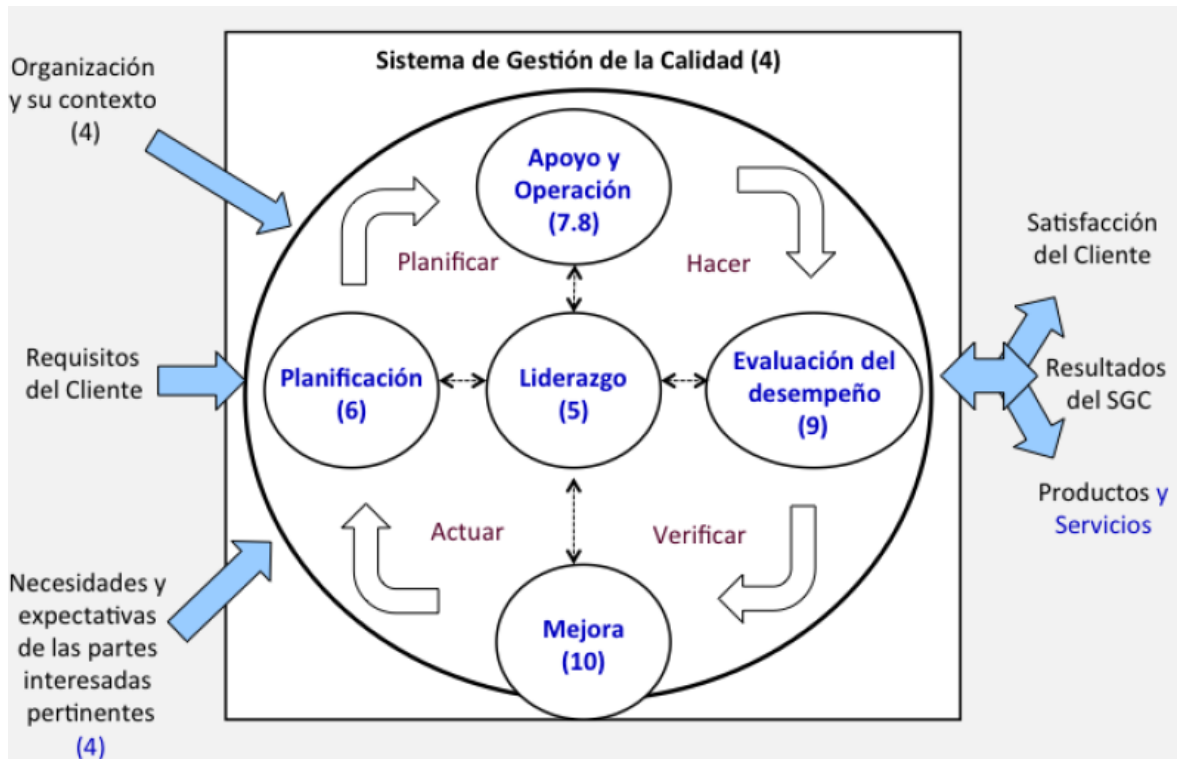


Figura 6. Estructura del Sistema de Gestión de Calidad

El Mapa de Proceso de la Emergencia en Hospital Materno Infantil 1° de Mayo está definido en la figura 7. Este proceso está íntimamente relacionado a otros procesos importantes como: atenciones hospitalarias en obstetricia y neonatología, cirugías y consulta externa, por lo que se requiere de un proceso eficiente que fortalezca los procesos interrelacionados, pero que también brinde una mayor satisfacción y seguridad de la mujer embarazada.

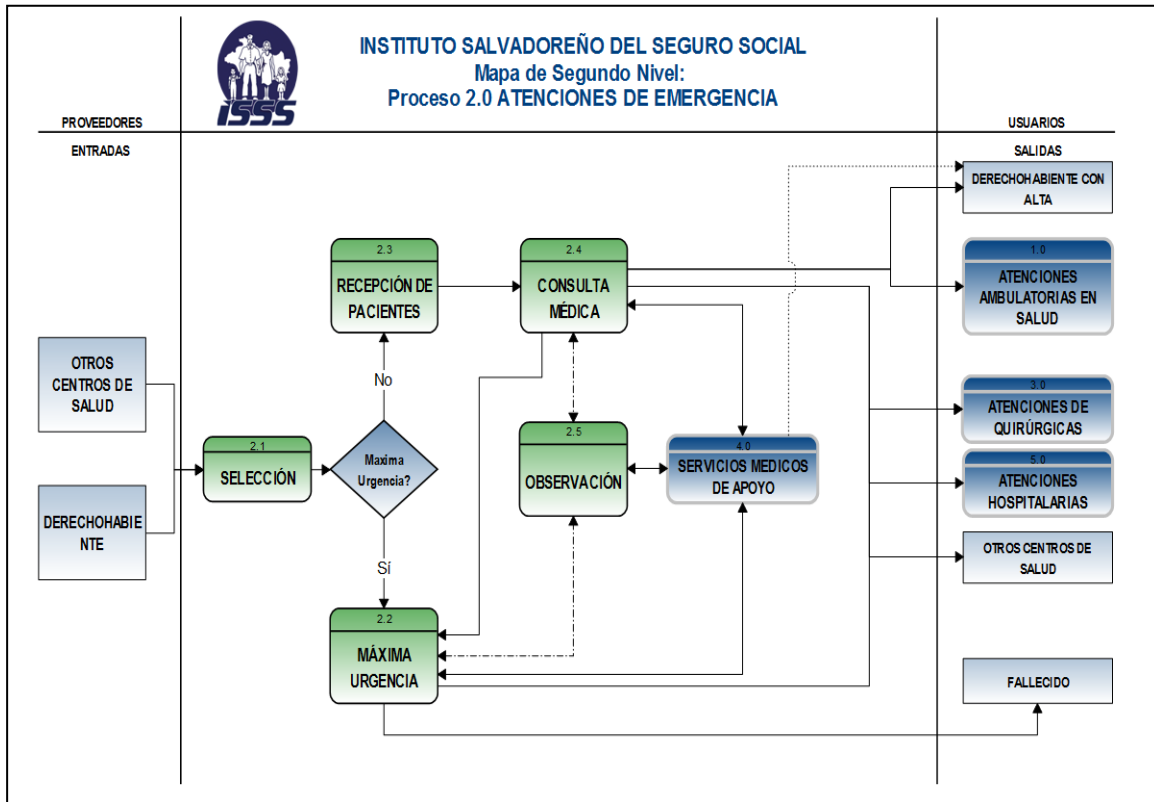


Figura 7. Mapa de proceso de emergencia

Los Manuales Operativos vigentes y los perfiles del puesto para cada personal del centro de atención, definen las responsabilidades en la ejecución de las diferentes acciones definidas en el manual de procedimientos para el área de emergencia obstétrica del hospital.

