



UNIVERSIDAD DON BOSCO
VICERRECTORÍA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

TRABAJO DE GRADUACIÓN

IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA
ISO 9001:2015 PARA EL PROCESO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA DEL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRIMERO DE MAYO DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL
SEGURO SOCIAL (ISSS)

PARA OPTAR AL GRADO DE:

Maestro en Gestión de la Calidad

ASESOR:

Msc. Lic. Carlos Armando Pineda

PRESENTADO POR:

Dr. Luis Carlos Estrada Regalado

Ing. Marjorie Delfina Blanco Domínguez

Dr. Ricardo Adolfo Amaya Figueroa

Antiguo Cuscatlán, La Libertad, El Salvador, Centroamérica

Agosto de 2018

RESUMEN

Si una organización está buscando mejorar su desempeño global y contar con una base sólida para desarrollar iniciativas que sean sostenibles, adoptar un sistema de gestión de calidad (SGC) es una opción estratégica a seguir, y la Norma ISO 9001:2015 reúne los requisitos para implementar un SGC, empleando un enfoque a procesos, incorporando el ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar y el pensamiento basado en riesgos.

En este sentido, el presente trabajo de graduación tiene como objetivo “crear una propuesta de implementación de un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2015 para el proceso de atención de emergencia obstétrica del Hospital Materno Infantil Primero de Mayo del ISSS, que permitan un servicio más eficiente, seguro, confiable y de calidad, que de una mayor satisfacción a la mujer embarazada atendida y demás derechohabientes”. Para el cumplimiento de este objetivo, esta tesis desarrolla cinco capítulos y presenta seis anexos. Cada uno de ellos desde la realidad actual del centro y en función de las necesidades y capacidades del centro.

El primer capítulo describe al Instituto Salvadoreño del Seguro Social y su Hospital Materno Infantil Primero de Mayo, una breve historia, su estructura, su portafolio de servicios, sus indicadores actuales, así como las opiniones y quejas presentadas por sus derechohabientes, y recopiladas por su departamento de Atención al Usuario. En el segundo capítulo se presenta un marco teórico, en el cual se recopila la información más relevante y de interés para el desarrollo de esta tesis.

Un diagnóstico del Hospital 1° de Mayo es presentado en el capítulo tres, y este es desarrollado desde cinco perspectivas diferentes: la percepción de sus derechohabientes, los requisitos actuales que cumple y no cumple de la norma ISO 9001:2015, el diagnóstico de sus procesos, el diagnóstico financiero, y el análisis de sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. Este capítulo se divide en dos partes, la primera describe la metodología utilizada para cada herramienta diagnóstica utilizada, y la segunda presenta los resultados obtenidos.

Dentro del Plan de Solución propuesto por el capítulo cuatro, se presentan los objetivos y resultados esperados, así como las estrategias que fueron implementadas en el centro durante el desarrollo de esta tesis, las que están en proceso y las que se propone que el centro continúe desarrollando. Finalmente el capítulo cinco desarrolla conclusiones y recomendaciones, resultado de lo trabajado.

Como anexos se presentan el modelo de encuesta SERVQUAL creado para medir la percepción de las usuarias del Hospital, y los resultados obtenidos de la misma; la lista de chequeo del nivel de cumplimiento de la Norma ISO 9001:2015 en el Hospital; la red de procesos del Hospital, que fue creada por el equipo de tesis, ya que actualmente no se trabaja con un enfoque basado en procesos; los criterios para realizar un análisis basado en riesgos; y finalmente, el equipo de tesis también creó para el Hospital 1° de Mayo, un Manual de Calidad que si bien ya no es un requisito de la Norma ISO 9001:2015, es un referente para establecer y describir el SGC, presentar la política de calidad, la misión y visión institucionales, los objetivos de calidad y su alcance, los procesos y sus interrelaciones, entre otras.

Contenido

RESUMEN	3
INDICE DE FIGURAS	9
INDICE DE TABLAS	11
INDICE DE GRÁFICOS.....	13
SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	15
CAPÍTULO 1. EL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL Y SU HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO.....	17
1.1 Sobre el Instituto Salvadoreño del Seguro Social	17
1.2 Marco estratégico y estructura organizativa del ISSS.....	20
1.3 Hospital Materno Infantil Primero de Mayo.....	23
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	33
2.1 Conceptos fundamentales de calidad y sistema de gestión de calidad	33
2.1.1 Evolución de la calidad: de la inspección a la calidad total	35
2.1.2 Origen de la mejora continua. El ciclo PHVA	37
2.1.3 Pensamiento basado en el riesgo	38
2.2 Modelo de calidad en El Salvador	40
2.3 Norma ISO 9001:2015	42
2.3.1 Principios de la gestión de calidad.....	42
2.3.2 Estructura de la norma ISO 9001:2015.....	44
CAPÍTULO 3. DIAGNÓSTICO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRIMERO DE MAYO.....	47
3.1 Metodología utilizada para el diagnóstico.....	47
3.1.1 Percepción de los derechohabientes y la encuesta SERVQUAL	48

3.1.2 Requisitos de la norma ISO 9001:2015	50
3.1.3 Análisis de procesos	51
3.1.4 Presupuesto proyectado y ejecutado para el Hospital 1° de Mayo	53
3.1.5 Análisis FODA	56
3.2 Resultados de los análisis.....	56
3.2.1 Diagnóstico de la encuesta SERVQUAL.....	57
3.2.2 Diagnóstico de la evaluación de la Norma ISO 9001:2015	60
3.2.3 Diagnóstico del análisis de procesos.....	63
3.2.4 Razones financieras de liquidez, basado en el presupuesto del Hospital 1° de Mayo	67
3.2.5 Diagnóstico del análisis FODA.....	68
CAPÍTULO 4. PLAN DE SOLUCIÓN	71
4.1 Objetivos del plan de implementación	71
4.1.1 Objetivo General	71
4.1.2 Objetivos Específicos.....	72
4.2 Resultados esperados	72
4.3 Estrategias para el logro de los objetivos	73
4.3.1 Estrategias Implementadas.....	73
4.3.2 Estrategias en proceso de implementación.....	79
4.3.3 Estrategias propuestas para ser desarrolladas por el centro	83
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	89
5.1 Conclusiones	89
5.2 Recomendaciones	91