El SGC se documenta en el Manual de normas y Procedimientos (MNP) de los Procesos de Salud del Hospital Materno Infantil 1 de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el cual deberá ser validado cada cinco años por el Departamento de Gestión de la Calidad y aprobada por Dirección del Centro, Sub Dirección de Salud, Dirección General y Consejo Directivo.



LIDERAZGO

LIDERAZGO Y COMPROMISO

GENERALIDADES

La Dirección del Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, en su compromiso con la mejora continua y la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, establece:

- Su responsabilidad en la eficacia del sistema de gestión de la calidad.
- Define la política y objetivos de la calidad, los cuales son compatibles con la dirección estratégica y el contexto de la institución, basados en su Plan Quinquenal 2014-2019.
- Asegura que la política de calidad es comunicada, entendida y aplicada dentro del centro de atención, estableciendo y validando un plan para ello.
- Asegura la integración de los requisitos del sistema de gestión de la calidad en los procesos misionales de salud definidos para la institución y el centro.
- Promueve la toma de conciencia del enfoque basado en procesos.
- Asegura que los recursos necesarios para el sistema de gestión de la calidad estén disponibles.
- Comunica continuamente la importancia de una gestión de la calidad eficaz y conforme a los requisitos de gestión de la calidad.
- Asegura que el sistema de gestión de la calidad logre los resultados previstos.
- Involucra, dirige y apoya a las personas para contribuir a la eficacia del sistema de gestión.
- Define revisión por la dirección cada fin de semestre.

ENFOQUE AL DERECHOHABIENTE

El Hospital Materno Infantil 1° de Mayo del ISSS, a través de la Dirección, debe asegurar que las necesidades y expectativas relacionados con las pacientes han sido convertidas y documentadas en requisitos las cuales se determinen y se cumplan en prestación de los servicios salud 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.



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRIMERO DE MAYO
Manual de Gestión de la Calidad**

MANUAL

**Código :
MGC-01**

Revisión: 1

**Página 20
de 55**

- Incluir en los criterios de evaluación del personal el cumplimiento de la determinación de los requisitos relacionados con la prestación del servicio.
- Implementar Procedimiento para la determinación de los requisitos principales de las pacientes.

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.

Responsables

- Representante alta dirección
- Departamento de Planificación Estratégica
- Departamento Atención al Usuario
- Representante de Dirección del centro

Lo anterior lo medimos a través de la información que nos proporcionan los derechohabientes y beneficiarios acerca del desempeño de los servicios que les hemos proporcionado, con respecto a sus requerimientos y expectativas. Y medición periódica de su percepción al recibir el servicio de salud (SERVQUAL).

La Dirección del centro establece su compromiso con respecto al enfoque al usuario, asegurándose que:

- Se comprenden y se cumplen, por todos los trabajadores, regularmente los requisitos del usuario / derechohabiente, tanto legales, procedimentales y reglamentarios.
- Se determinan, consideran y gestionan los riesgos y oportunidad que pueden afectar la conformidad de los servicios y la capacidad de aumentar la satisfacción del usuario.
- Se mantiene el enfoque en el aumento de la satisfacción del usuario.



POLÍTICA DE CALIDAD

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA DE CALIDAD

Hospital Materno Infantil 1° de Mayo está consciente del compromiso que representa ser un hospital de tercer nivel especializado del Instituto Salvadoreño del Seguro Social en las áreas ginecológica y perinatal, enfocado a resolver los problemas de salud de alta complejidad de la mujer salvadoreña derechohabiente, beneficiaria 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 institucionales de referencia, la excelencia en el servicio, la actualización/investigación, la innovación, mejora continua, satisfacción de los derechohabientes y beneficiarios que demandan nuestros servicios.

OBJETIVOS.

Para el siguiente quinquenio, se espera:

- Garantizar la calidad y calidez en las atenciones de salud, que generen un índice de satisfacción institucional de 0.8 en Hospital Materno Infantil 1 de Mayo .
- Implementar un Sistema de Gestión de Calidad en el proceso de emergencia obstétrica de Hospital Materno Infantil 1 de Mayo, basado en la norma ISO 9001-2015 para mejorar la calidad de nuestros servicios
- Fortalecer competencias en la gestión de procesos del 20 % anual del recurso humano de Hospital Materno Infantil 1 de Mayo.

COMPROMISOS.

La Política de Calidad, así como el sistema, cuentan con el respaldo total de la Dirección del Centro y de su equipo gerencial, por lo cual se difunden a todo el personal y pasantes, relacionados en la atención de los pacientes, a fin de que sean entendidos y aplicados correctamente, por lo que es compromiso de estos conocerlos y utilizarlos durante la ejecución de sus actividades. La misma estará disponible como información documentada y estará visible en todas las áreas establecidas para ser considerada por todos los usuarios.

- Estamos comprometidos a aplicar la política de calidad en todo momento día a día.
- Estamos comprometidos a lograr nuestros objetivos para la calidad.
- Estamos comprometidos con nuestros beneficiarios y beneficiarias.
- Estamos comprometidos con la institución.



PRINCIPIOS Y VALORES INSTITUCIONALES

Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, responde a los principios y valores institucionalmente definidos y establecidos en el Plan Quinquenal 2014-2019:

Universalidad
Solidaridad Social
Igualdad
Equidad
Responsabilidad

Eficiencia
Ética
Humanización
Identidad

Dr. Armando Lucha
DIRECTOR
HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1 DE MAYO

ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN

La Dirección General establece en su organigrama institucional que la Gestión de la Calidad en los procesos de salud, estará regida por las disposiciones y seguimientos establecidos por la designada como Representante de la Alta Dirección del Sistema de Gestión, la Sub Dirección de Salud, la cual a través de la División de la Evaluación de la Calidad en Salud, delega las funciones en el Departamento de la Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud (DECS), 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.



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRIMERO DE MAYO
Manual de Gestión de la Calidad**

MANUAL

**Código :
MGC-01**

Revisión: 1

**Página 23
de 55**

DECS en su Manual Operativo 2018 establece que cada centro de atención, en el caso de Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, el responsable para la implementación del sistema de gestión de la calidad será el Director del Centro.

La dirección del Hospital ha definido como representante para que gestione las acciones de monitoreo de la calidad y mejora continua al coordinador designado del Comité Local para la Evaluación de la Calidad (CLECA).

Este comité, será tendrá la autoridad y la responsabilidad de:

- Asegurarse de que el sistema de gestión de la calidad es conforme con los requisitos establecido.
- Asegurarse de que los procesos están dando los elementos de salida previstos.
- Informar trimestralmente, sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad, las oportunidades de mejora y sobre la necesidad de cambio o innovación.
- Asegurarse de que se promueva en cada área y actividad, el enfoque al usuario.
- Asegurarse de que la integridad del sistema de gestión de la calidad se mantiene cuando se planifican e implementan cambios en el sistema de gestión de la calidad.



PLANIFICACIÓN

Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, mediante el presente manual y documentación, implanta un sistema de gestión de calidad de acuerdo con la norma ISO 9001:2015 y determina:

- Los procesos de emergencia y apoyo , necesarios para desarrollar las actividades en la atención de emergencia obstétrica de los derechohabientes que demandan el servicio, definiendo en sus manuales de procedimientos y guías de práctica clínica, los criterios y métodos para su ejecución y control de la eficacia, así como la medida , análisis y mejora continua de los mismos.
- Determina las interacciones que los procesos definidos presentan. (Ver apartado 4.4 del presente manual).
- Gestiona sus procesos, tanto internos como externos, de acuerdo a lo establecido en el sistema.
- La Dirección del centro, asegura que se mantiene la integridad del sistema cuando se planifiquen e implementen cambios a este.
- Se establecerá control de todos los procesos subcontratados que afecten la conformidad del servicio.

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 (ISO 9001:2015)
- Información Documentada necesaria para su operación eficaz
- Indicadores

ACCIONES PARA TRATAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Con la finalidad de identificar y eliminar las causas potenciales que puedan originar desviaciones o no conformidades, y evitar así que surjan estas, siempre con el criterio de evaluar el riesgo que puedan generar y sus consecuencias, Hospital Materno Infantil 1 de Mayo, realizara una evaluación semestral de todos sus procesos donde la metodología está basada en la norma ISO 31000:2009.



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRIMERO DE MAYO Manual de Gestión de la Calidad	MANUAL	
	Código : MGC-01	
	Revisión: 1	Página 25 de 55

6.1.1 Al planificar el sistema de gestión de la calidad, Hospital 1 de Mayo establece su mapa de gestión de riesgos de emergencia obstétrica basada en la norma ISO 31000:2009, esquematizado de la siguiente manera:

PROCESO: ATENCIÓN DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA
ATENCIÓN DEL PARTO
 Son todas las acciones relacionadas a la atención del parto

PROBABILIDAD				
		Criterio 1: Probabilidad de ocurrencia	Criterio 2: Numero de complicaciones durante el parto	Criterio 3: numero de casos de muerte materna perinatal por ano
Muy alta	5	> 20 %	8-10 veces en una semana epidemiologica	1
Alta	4	> 14% a ≤ 20 %	5-7 veces en una semana epidemiologica	2 a 4
Media	3	> 8 a ≤ 14%	3-4 veces en una semana epidemiologica	4 a 6
Baja	2	> 2 % a ≤ 8 %	1-2 veces en una semana epidemiologica	6 a 8
Muy baja	1	≤2%	No ha ocurrido en una semana epidemiologica	Mayor de 9

Figura 8. Criterios para evaluación de riesgos según su probabilidad.

Impacto						
		Criterio 1: Financiero		Criterio 2: Servicio al usuario		Criterio 3: SSO
		Dias de estancia del paciente en el hospital	Dias pagados al paciente por incapacidad	Encuesta de Satisfacción	complicaciones en la atencion del parto	Numero de personal afectados al mes secundariamente
Muy alta	E	> 10 días	> 60 días	≤ 80 %	catastrofica e irreversible	≥ 4 afectados al mes
Alta	D	8 - 9 días	31 - 60 días	> 80 % a ≤ 85 %	muy gave	3 afectados al mes
Media	C	6 - 7 días	21 - 30 días	> 85 % a ≤ 90 %	grave	2 afectados al mes
Baja	B	4 - 5 días	16 - 20 días	> 90 % a ≤ 95 %	baja gravedad	1 afectados al mes
Muy baja	A	≤3 días	≤15 días	> 95%	Insignificante	0 afectados al mes

Figura 9. Criterios para evaluación de riesgos según su impacto.



TABLA DETERMINACIÓN DE NIVEL DE IMPACTO

probabilidad					
5	5A	5B	5C	5D	5E
4	4A	4B	4C	4D	4E
3	3A	3B	3C	3D	3E
2	2A	2B	2C	2D	2E
1	1A	1B	1C	1D	1E
	A	B	C	D	E
					Impacto

Figura 10. Determinación de nivel de impacto, según su probabilidad e impacto

Prioridad de tratamiento	NIVELES DE RIESGO	Notificara a	tiempo para acciones
	Riesgo Crítico. Iniciar evaluación del caso. Medidas prioritarias para conservar la vida del Recien Nacido	Sub Dirección de salud, División de la Evaluación de la Calidad, Coordinación Institucional de Obstetricia	Inmediata. Evaluación hasta 30 días
	Riesgo Importante. Iniciar tratamientos manejos orientados a disminuir complicaciones en madre y su recién nacido	Director del centro, gerencias medicas, Jefe de servicio, de sala de operaciones, Obstetra del usuario, epidemiologo, infectologo y laboratorio	Inmediata. Evaluación entre 2 y 5 días hasta controlar
	Riesgo Moderado. Iniciar manejo preventivo de posibles complicaciones obstetricas	Obstetra del usuario, epidemiologo, infectologo y laboratorio	Inmediata. Evaluación por 72 horas
	Riesgo Tolerable. Evaluar otras condicionantes que pudieran afectar el momento del parto	Responsable del paciente	Notificado en el transcurso de la jornada laboral del personal que identificó el riesgo
	Minimo Impacto. Aceptar todas las consecuencias del riesgo	Solo se documentaran	Documentación al momento del incidente. Presentación en el informe mensual

Figura 11. Prioridad de tratamiento según niveles de riesgo

La evaluación de los riesgos en el mapa de calor es una acción preventiva que favorecerá la determinación de los riesgos y las oportunidades que es necesario tratar con el fin de:

- a) Asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos.