GLOSARIO.....	93
REFERENCIAS.....	95
ANEXOS	97
ANEXO A. Modelo de encuesta SERVQUAL utilizada en Hospital Materno Infantil Primero de Mayo	99
ANEXO B. Resultados de la encuesta SERVQUAL en el Hospital 1° de Mayo	100
ANEXO C. Tabla de cumplimiento de requisitos de la Norma ISO 9001:2015 en el Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis.....	104
ANEXO D. Red de procesos del Hospital Materno Infantil Primero de Mayo	123
ANEXO E. Valoración del Riesgo	124
ANEXO F. Manual de calidad Hospital Materno Infantil Primero de Mayo.....	128

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Portafolio de Servicios del ISSS según Nivel de Atención desde 2013. Fuente: grupo de tesis.....	18
Figura 2. Organigrama General Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Fuente: ISSS, Departamento de Gestión de Calidad Institucional. Acuerdo de Consejo Directivo N° 1015-1797. DIC.....	21
Figura 3. Estructura Organizativa del Hospital 1° de Mayo. Fuente: Manual de organización y funciones. Hospital Materno Infantil Primero de Mayo. 2017.....	24
Figura 4. Requisitos para brindar un servicio de calidad en el proceso de Emergencia Obstétrica del Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis.....	34
Figura 5. Evolución de la Calidad. Fuente: grupo de tesis.....	36
Figura 6. Ciclo PHVA. Fuente: grupo de tesis.....	37
Figura 7. Representación de la estructura de la Norma ISO 9001:2015 con el ciclo PHVA. Fuente: ISO 9001:2015, p12.....	38
Figura 8. Diferencia entre oportunidad y riesgo. Fuente: grupo de tesis.....	39
Figura 9. Marco General de Excelencia en la Gestión: Una perspectiva de Sistema. Fuente: ES Calidad.....	41
Figura 10. Principios de la Gestión de Calidad. Fuente: grupo de tesis.....	42
Figura 11. Representación esquemática de los elementos de un proceso. Fuente: ISO 9001:2015, p11.....	52

Figura 12. Mapa de primer nivel, red de procesos de salud Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis.....	63
Figura 13. Mapa de segundo nivel: Proceso 1.0 Atenciones Ambulatorias. Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis.....	64
Figura 14. Mapa de segundo nivel: Proceso 2.0 Atenciones de Emergencia. Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis.....	64
Figura 15. Mapa de segundo nivel: Proceso 3.0 Atenciones Quirúrgicas. Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis.....	65
Figura 16. Mapa de segundo nivel: Proceso 5.0 Atenciones Hospitalarias. Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis.....	65
Figura 17. Análisis FODA del Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis.....	69
Figura 18. Batería de baños previo a la intervención del equipo de trabajo versus batería de baños posterior a la autorización de la estrategia de mejora de percepción de derechohabientes. Fuente: grupo de tesis.....	75
Figura 19. Procedimiento de manejo de quejas para el Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis.....	86
Figura 20. Triage de Manchester.....	93

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Funciones del departamento de emergencia del Hospital 1° de Mayo. Fuente: Manual de organización y funciones 2017 del Hospital 1° de Mayo.....	23
Tabla 2. Recurso Humano 2017 del Hospital Materno Infantil Primero de Mayo. Fuente: División de Calidad en Salud, ISSS.....	25
Tabla 3. Indicadores del Hospital Materno Infantil Primero de Mayo. Enero-Junio 2017. Fuente: División de Calidad en Salud, ISSS.....	26
Tabla 4. Portafolio de Servicios del Hospital Materno Infantil Primero de Mayo. Fuente: División de Calidad en Salud, ISSS.....	27
Tabla 5. Opiniones de las derechohabientes sobre el Hospital 1° de Mayo, presentadas en 2017 a Atención al Usuario. Fuente: Departamento de atención al usuario, ISSS.....	28
Tabla 6. Opiniones presentadas por las derechohabientes en 2017 sobre el Hospital 1° de Mayo, según área de atención. Fuente: Departamento de atención al usuario, ISSS.....	28
Tabla 7. Similitudes de los principios del Modelo Salvadoreño y los de Gestión de la Calidad de la Norma ISO 9001:2015. Fuente: grupo de tesis.....	43
Tabla 8. Estructura de la Norma ISO 9001:2015. Fuente: grupo de tesis.....	44
Tabla 9. Presupuesto del Hospital 1° de Mayo de los años 2016, 2017 y 2018 versus Lo devengado en 2016 y 2017, presentado en dólares de los Estados Unidos. Fuente: Sección Programación, Seguimiento y Evaluación de Presupuesto del ISSS	53
Tabla 10. Cumplimiento alcanzado por el Hospital 1° de Mayo, en cada uno de los apartados de la Norma ISO 9001:2015. Fuente: grupo de tesis.....	60

Tabla 11. Cumplimiento general alcanzado por el Hospital 1° de Mayo, en la Norma ISO 9001:2015. Fuente: grupo de tesis.....	61
Tabla 12. Indicadores del proceso de emergencia del Hospital 1° de Mayo, enero a diciembre 2017. Fuente: Sub dirección de Salud ISSS.....	67
Tabla 13. Razones financieras de liquidez del Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis.....	67
Tabla 14. Procedimiento de comunicación efectiva con familiares de pacientes ingresadas en la labor de partos. Fuente: grupo de tesis.....	76

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Motivo de opiniones presentadas por las derechohabientes, sobre el Hospital 1° de Mayo en 2017. Fuente: grupo de tesis.....	29
Gráfico 2. Quejas de las derechohabientes clasificadas en procesos, personas, infraestructura y equipo/insumos. Fuente: grupo de tesis.....	31
Gráfico 3. Resultados de la encuesta SERVQUAL en el Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis.....	59
Gráfico 4. Cumplimiento alcanzado por el Hospital 1° de Mayo, en la Norma ISO 9001:2015. Fuente: grupo de tesis.....	62
Gráfico 5. Contestación en las llamadas realizadas con el nuevo procedimiento de comunicación a familiares de pacientes ingresadas en la labor de parto. Fuente: grupo de tesis.....	79

SIGLAS Y ABREVIATURAS

SIGLAS

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SGC: Sistema de Gestión de Calidad

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

ABREVIATURAS

Hospital 1° de Mayo: Hospital Materno Infantil Primero de Mayo

Rx: Rayos X

CAPÍTULO 1. EL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL Y SU HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO

Crear una propuesta de implementación de un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2015 para el proceso de atención de emergencia obstétrica del hospital materno infantil primero de mayo del ISSS, que permitan un servicio más eficiente, seguro, confiable y de calidad, que de una mayor satisfacción a la mujer embarazada atendida y demás derechohabientes, es el objetivo que persigue el presente trabajo de graduación. El primer paso para el logro de este objetivo es tener una visión clara del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, y específicamente de su Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, ya que es ahí donde se realizará un posterior diagnóstico y donde se aplicarán diversas herramientas para crear una propuesta que pueda ser de valor para la institución.

Este primer paso es el que se persigue en este capítulo, en donde se describirá al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, sus objetivos estratégicos y su Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, incluido un análisis de las principales quejas de los derechohabientes.

1.1 Sobre el Instituto Salvadoreño del Seguro Social

El 28 de septiembre de 1949 se decretó, en El Salvador, la primera Ley del Seguro Social (decreto 329). Luego, el 23 de diciembre del mismo año fue creado el Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Pero fue hasta el 14 de mayo de 1954 que se da inicio con los servicios médicos, y se atendía farmacia, laboratorio, enfermería, emergencia y consulta externa. Con los años y a medida que la demanda aumentaba, se fueron abriendo nuevos servicios a nivel nacional. Hoy en día, el ISSS cuenta con 11 hospitales, 15 unidades médicas con hospitalización, 20 unidades médicas sin hospitalización, 37 clínicas comunales, 288 clínicas empresariales, 6 centros de atención de día, 7 oficinas

administrativas y sucursales¹; cuenta además con casi 15,000 empleados y un presupuesto anual de más de 616 millones de dólares².

El instituto aprobó en 2013 un nuevo portafolio de servicios médicos, orientado a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el control de riesgos a la salud, la atención curativa y de rehabilitación, y los cuidados paliativos. Estos servicios son organizados según nivel de atención que presta el ISSS, y que son descritos en la Figura 1.

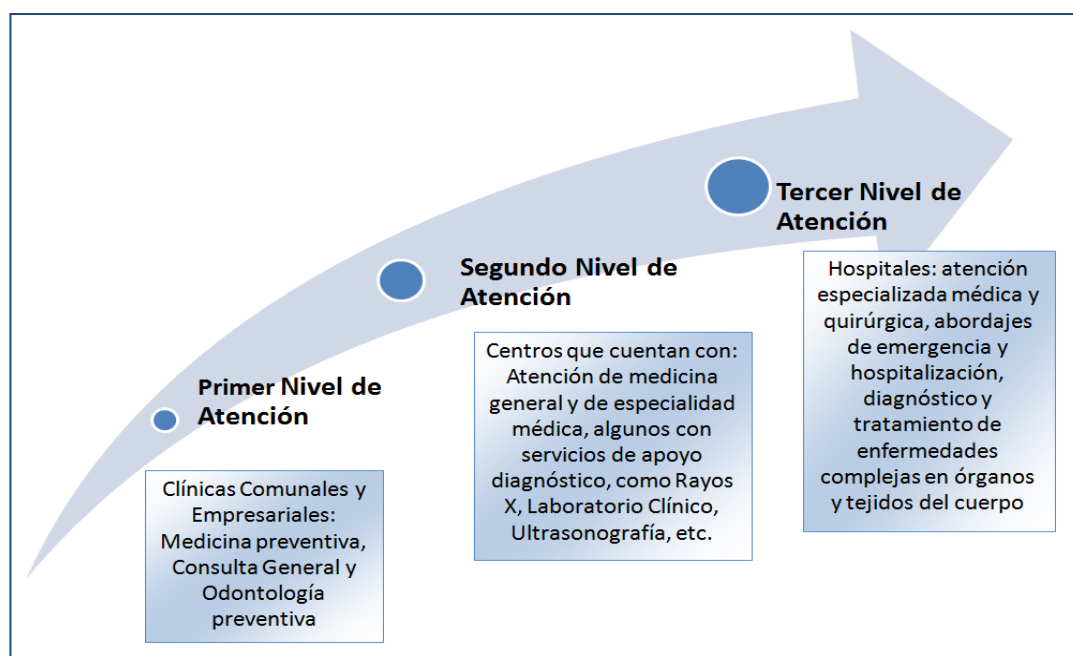


Figura 1. Portafolio de Servicios del ISSS según Nivel de Atención desde 2013. Fuente: grupo de tesis.

Según anuario estadístico presentado en mayo 2017, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social reporta 1,685,230 de derechohabientes a nivel nacional, lo que representa casi el 26% de la población total de El Salvador. De esta cantidad, los trabajadores cotizantes son 816,145, un 28% de la población económicamente activa. Además, las contribuciones

¹ Anuario estadístico del ISSS 2016

² Presupuesto de Ingresos Ejercicio Fiscal 2018, Régimen de Salud

hechas a la seguridad social por los trabajadores cotizantes y sus patronos, representa casi el 97% de los ingresos de la institución³.

Para contar con los servicios de salud e incapacidades con los que cuenta el ISSS, al trabajador cotizante se le realiza un descuento del 3% de su salario mensual nominal, y el empleador aporta el 7.5%. Desde el mes de agosto del 2015, y luego de 26 años, el consejo directivo del ISSS modificó el salario máximo cotizable, cuyo techo pasó de ser \$685.71 a \$1,000.00. Esta medida no modificaba los descuentos de los trabajadores activos que ganaban menos de \$685.71 y que representan el 83% de los cotizantes. Sin embargo, esta medida si fue percibida por el 17% restante, quienes vieron incrementos en sus descuentos, que oscilan entre los \$0.43 y \$9.43 mensuales⁴.

A partir de mayo de 2018, el ISSS inició con las inscripciones a trabajadores independientes, definidos por la institución como toda persona natural, comprendida entre los 18 y los 60 años de edad, cualquiera sea su sexo y estado familiar, que ejerza profesiones liberales o realice de forma habitual, personal y directa, una actividad económica, física o intelectual, sin depender de un patrono ni percibir salario. El trabajador independiente paga una cuota mensual de \$40.00 dólares, y si incluye a la familia la cuota sube a \$56.00. El ISSS ha proyectado incorporar cerca de un 5% de los trabajadores por cuenta propia para los próximos cinco años y que, junto con sus familiares, hacen una cifra aproximada de 48,212 personas⁵.