- b) Prevenir o reducir efectos indeseados.
- c) Lograr la mejora continua.

6.1.2 Hospital Materno Infantil 1 de Mayo ha planificado en base a su gestión de riesgos (ver tabla de prioridad de tratamiento):

- a. Las acciones para tratar estos riesgos y oportunidades
- b. La manera de:
 - Integrar e implementar acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad.
 - Evaluar la eficacia de estas acciones.
 - La manera de comunicar los riesgos presentados.

OBJETIVOS DE LA CALIDAD

Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, define sus 3 objetivos de la calidad:

1. Garantizar la calidad y calidez en las atenciones de salud, que generen satisfacción de nuestros beneficiarios y beneficiarias en el 100% de las atenciones recibidas.
2. Mejorar la calidad de nuestros servicios a través de la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad, basado en la norma ISO 9001-2015.
3. Lograr un desarrollo permanente a través del fortalecimiento de competencias del recurso, mejora de la infraestructura y equipo, y el desarrollo de estrategias en virtud de la satisfacción del paciente.

El Director del centro, con el apoyo del equipo gerencial y el comité local de calidad, se aseguran que los objetivos de la calidad:

- a) Son establecidos para todas las funciones y niveles relevantes dentro del centro de atención;
- b) Son medidos trimestralmente y son consistentes con la política de la calidad, incluyendo el compromiso de mejora continua;
- c) Incluyen aquellos objetivos necesarios para satisfacer los requisitos de los servicios establecidos por los usuarios / derechohabientes.



La División de Evaluación de la Calidad es la responsable del nivel central de realizar el seguimiento a los objetivos de calidad. El comité local de la calidad será el responsable de 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.

Documentos

- Plan Estratégico Institucional, establecimiento de los objetivos de calidad
- Procedimiento Revisión y actualización de los Objetivos de Calidad

PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS

Cuando la Dirección de Hospital Materno Infantil 1° de Mayo determine, basados en el informe y gestión de su comité local de calidad, la necesidad de cambios en el sistema de gestión de la calidad, el cambio se llevara a cabo de manera planificada y sistemática.

Se deberá considerar y documentar:

- El propósito del cambio y cualquiera de sus potenciales consecuencias.
- La integridad del sistema de gestión de la calidad.
- La disponibilidad de recursos.
- La asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades



SOPORTE

RECURSOS

GENERALIDADES

El comité local de la calidad (CLECA), a través de la gestión ante la dirección del Hospital Materno Infantil 1° de Mayo ISSS, debe verificar que se establezcan en los rubros necesarios dentro del presupuesto del centro, y que existan la disponibilidad de fondos para respaldar los requisitos establecidos para los servicios y los procesos. Estos garantizaran la implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad y la mejorar continua de su eficacia.

La Dirección del centro debe garantizar los recursos necesarios para la implementación del sistema de gestión de calidad, y hacer las gestiones necesarias a nivel central para su disponibilidad.

Se documenta esta acción en el Procedimiento para la Revisión por la Dirección en el cual 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 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

- Sub Dirección de Salud
- Dirección Hospital Materno Infantil 1 de Mayo
- Comité Local de la Calidad (CLECA)

Documentos

- Fichas de caracterización de los procesos
- Fichas de caracterización de los procedimientos
- Especificaciones de los servicios
- Presupuesto aprobado Hospital Materno Infantil 1 de Mayo



PERSONAS

En el Proceso de Gestión del RRHH establecido en el documento Manual de Normas y Procedimientos para la gestión del RRHH en centros de atención del ISSS 2018, la Dirección de Hospital Materno Infantil 1 de Mayo debe garantizar a través de su jefatura, 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 "Procedimiento de Selección de personal", como a los actuales en el "*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 "Procedimiento Gestión de Capacitación", con el fin de tener personal calificado.

El Personal Médico y Paramédico del área de emergencia del centro, deberá contar con su acreditación vigente para la atención de pacientes obstétricas, siendo responsabilidad de la jefatura médica y de enfermería de dicha área, el monitoreo de las mismas y la gestión correspondiente para dichos cursos de forma periódica.

La educación médica continua será responsabilidad del Departamento de Docencia e Investigación, quienes velaran por la participación anual del 100% de los recursos médicos en sus áreas de simulación de atención de partos.

Deberá recibir todo el personal del área de emergencias curso de atención de usuarios y deberá conocer y aplicar toda disposición normativa que favorezca la satisfacción del usuario.

En todo momento se deberá respetar el cumplimiento del Contrato Colectivo de los Trabajadores y las normativas institucionales en relación al tema de contratación de personal y promociones internas. Y además contar con el acompañamiento y asesoría del Departamento de Gestión de la Calidad, Departamento de Capacitaciones, Departamento Jurídico de Personal, Departamento de Evaluación de la Calidad en Salud y de la División de la Evaluación de la Calidad.

INFRAESTRUCTURA

La Dirección del centro por medio de su jefatura de mantenimiento debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura para la operación de sus procesos para lograr la conformidad de sus servicios.



Incluye además a su encargado de tecnología para la optimización del equipo informático incluyendo hardware y software.

Además deberá contar con los equipos de transporte necesarios y en buen estado, para las atenciones requeridas.

Se debe contar con el apoyo del nivel central de la División de Transporte y Mantenimiento, División de Tecnología, Departamento de Comunicaciones y Gestión de Servicios.

AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DE LOS PROCESOS

La Dirección de Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, junto con sus gerencias, debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de sus servicios. Esto debe incluir factores físicos, sociales, psicológicos, ambientales, y otros factores como temperatura, humedad, ergonomía y limpieza.

RECURSOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

La Dirección del centro junto con su equipo gerencial, debe determinar y garantizar los recursos necesarios para el seguimiento o la medición de las acciones que evidencian la conformidad de los servicios basados en los requisitos especificados.

El comité local de la calidad deberá asegurar la validez y fiabilidad de los resultados del seguimiento y medición. Además asegurar que los recursos proporcionados:

- Son adecuados para el tipo específico de actividades de seguimiento y medición realizadas
- Se mantienen para asegurarse de la adecuación continuada para su propósito.

Se deberá mantener la información documentada adecuada, como evidencia de la adecuación para el propósito del seguimiento y medición de los recursos.