A los trabajadores cotizantes, que aumentan entre 1.5% y 2.5% al año⁶, se suma el aumento de la cobertura individual y familiar de los trabajadores independientes. Ante todo esto, el ISSS debe presentar propuestas de valor y calidad que mejoren el servicio y la

³ Presupuesto de Ingresos Ejercicio Fiscal 2018, Régimen de Salud

⁴ Modificación al salario máximo cotizable. ISSS 2015

⁵ www.iss.gov.sv, noticias ciudadano. Miércoles 02 de Mayo de 2018 15:44

⁶ Anuario estadístico del ISSS 2016

percepción del derechohabiente hacia la institución, y que además permitan atraer a un mayor número de cotizantes.

Actualmente las quejas de los derechohabientes sobre los servicios brindados por el instituto, se relacionan con los retrasos en tiempo de atención, retrasos en las respuestas de exámenes, el largo tiempo para agendar citas, la poca empatía del personal o malos tratos, entre otros.

1.2 Marco estratégico y estructura organizativa del ISSS

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 figura.

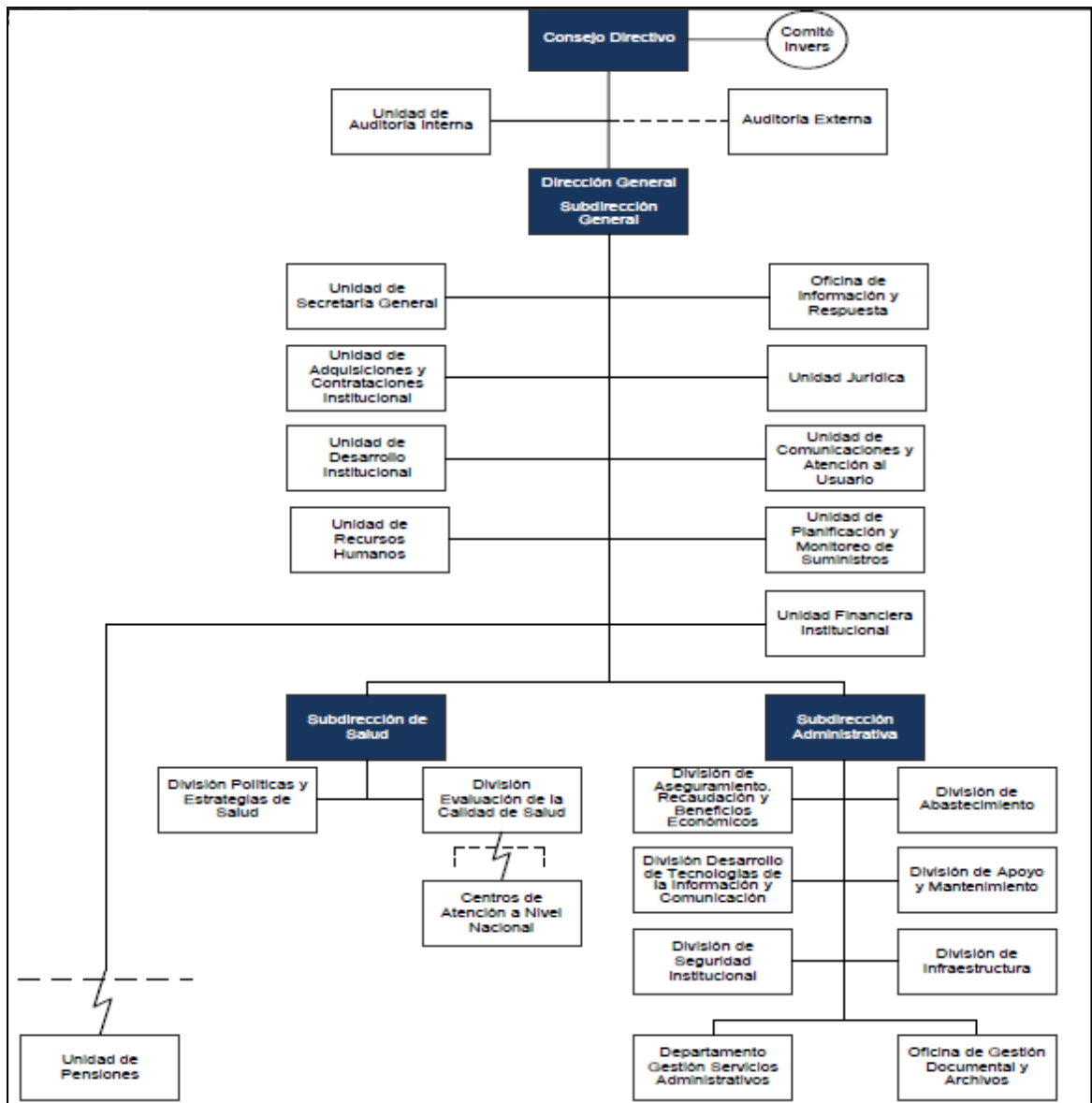


Figura 2. Organigrama General Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Fuente: ISSS, Departamento de Gestión de Calidad Institucional. Acuerdo de Consejo Directivo N° 1015-1797. DIC.

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

Uno de los proyectos del eje 1 es “Mejorar en el proceso de atención de emergencia”, del cual es responsable la Subdirección de Salud y la División de Evaluación de Calidad en Salud, por lo que la implantación de un sistema de gestión de calidad en el proceso de emergencia obstétrica del Hospital Materno Infantil Primero de Mayo, sumará a sus esfuerzos en el logro de este eje.

1.3 Hospital Materno Infantil Primero de Mayo

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 especialidades⁷, 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 metropolitano⁸. Estos partos pueden representar una emergencia debido a hemorragias severas, eclampsia, infecciones, partos obstruidos, complicaciones de aborto, entre otros.

Para el departamento de emergencias del hospital, el objetivo establecido es resolver en forma oportuna, eficiente, con calidad y calidez los problemas de salud que el derechohabiente demande cuando éstos constituyan una emergencia y si amerita determinar tratamiento hospitalario ambulatorio⁹. Las funciones de este departamento son descritas además, en la siguiente tabla:

Tabla 1. Funciones del departamento de emergencia del Hospital 1° de Mayo. Fuente: Manual de organización y funciones 2017 del Hospital 1° de Mayo.

Funciones del departamento de Emergencia Hospital Materno Infantil Primero de Mayo	
1	Brindar atención oportuna y de calidad a los derechohabientes que presenten cuadros clínicos de emergencia.
2	Planear, controlar, evaluar y redistribuir los recursos humanos del departamento y de las áreas que le correspondan, en beneficio de mejorar su funcionamiento para la atención integral del paciente.
3	Programar reuniones para darle seguimiento a las diversas acciones requeridas; a fin de cumplir con las metas programadas y los indicadores establecidos para su área.
4	Organizar y dirigir las actividades del Departamento, controlar y evaluar la calidad de atención técnica del Servicio bajo su cargo, favoreciendo con esto la atención integral del derechohabiente.

⁷ Manual de organización y funciones. Hospital Materno Infantil Primero de Mayo. 2017

⁸ Anuario Estadístico del ISSS 2016

⁹ Manual de organización y funciones. Hospital Materno Infantil Primero de Mayo. 2017

Funciones del departamento de Emergencia Hospital Materno Infantil Primero de Mayo	
5	Registrar a los pacientes que soliciten atención de emergencia verificando el DUI para efectos de control.
6	Coordinar con el servicio de hospitalización cuando el paciente amerite ser ingresado.
7	Brindar a los pacientes tratamiento ambulatorio cuando por su cuadro clínico no amerite ser hospitalizados.
8	Hacer uso eficiente de los materiales, medicamentos y equipo de trabajo.
9	Contar con el resumen clínico del paciente al momento de su egreso, que contenga los datos básicos mínimos de acuerdo a la normativa del expediente clínico.
10	Brindar atención medica priorizando la gravedad de los pacientes y orden de llegada.
11	Respetar y aplicar la normativa vigente en cuanto al establecimiento de derecho de los pacientes.
12	Desarrollar programas de capacitación permanente a todo el personal asistencial y administrativo, en coordinación con el plan docente hospitalario e institucional y de acuerdo a perfil epidemiológico y plan institucional.

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.

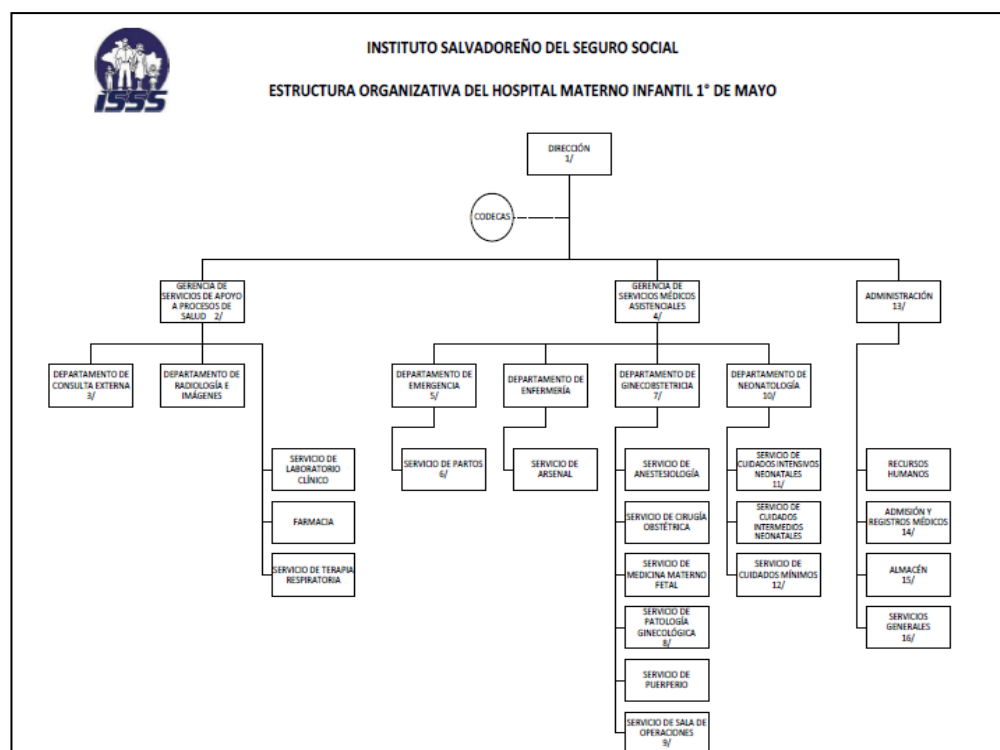


Figura 3. Estructura Organizativa del Hospital 1° de Mayo. Fuente: Manual de organización y funciones. Hospital Materno Infantil Primero de Mayo. 2017

Según datos proporcionados por la División de Calidad en Salud del instituto, se conoce sobre el Hospital Materno Infantil Primero de Mayo, datos referentes al Recurso Humano del centro, su portafolio de servicios y sus indicadores de enero a junio de 2017, son presentados en las tablas 2, 3 y 4.

Tabla 2. Recurso Humano 2017 del Hospital Materno Infantil Primero de Mayo. Fuente: División de Calidad en Salud, ISSS.

PRINCIPALES RECURSOS HUMANOS DEL CENTRO 2017										
HORAS MÉDICO	PLAZAS ENFERMERÍA	PLAZAS FARMACIA	ARCHIVO	TERAPIA RESPIRATORIA	ANESTESISTA	TRABAJO SOCIAL	LABORATORIO CLÍNICO	RAYOS X	PLAZAS ADMINISTRATIVAS	ODONTOLOGÍA
-62 hrs Jefe de Depto y clínico -648 horas especialista -1 hora coordinador médico -3 horas Coordinador de odontología -714 horas médico	292 plazas de enfermería	1 jefe 14 técnicos	1 Jefa 16 plazas	1 coordinador 20 técnicos de TR 1 Terapia Física	1 coordinador 22 técnicos	1 jefe 4 trabajadores sociales	8 Jefes 25 técnicos	15 técnicos 1 de control de calidad	-45 secretarias -5 colaborador administrativos -6 digitadores -3 encargados de bodega -129 auxiliares de servicio -6 auxiliares de estantería -14 auxiliares de ropería	-40 horas asistente -16 horas higienista -12 horas odontólogo general -56 horas odontólogo especialista

El Hospital cuenta con Recurso Humano capacitado para resolver y proveer las atenciones ofrecidas en su portafolio de servicio. Además del personal médico y de enfermería, las atenciones son fortalecidas con servicios de apoyo, como farmacia, archivo, terapia respiratoria, laboratorio clínico, rayos x, odontología y terapia respiratoria, así como el apoyo administrativo. La mayor dificultad expresada por la gerencia del centro radica en la insuficiencia del espacio físico, para las demandas actuales del hospital.