Cuando la trazabilidad de las mediciones sean un requisito legal o reglamentario, una expectativa del usuario o de una parte interesada pertinente, o es considerada por el centro como parte esencial de proporcionar confianza en la validez de los resultados de la medición, los instrumentos de medición deben:



- Verificarse o calibrarse a intervalos especificados o antes de su utilización. Cuando no existan patrones internacionales o nacionales de medición, deberá mantenerse como información documentada la base utilizada para la calibración o la verificación.
- Identificarse para determinar el estado de calibración.
- Protegerse contra ajustes, daño o deterioro que pudiera invalidar el estado de calibración y los posteriores resultados de la medición.

Esta condición debe ser de especial interés en los procesos de apoyo, específicamente en laboratorio, farmacia y rayos x.

La Dirección del centro, sus gerencias y las jefaturas del área respectiva, deberán determinar si la validez de los resultados de medición previos se ha visto afectada de manera adversa cuando un instrumento se considere defectuoso durante su verificación o calibración planificada, o durante su uso, y tomar acciones correctivas adecuadas cuando sea necesario.

CONOCIMIENTOS ORGANIZATIVOS

La Dirección del centro, sus gerencias y jefaturas de las diferentes áreas deben determinar los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de sus servicios.

Estos conocimientos, deberán estar documentados, mantenerse y ponerse a disposición en la medida necesaria y planificada.

Cuando se tratan de necesidades de cambio y tendencias, las jefaturas deberán considerar sus conocimientos actuales y determinar cómo adquirir o acceder a los conocimientos adicionales coordinando con el área de Capacitaciones y Docencia para lograrlo.

COMPETENCIA

En el área de Recursos Humanos de Hospital Materno Infantil 1° de Mayo se conservan las evidencias y registros correspondientes de la escolaridad o educación, formación, cualificación y experiencia del personal.

El personal que labora en el proceso de emergencia obstétrica y 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 (Procedimiento de Selección de Personal, y Procedimiento Aplicación de Incentivos por Merito Personal).

Además de la formación, se deberá considerar por las jefaturas de las áreas la reasignación de las personas empleadas actualmente o la contratación de personas competentes. Siempre deben considerarse las disposiciones del Contrato Colectivo de los Trabajadores.

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 (Procedimiento de Gestión de la capacitación). Al programa de capacitaciones también se agregan las necesidades que surjan de la "Solicitud de Necesidades de Capacitación" y el "Plan Institucional de Capacitaciones" que se aplica junto con la evaluación de competencias.

Asimismo se realiza un proceso de inducción y seguimiento en la participación personal dentro del equipo del proceso, se establecen 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, así como también en la gestión del proceso de emergencia obstétrica. Todo ello fortalecerá la toma de conciencia así como la responsabilidad en dar una atención oportuna y de calidad a las derechohabientes y beneficiarias que lo requieran.

Anualmente se ejecuta el Procedimiento de Aplicación de Incentivos por Evaluación al Mérito 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.

Documentos

- Procedimiento de Selección de Personal
- Proceso de Inducción al personal de Nuevo Ingreso
- Plan Institucional de Capacitaciones
- Procedimiento de Gestión de la capacitación
- Aplicación de Incentivos por Evaluación al Mérito Personal
- Manual de Funciones Institucionales



TOMA DE CONCIENCIA

Todo trabajador que realiza el trabajo en el centro de atención, deberá tomar conciencia de:

- a) La política de la calidad
- b) Los objetivos de la calidad pertinentes
- c) Su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluyendo los beneficios de una mejora del desempeño de la calidad.
- d) Las implicaciones de no cumplir los requisitos del sistema de gestión de la calidad.

COMUNICACIÓN

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social establece los canales apropiados de comunicación dentro de la institución 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.
- Página Web Institucional “www.iss.gov.sv”
- A nivel institucional existe comunicación formal mediante documentos, e informal de manera verbal.
- Comunicación interna telefónica.

Se han establecido los procesos apropiados de comunicación interna y externa dentro del manual de procedimientos del ISSS 2018, el cual es validado cada dos años por las áreas correspondientes y la Dirección General.

La Dirección de Hospital 1° de Mayo y sus gerencias, determinan las comunicaciones internas y externas relacionadas a las actividades de su centro y sus procesos, pertinentes al sistema de gestión de la calidad, el cual incluye:

- a) El contenido de la comunicación
- b) Cuando comunicar
- c) A quien comunicar
- d) Como comunicar



INFORMACIÓN DOCUMENTADA

GENERALIDADES

El sistema de gestión de la calidad incluye:

- La información documentada requerida por esta norma internacional.
- La información documentada que se ha determinado que es necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

El presente documento es el Manual de Calidad del Hospital, en donde establece:

- Visión
- Misión
- Valores
- Política de Calidad
- Objetivos de Calidad
- Procesos del sistema de Gestión de la Calidad
- Principios de Calidad
- Términos y Definiciones

Se tienen todos los procedimientos documentados requeridos en la Norma ISO 9001:2015. Para que nuestro sistema opere consistentemente, se mantenga y pueda mejorarse, hemos establecido, documentado e implantado los documentos:

- “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.
- “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.
- “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.
- “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.
- “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.



- Procedimiento de comunicación efectiva que garantizara la implementación de normas , disposiciones lineamientos internos así como también establece los mecanismos para garantizar la información hacia y del usuario.
- Procedimiento de manejo y resolución de quejas e insatisfacciones que determina las acciones de los diferentes involucrados al momento de recibir una no conformidad de los pacientes.

Para el proceso de emergencia obstétrica en los siguientes documentos:

Documentos

- Mapa de Proceso
- Procedimiento de Mejoramiento continuo
- Fichas de caracterización de los procesos y procedimientos del proceso de atención de emergencia obstétrica.
- Procedimiento adquisición y compra interna por licitación y concurso público.
- Procedimiento contratación directa por urgencia
- Procedimiento de adquisición y compra por libre gestión
- Procedimiento de compras por Monto Autorizado a nivel Local
- Procedimiento para el control y evaluación de los proveedores.

CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN

Cuando se crea y actualiza la información documentada, el comité local de la calidad debe asegurarse de:

- La identificación y descripción según lo requerido.
- El formato y sus medios de soporte según lo establecido
- Revisión y aprobación con respecto a la idoneidad y adecuación.

CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA

La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad esta bajo la custodia de los responsables delegados por la Dirección del Centro, comité local de la calidad, que deben controlar para asegurarse de que:

- Este disponible y adecuada para su uso, donde y cuando se necesite



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRIMERO DE MAYO
Manual de Gestión de la Calidad**

MANUAL

**Código :
MGC-01**

Revisión: 1

**Página 37
de 55**

- Este protegida adecuadamente contra uso inadecuado o pérdida de integridad.

El procedimiento de control de la información documentada tiene como objetivo controlar de manera uniforme los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital. El “Procedimiento para la elaboración y control de información documentada interna y externa”, establece lo siguiente:

- Deben ser sometidos a aprobación por la Dirección del Centro antes de ser editados, para validar su aplicación y adecuada funcionalidad.
- Deben ser revisados y actualizados cuando resulte necesario, sometiéndose nuevamente a aprobación.
- Deben identificarse los cambios, así como el estado actual de los documentos, para asegurar que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los lugares de uso.
- Debe establecerse una codificación para los documentos que los haga fácilmente identificables.
- Debe asegurarse que sean legibles.
- Deben identificarse los documentos de origen externo y debe controlarse su distribución.
- Debe evitarse el uso no intencionado de documentos obsoletos, identificándose adecuadamente cuando requerimos retenerlos.



OPERACIÓN

PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL

La Dirección del Hospital Materno Infantil 1° de Mayo debe planificar, implementar y controlar los procesos, tal como se han especificado en el apartado 4, los cuales son necesarios para la prestación de servicios y para implementar las acciones del apartado 6 mediante lo siguiente:

- a) Determinando los requisitos de los servicios
- b) Estableciendo los criterios para los procesos y para la aceptación de los servicios.
- c) Determinando los recursos necesarios para lograr la conformidad para los requisitos de los servicios.
- d) Implementando el control de los procesos de acuerdo con los criterios.
- e) Manteniendo información documentada en la medida necesaria para tener la confianza en que los procesos sean llevados a cabo según lo planificado y para demostrar la conformidad de los servicios con los requisitos.

El elemento de salida de esta planificación debe ser adecuada para las operaciones del centro.

La dirección del hospital y en especial el comité local de calidad, debe controlar los cambios planificados y revisar las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar los efectos adversos y gestionando los riesgos, cuando sea necesario.

La dirección y su jefatura de compras deben asegurarse que los procesos contratados externamente estén controlados de acuerdo al apartado 8.4

Para la ejecución de servicios contamos con los Planes de Calidad de cada uno de los servicios relacionado al proceso de emergencia obstétrica de Hospital Materno Infantil 1° de Mayo.

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, define el proceso 2.0 como el proceso de emergencia obstétrica.

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 procesos y procedimientos para la prestación del servicio en emergencia obstétrica (2.0) según lo establecido en el mapa de procesos y el alcance del sistema son:



2. PROCESO DE EMERGENCIA OBSTETRICA

SUB PROCESOS DEFINIDOS:

2.1 SELECCIÓN

2.2 RECEPCION

PROCEDIMIENTOS:

2.2.1 VALIDACION DE DERECHO

2.2.2 PREPARACION

2.3 MAXIMA URGENCIA

2.4 CONSULTA MÉDICA

2.5 LABOR DE PARTOS (OBSERVACION)

PROCEDIMIENTOS:

2.5.1 MONITOREO DEL TRABAJO DE PARTO

2.5.2 ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL

2.5.3 VIGILANCIA DE PUERPERIO INMEDIATO

2.5.4 TRANSFERENCIA DE PACIENTE A PUERPERIO

2.5.5 ATENCIÓN DEL PARTO POR CESÁREA

2.5.6 VIGILANCIA DEL ESTADO DE SALUD POST CESÁREA

2.5.7 TRANSFERENCIA A CIRUGÍA OBSTÉTRICA

2.5.8 ADMISIÓN EN PUERPERIO

PROCESOS RELACIONADOS AL DE EMERGENCIA OBSTRETICA SON:

1. ATENCIONES AMBULATORIAS EN SALUD
3. ATENCIONES QUIRURGICAS
4. SERVICIOS MEDICOS DE APOYO
5. ATENCIONES HOSPITALARIAS

La identificación de recursos para poder prestar los servicios se deben establecer en base a la ejecución de cada uno de los procesos y sus procedimientos, 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 de la derechohabiente y beneficiaria se debe verificar con las encuestas de satisfacción del cliente.

Documentos

- Fichas de caracterización de procesos y procedimientos (enumerados anteriormente)
- Mapa de procesos

DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS PARA LOS SERVICIOS

COMUNICACIÓN CON EL USUARIO

La información que se debe comunicar al usuario 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 usuario que consume los servicios brindados en el hospital, deben apegarse a los Lineamientos de comunicación con el paciente establecidos.

La retroalimentación del usuario 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.

Documentos

- Procedimiento de recepción de quejas y sugerencias
- Procedimiento de Comunicación con el paciente
- Formato de quejas y sugerencias
- Formato de ficha de control de quejas y sugerencias
- Formato de Lineamiento de Comunicación con el Paciente

DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELATIVOS A LOS SERVICIOS

La Dirección del Hospital debe establecer, implementar y mantener un proceso para determinar los requisitos para los servicios que se van a ofrecer a los usuarios potenciales, se debe asegurar que:



- a) Los requisitos de los servicios y los requisitos legales y reglamentarios aplicables sean definidos.
- b) Cumplir con los requisitos definidos y justificar las reclamaciones de los servicios que ofrece.

El sistema de gestión de la calidad, está conformado por nuestro personal, la forma en que nos relacionamos, los procesos, los procedimientos, así como por los recursos que utilizamos para garantizar la calidad de nuestros servicios, en donde involucramos cada paso - desde el diseño hasta su ejecución y el servicio posterior.

Los requisitos del sistema de gestión de la calidad que implantamos implican que:

- Identificamos y determinamos los procesos que intervienen en él.
- Determinamos la secuencia e interacción de estos procesos.
- Determinamos los criterios y métodos que se requieren para asegurar su efectiva operación y control.
- Aseguramos la disponibilidad de la información necesaria para soportar su operación y seguimiento, así como su medición.
- Proporcionamos monitoreo y evaluación, y cuando se requiere implementamos las acciones necesarias para alcanzar los resultados planeados y la mejora continua.

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” 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 /o normativa de Monto Autorizado a Nivel Local (MANL), 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
- Comité Local de Evaluación de la Calidad (CLECA)
- Unidad de Planificación
- Unidad de Adquisiciones y contrataciones
- Gestor de Compras

REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS

El comité de calidad local, debe revisar:

- Los requisitos especificados por el usuario, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y posteriores a la misma.
- Los requisitos no establecidos por el usuario, pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido.
- Los requisitos legales y reglamentarios adicionales aplicables a los servicios.