Tabla 3. Indicadores del Hospital Materno Infantil Primero de Mayo. Enero-Junio 2017. Fuente: División de Calidad en Salud, ISSS.

INDICADORES ENERO A JUNIO 2017									
CONSULTAS/HORA MÉDICO CONSULTA EXTERNA	CONSULTAS/HORA A MÉDICO CONSULTA EMERGENCIA	FECHA DE PROXIMA CITA CONSULTA Primero VEZ EN DÍAS	FECHA DE PROXIMA CITA CONSULTA SUB SECUENTE EN DÍAS	% DE OCUPACIÓN	PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	CANTIDAD DE CIRUGIAS MAYORES REALIZADAS	CANTIDAD DE CIRUGIAS SUSPENDIDAS	% CIRUGIAS SUSPENDIDAS DE LAS REALIZADAS	% DE RENDIMIENTO DE QUIROFANOS
3.7	1.5	32	47	65%	3.2	3539	187	5.28%	80%

El ISSS ha definido distintos indicadores relacionados a la cantidad de pacientes que un médico debe ver por hora, para especialistas de ginecología, es de 3 pacientes por hora en la consulta externa, pero pacientes que llegan a emergencia aun no ha sido definido un indicador debido a las distintas complejidades que pueden presentarse.

Una de las mayores quejas de los derechohabientes es el tiempo que deben esperar para recibir su primera cita o las consultas subsecuentes, en el Hospital 1° de mayo, según sus indicadores, un paciente puede esperar hasta 32 días para recibir su consulta por primera vez, y 47 días si es una cita subsecuente.

El hospital ha utilizado un 65% de su capacidad hospitalaria (uso de camas), tanto para mujeres como para recién nacidos, y el promedio de estancia hospitalaria ronda los 3.2 días. Se han realizado 3,539 cirugías mayores: cesáreas, histerectomías (extirpación del útero), anexectomías (extirpación de trompas de Falopio y ovarios), quistectomías (extirpación de quistes), entre otras; pero también se han suspendido 187 cirugías debido a múltiples factores: ausencia de médicos, prolongación de cirugías, falta de equipo, ausencia de pacientes, etc.

Tabla 4. Portafolio de Servicios del Hospital Materno Infantil Primero de Mayo. Fuente: División de Calidad en Salud, ISSS.

PORTAFOLIO DE SERVICIOS DEL CENTRO											
CONSULTA EXTERNA/HORARIO DE ATENCIÓN	ESPECIALIDADES DEL CENTRO	EMERGENCIA ADULTOS/HORARIO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	N° SALAS DE OPERACIONES /HORARIO DE FUNCIONAMIENTO	ESPECIALIDADES QUE OPERAN	SERVICIO DE ODONTOLOGÍA/ESPECIALIDADES	LABORATORIO CLÍNICO	RAYOS X (TIPO DE SERVICIOS), FLUOROSCOPIA, MAMOGRAFÍA, TAC, RM	USG/ TIPO	LAPAROSCOPIA
7 am-3 pm	Ginecología Obstetricia Perinatología Uro ginecología Infertilidad Nutriología Mastología Medicina Interna Neumología Psiquiatría Infectología	24 horas	190 camas (60 de Medicina materno fetal, 44 de Puerperio ² , 27 de cirugía 2, 44 de cirugía 1, 15 patología ginecológica)	142 cunas NEONATALES	3 emergencia 2 laparoscopia 3 electivos 1 de cirugía Maxilo facial	Ginecología, Ginecología oncológica	odontología general, periodoncia, endodoncia, cirugía Maxilo facial	SI	Rayos x simple, fluoroscopio, mamografía	ginecológica, neonatal y radiología	SI

El ISSS llama “portafolio de servicios” a la oferta que ofrece según el grado de complejidad de sus centros de atención. El Hospital 1° de mayo es un hospital de tercer nivel, por lo que ofrece: consulta externa para distintas especialidades, emergencia las 24 horas, hospitalización de adultos y pediátrica, cirugías, odontología, laboratorio clínico, rayos X, ultrasonografía y laparoscopia, tal y como se observa en la tabla 4.

El proceso de emergencia está íntimamente ligado a otros procesos importantes como: neonatología, cirugías, hospitalización y consulta externa¹⁰, por lo que se requiere de un proceso eficiente que fortalezca los procesos ligados, pero que también brinde una mayor satisfacción y seguridad de la mujer embarazada.

El departamento de Atención al Usuario del ISSS, en su informe de opiniones presentadas de enero a diciembre de 2017, sobre el Hospital Materno Infantil Primero de Mayo, establece que se recibieron 38 opiniones clasificadas entre: reclamos, sugerencia/comentarios y quejas, distribuidas como se aprecia en la tabla 5.

Tabla 5. Opiniones de las derechohabientes sobre el Hospital 1° de Mayo, presentadas en 2017 a Atención al Usuario. Fuente: Departamento de atención al usuario, ISSS.

Clasificación por tipo de Opinión	CANTIDAD
RECLAMO	23
QUEJA	12
PETICIONES	2
SUGERENCIA/COMENTARIO	1
Total	38

Estas opiniones fueron recibidas por diferentes canales: centro de llamadas, redes sociales, departamento de atención al usuario, sitio Web y la Oficina de Información y Respuesta (OIR) del seguro social. Y fueron clasificadas también por áreas de atención, tal y como lo muestra la tabla 6.

Tabla 6. Opiniones presentadas por las derechohabientes en 2017, sobre el Hospital 1° de Mayo, según área de atención. Fuente: Departamento de atención al usuario, ISSS.

Clasificación por Área de Atención	CANTIDAD
RADIOLOGÍA E IMAGEN	13
GINECOLOGIA	6
RECEPCIÓN / ARCHIVO	5

¹⁰ Portafolio de servicios de salud del ISSS 2018

Clasificación por Área de Atención	CANTIDAD
EMERGENCIA	2
HOSPITALIZACIÓN	2
ODONTOLOGIA	2
MÉDICOS / CONSULTA EXTERNA	2
PUERPERIO	2
TRABAJO SOCIAL	1
LABORATORIO CLÍNICO	1
FARMACIA	1
ENFERMERIA	1
Total	38

Según el departamento de Atención al Usuario los reclamos y quejas más significativos provienen del área de emergencias. Además, como se observa en el gráfico 1, el departamento de Atención al Usuario ha clasificado también las opiniones de los usuarios basados en el motivo de las opiniones.

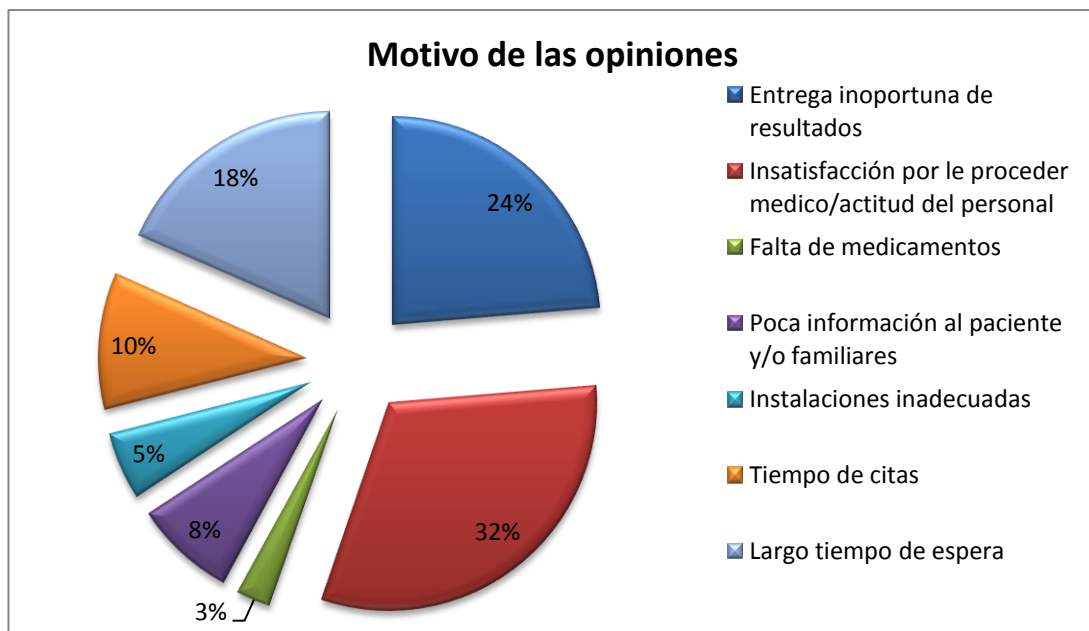


Gráfico 1. Motivo de opiniones presentadas por las derechohabientes, sobre el Hospital 1° de Mayo en 2017.
Fuente: grupo de tesis.

Se observa en el gráfico que el mayor número de quejas y reclamos viene dado por la insatisfacción en el proceder médico y la actitud del personal, seguido por la entrega inoportuna de resultados y los largos tiempo de espera, tanto del proceso en el centro, como el tiempo para agendar citas subsecuentes.

Para cada uno de los casos se sigue un procedimiento establecido por atención al usuario, en el cual las distintas opiniones, quejas, reclamos, etc., son clasificados para ser referidos a la instancia pertinente de la institución: la dirección de los centros, el departamento de monitoreo, el departamento de calidad, la subdirección de salud, entre otros, quienes dan seguimiento a los casos y buscan solución a los mismos.

Actualmente, y aunque se resuelven un 90% de los casos, no se trabaja en función de resolver las causas raíces que ocasionan las dificultades, solo se resuelve de manera puntual a los pacientes que se quejan, y no se hace nada con el resto de pacientes que pasan por las mismas dificultades y no se quejan.

Realizando una reclasificación de la base de datos de opiniones, y catalogando las quejas en procesos, personas, infraestructura, equipo e insumos y factores externos, tal y como se observa en el gráfico 2. Se aprecia que:

- ✓ 61% de las quejas están ligadas al funcionamiento actual de los procesos del hospital: resultados tardíos de radiología e imágenes, poca o nula información a los familiares, largo tiempo para la oportunidad de cita, procedimientos inoportunos, pérdida de expedientes.
- ✓ 19% de las quejas están ligadas a la infraestructura: falta de asientos, espacios inadecuados para embarazadas, baños en mal estado.
- ✓ 14% de las quejas están ligadas a su personal y los malos tratos.
- ✓ 6% de las quejas están ligadas al equipo o insumos utilizados: falta de canastillas maternas para recién nacidos.

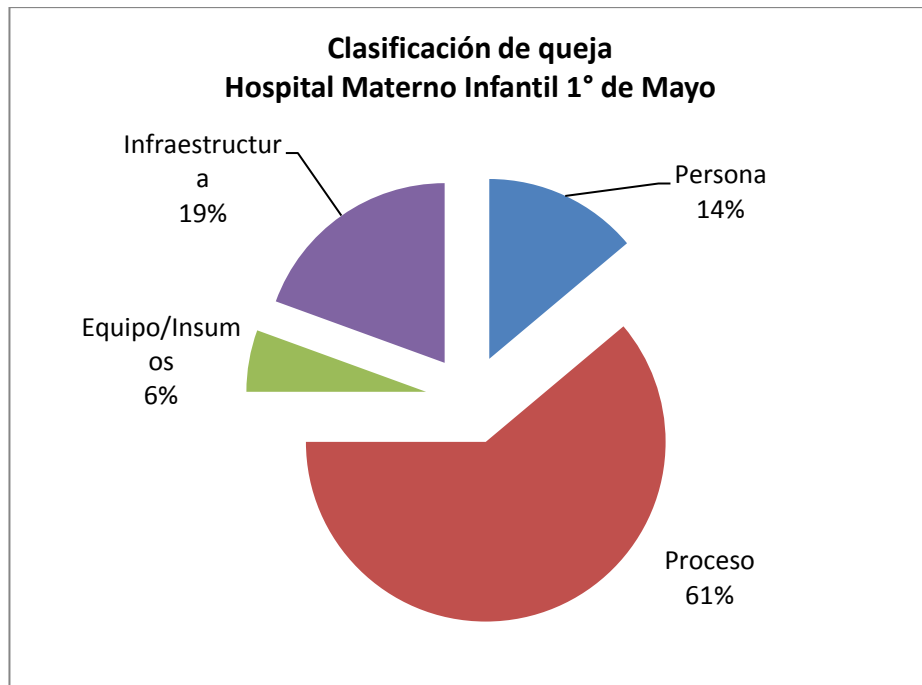


Gráfico 2. Quejas de las derechohabientes clasificadas en procesos, personas, infraestructura y equipo/insumos. Fuente: grupo de tesis.