Debe mantenerse la información documentada que describe los resultados de la revisión, incluyendo cualquier requisito nuevo o cambiado para los servicios.

Cuando se cambien los requisitos de los servicios, el comité local de la calidad debe asegurarse de que la información documentada pertinente sea modificada y de que el personal correspondiente sea consciente de los requisitos modificados.



DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS

GENERALIDADES

Cuando los usuarios u otras partes interesadas aun no han establecido o no han definido los requisitos detallados de los servicios del centro, como si son adecuados para la posterior prestación de servicios, la dirección del hospital debe establecer, implementar y mantener un proceso de diseño y desarrollo.

PLANIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO

La identificación de 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.

Contamos en la gerencia del centro, con un área de Diseño y Desarrollo la cual se encarga de planear y controlar el diseño y desarrollo del producto, desde:

- Las etapas que incluye los procesos de diseño y/o desarrollo.
- Las actividades de revisión, verificación y validación, correspondientes para cada etapa del diseño y desarrollo.
- Las responsabilidades y autoridades se requieren para la ejecución de las actividades de diseño y desarrollo.

La gerencia del centro, responsable del diseño y desarrollo, coordina y controla, con el apoyo del comité local de calidad, la interrelación del personal involucrado en el diseño y/o desarrollo, de tal manera que se asegura claridad en responsabilidades y una comunicación eficaz.

Conforme se obtienen los resultados de la planeación, son actualizados cuando así se requiere.

Documentos

- Procedimiento Planificación del diseño del servicio
- Formato de Plan de Diseño



ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO

Las entradas relacionadas con los requisitos del servicio son definidas y documentadas, incluyéndose por lo menos:

- Los requisitos funcionales y de rendimiento.
- Los requisitos legales y reglamentarios aplicables.
- La información aplicable proveniente de diseños previos similares, y cualquier otro requisito que se considere esencial para el diseño y desarrollo.
- Estas entradas deben revisarse con el objeto de verificar su adecuación. Los requisitos incompletos, ambiguos o conflictivos se resuelven.

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.

Documentos

- Procedimiento Identificación de elementos de entrada para el diseño de servicios
- Formato de Registro identificación de elementos de entrada para el diseño

CONTROLES DEL DISEÑO Y DESARROLLO

El comité local de la calidad debe garantizar que los controles aplicados al proceso diseño y desarrollo deben asegurarse de que:

- a) Los resultados a lograr por las actividades de diseño y desarrollo están claramente definidas.
- b) Las revisiones del diseño y desarrollo se realizan según lo planificado.
- c) La verificación se realiza para asegurarse de que los elementos de salida del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo.
- d) La validación se realiza para asegurarse de que los servicios resultantes son capaces de satisfacer los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto.



ELEMENTOS DE SALIDA DEL DISEÑO Y DESARROLLO

Las salidas del proceso de diseño y desarrollo son documentadas de tal manera que permiten su verificación en relación a los requisitos de entrada del diseño y desarrollo; Las salidas de diseño y desarrollo:

- Satisfacen los requisitos de entrada del diseño y desarrollo.
- Proporcionan la información apropiada para las operaciones del servicio.
- Contienen o hacen referencia a los criterios de aceptación para el producto.
- Definen las características del servicio que son esenciales para su utilización segura y apropiada.

Los documentos de las salidas del diseño y desarrollo son aprobados antes de su lanzamiento.

Documentos

- Procedimiento para el diseño de servicios

CAMBIOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO

El comité local de la calidad debe revisar, controlar e identificar los cambios hechos en los elementos de entrada del diseño y los elementos de salida del diseño durante el diseño y desarrollo de los servicios o posteriormente, en la medida en que no haya un impacto adverso en la conformidad con los requisitos.

Deben mantener además la información documentada sobre los cambios del diseño y desarrollo.

CONTROL DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE

Para asegurar que el producto o servicio adquirido cumple los requisitos de compra especificados, se debe garantizar los procedimientos relacionados según sea el caso, los cuales son:

- Procedimiento adquisición y compra interna por licitación y concurso público
- Procedimiento contratación directa por urgencia
- Procedimiento compra por Monto Autorizado a Nivel Local (MANL)



- Procedimiento de adquisición y compra por libre gestión

Estos procedimientos 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.

A través de nuestro área de compras, con el apoyo de la Unidad de Planificación y la Unidad de Adquisiciones, controlamos los diferentes procedimientos de tal manera que aseguramos que las adquisiciones realizadas cumplen con los requisitos de compra especificados.

Según el impacto o efecto que tienen las adquisiciones sobre los procesos de realización, subsecuentes y sus resultados, se ha establecido el tipo y alcance del control a ejercer tanto al proveedor como al producto adquirido. Estos deberán ser apoyados por las áreas correspondientes dentro del Departamento de Aseguramiento de la Calidad o si es el caso en la Unidad de Adquisiciones.

La evaluación y selección de los proveedores es responsabilidad compartida del área de adquisiciones con la de calidad, la cual realizan basándose en la capacidad que tienen los proveedores de proporcionar productos conforme a las especificaciones que se establecen en las órdenes de compra.

Por lo anterior hemos definido los criterios que se aplican para la selección y evaluación periódica de los proveedores, registrando dichas evaluaciones, así como acciones subsecuentes.

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:

- Registro de requisitos solicitados a proveedores
- Registro solicitud de compra debidamente autorizada
- Formato de Plan de Compra



PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO

CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El Hospital Materno Infantil 1° de Mayo del ISSS, 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 (Mapa de proceso de emergencia obstétrica).
- b) Las instrucciones de trabajo, cuando son necesarias, se encuentran en los procedimientos e instructivos relacionados en cada ficha de caracterización de procesos y procedimientos.
- c) El uso del equipo apropiado, como equipo médico, mobiliario, equipo de cómputo, sistemas y la red.
- d) Los servicios de emergencia del Hospital utilizan dispositivos de seguimiento y medición relacionados al uso de expediente electrónico.
- 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.
- 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 Control del servicio no conforme, Procedimiento de seguimiento de acciones posteriores a las no conformidades, Medición de la satisfacción del cliente y Sistema insatisfacción, de quejas y sugerencias.

Documentos

- Procedimiento para la medición de la satisfacción del cliente
- Procedimiento de seguimiento de acciones posteriores a las no conformidades
- Sistema insatisfacción, de quejas y sugerencias
- Control del servicio no conforme

LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

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 derechohabiente y



beneficiario. 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 Procedimiento de recepción de quejas y sugerencias para que presente su petición, queja o sugerencia.

Cuando la salida resultante de la prestación del servicio no pueda verificarse por medición y supervisión subsecuentes, éstos se validan, e incluso aquellos procesos o prestaciones de servicio donde las deficiencias no pueden hacerse aparentes sino hasta que el servicio está en uso o el servicio entregado. La validación demuestra la habilidad de los procesos para lograr los resultados planeados.

CONTROL DEL PRODUCTO/SERVICIO NO CONFORME

Cuando se habla de “producto”, se refiere tanto al producto físico (formularios, papelería) como al servicio intangible (atención médica, orientación, capacitación).

Hospital Materno Infantil 1° de Mayo establece el 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.

El producto o servicio que no sea conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencional. Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto no conforme están definidos en el Control de producto o servicio no conforme

Los productos o servicios no conformes son tratados mediante 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 originalmente prevista.



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRIMERO DE MAYO
Manual de Gestión de la Calidad**

MANUAL

**Código :
MGC-01**

Revisión: 1

**Página 49
de 55**

En cualquiera de los casos anteriores se mantienen registros conforme lo describe el Control de los registros, en los cuales se describe la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido. En caso de haber corregido un producto o servicio no conforme, éste se somete a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos conforme a los lineamientos establecidos en el Control de la producción y de la prestación del servicio.

Documentos

- Procedimiento Control del servicio no conforme
- Procedimiento de seguimiento de acciones posteriores a las no conformidades
- Procedimiento para determinar e implementar acciones correctivas y preventivas.
- Procedimiento para revisar las no conformidades



EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

GENERALIDADES

La planificación e implementación de los procesos de seguimiento, medición, análisis y evaluación 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 local de calidad (CLECA) donde se revisan los registros correspondientes y las revisiones de la Dirección donde se toman decisiones y acciones de mejora.



SATISFACCIÓN DEL USUARIO

La dirección del Hospital 1 de Mayo debe realizar seguimiento de las percepciones del usuario del grado en que se cumplen los requisitos.

Para ello ha establecido el índice de satisfacción mediante la medición con la encuesta serqual de forma trimestral realizada por el departamento de atención al usuario.

Los resultados de la encuesta son presentados y analizados por la Dirección del centro, su equipo gerencial, sus jefaturas, el comité local de la calidad y los equipos de procesos definidos.

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

A través del comité local de calidad, determinamos, recopilamos y analizamos los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad véase. Esto debe incluir los datos generados del resultado del seguimiento y medición y de cualesquiera otras fuentes pertinentes, como las auditorías internas o las revisiones efectuadas por la dirección.

El análisis de datos proporciona información sobre:

- La satisfacción del cliente.
- La conformidad con los requisitos del producto.
- Las características y tendencias de los procesos y de los productos, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas.
- Los proveedores.

Documentos

- Procedimiento para el control y evaluación de los proveedores.
- Procedimiento para la medición de la satisfacción del cliente.

La evaluación se realizara por parte del comité de calidad, las jefaturas de las áreas y los equipos de procesos definidos de forma semestral.



AUDITORÍA INTERNA

Se debe seguir procedimiento para elaborar el programa de auditorías interna donde se describe la metodología para que se establezcan todas las auditorias necearías para verificar la conformidad de los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad y las disposiciones y requisitos de la norma ISO 9001:2015.

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 auditorias.

El procedimiento para realizar las auditorías internas establece los pasos que se deben seguir para ejecutar la auditoria. Los resultados de las auditorias deben ser son informados por medio del registro según el formato establecido.

Las acciones correctivas o preventivas para eliminar las no conformidades detectas 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 registros según el apartado 8.5.

Los auditores internos han sido seleccionados de tal manera que aseguramos que la ejecución de las auditorías se llevan a cabo de manera imparcial y objetiva, evitando siempre que la auto auditoría.

Los responsables de cada una de las áreas que se estén auditando conocen la importancia de tomar acciones rápidas sin pérdidas de tiempo, para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas. Es responsabilidad de éstos y de los auditores internos realizar las actividades de seguimiento incluyendo la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación.

Documentos

- Procedimiento para elaborar el programa de auditoría interna
- Formato de Programa de auditoría interna
- Procedimiento para la preparación de la auditoría interna
- Formato del Plan de auditoría del sistema de gestión de calidad
- Formato del Plan de auditoría de procesos
- Formato del Plan de auditoría de servicios



- Procedimiento para realizar la auditoría interna
- Formato de Registro de los resultados de la auditor
- Formato de Registro del plan para superar hallazgos auditables

REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

La Dirección General del ISSS debe dos veces al año como mínimo, revisar la implementación del sistema de gestión de la calidad, con el fin de asegurar su continua consistencia, adecuación y eficacia. Esta revisión incluye la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad.

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:

- 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.

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.

Se deben conservar los registros de las revisiones efectuadas por la dirección.

Documentos

- Procedimiento para la Revisión por la Dirección
- Formato de Registro de revisión por la Dirección



MEJORA

GENERALIDADES

La dirección del centro de atención y el comité local de la calidad deben determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar las acciones necesarias para cumplir con los requisitos de los usuarios y aumentar la satisfacción de los mismos.

Esto debe incluir, cuando sea adecuado:

- Mejorar los procesos para prevenir no conformidades
- Mejorar los servicios para cumplir con los requisitos conocidos y previstos.
- Mejorar los resultados del sistema de gestión de la calidad.

La mejora puede verse afectada de manera reactiva (acción correctiva), de manera incremental (mejora continua), mediante un cambio significativo (avance) de manera creativa (innovación) o por reorganización (transformación).

NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA

La Entidad establece un procedimiento de Acción Correctiva (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.

Documentos

- Procedimiento para determinar e implementar acciones correctivas y preventivas.
- Procedimiento para revisar las no conformidades

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).



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRIMERO DE MAYO
Manual de Gestión de la Calidad**

MANUAL

**Código :
MGC-01**

Revisión: 1

**Página 55
de 55**

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). 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.

Documentos

- Procedimiento de revisiones periódicas del sistema.
- Plan de fortalecimiento de Mejora Continua