Para el ISSS es trascendental el diseño de un Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001 en la atención de las emergencias obstétricas, que permita asegurar los procesos, que como vemos en la gráfica 2, son el mayor motivo de las quejas; pero que además permita mejorar la eficacia, disminuir el impacto de los riesgos en la atención y aumentar la satisfacción de sus derechohabientes en un momento crucial como el parto, en el cual la vida y condiciones futuras de madre e hijo dependen del buen funcionamiento del proceso.

Para ello, es importante de la comprensión y el cumplimiento de requerimientos, la necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor, la obtención de resultados del desempeño y eficacia del proceso, y la mejora continua de los procesos con base a mediciones objetivas, por ello es trascendental el diseño de un Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001, que permita una mejora continua de manera permanente y sostenida, mediante el enfoque hacia los derechohabientes y atendiendo, al mismo tiempo, las necesidades de todas las partes interesadas.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

La Organización Internacional de Estandarización, ISO por sus siglas en inglés, es una federación mundial de organismos nacionales de normalización, que atrae a expertos de diferentes partes del mundo para desarrollar estándares internacionales. Uno de los muchos estándares creados es ISO 9001, que establece los requisitos para un Sistema de Gestión de la Calidad, y busca ayudar a las organizaciones a ser más eficientes y mejorar la satisfacción del cliente.

Tradicionalmente, en el ámbito de salud, la calidad se ha dirigido a extender la red de servicios, aumentar el personal médico y la oferta de servicios, mejorar la infraestructura y ampliar la cobertura, que si bien son elementos importantes, no aseguran la mejora en la eficiencia, el aseguramiento de los procesos y la satisfacción de los derechohabientes; el presente capítulo establecerá las dimensiones de la calidad y como se relacionan en el ámbito de salud, y los requisitos establecidos por la norma ISO 9001, en su versión más reciente del año 2015, que serán necesarios para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en la Emergencia Obstétrica del Hospital Materno Infantil Primero de Mayo.

2.1 Conceptos fundamentales de calidad y sistema de gestión de calidad

La Norma ISO 9000:2015, la cual define los fundamentos y vocabularios de un Sistema de Gestión de Calidad, y la cual es norma referente de la ISO 9001:2015, establece los siguientes conceptos:

- **Calidad:** de los productos y servicios de una organización está determinada por la capacidad de satisfacer a los clientes, y por el impacto previsto y el no previsto

sobre las partes interesadas pertinentes. Incluye no solo su función y desempeño previstos, sino también su valor percibido y el beneficio para el cliente. Una organización orientada a la calidad promueve una cultura que da como resultado comportamientos, actitudes, actividades y procesos para proporcionar valor mediante el cumplimiento de las necesidades y expectativas de los clientes y otras partes interesadas pertinentes.

- **Sistema de Gestión de Calidad:** comprende actividades mediante las que la organización identifica sus objetivos y determina los procesos y recursos requeridos para lograr los resultados deseados. Un SGC gestiona los procesos que interactúan y los recursos que se requieren para proporcionar valor y lograr los resultados para las partes interesadas pertinentes. Un SGC posibilita a la alta dirección optimizar el uso de los recursos considerando las consecuencias de sus decisiones a largo y corto plazo. Un SGC proporciona los medios para identificar las acciones para abordar las consecuencias previstas y no previstas en la provisión de productos y servicios.

Basado en estos conceptos, para brindar un servicio de Calidad, la emergencia obstétrica del Hospital Materno Infantil Primero de Mayo deberá, además de promover una nueva cultura, satisfacer las necesidades y expectativas de sus derechohabientes, prever el impacto y aumentar el valor percibido. Para ello, un Sistema de Gestión de Calidad permitirá que se adopte un enfoque basado en procesos, lo que desarrollará la eficacia para aumentar la satisfacción de los derechohabientes mediante el cumplimiento de sus requisitos.

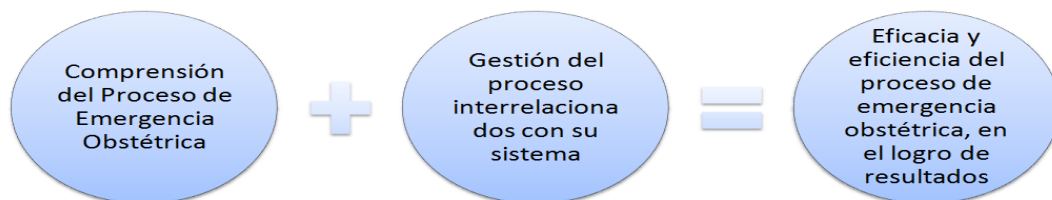


Figura 4. Requisitos para brindar un servicio de calidad en el proceso de Emergencia Obstétrica del Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis.

El enfoque a procesos requerirá definir y gestionar sistemáticamente los procesos de la emergencia obstétrica del Hospital 1° de Mayo, así como sus interacciones, para alcanzar los resultados previstos según la dirección estratégica del ISSS. El sistema en su conjunto se alcanzará utilizando:

- El ciclo de Deming: PHVA (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar)
- Pensamiento basado en riesgos
- Aprovechar oportunidades y prevenir resultados no deseados

2.1.1 Evolución de la calidad: de la inspección a la calidad total

A principios del siglo XX aparece la fabricación en serie y las cadenas de montaje. Esta nueva forma de fabricación impide que el propio trabajador pueda comprobar la calidad del producto, por esta razón aparece hacia el año 1910 la figura del Inspector, y la Inspección de Calidad sobre el 100% de la producción. Hasta que el volumen de fabricación es tan elevado que supone un problema la verificación de todos los productos de salida.

Posteriormente, en la década de 1950 aparece el muestreo estadístico y el Control de Calidad, con el que se pretendía reducir las inspecciones al total de los productos, ya que consistía en examinar, ensayar, comprobar, dar seguimiento y medida, analizar resultados y comparar los mismos según las exigencias que se establecían para cada producto.

Para 1970 aparece el Aseguramiento de la Calidad, con el fin de garantizar ante terceros la calidad de los productos. En esta etapa se contaba con actuaciones planificadas y sistemáticas, que garantizaran confianza en el producto o servicio, y que dieran satisfacción a las exigencias establecidas en cuanto a calidad. Se establecen auditorías internas y externas, las cuales demuestran que se realizan efectivamente las acciones planificadas.

En 1990 se empieza a hablar de la Gestión de la Calidad Total, donde se traslada la preocupación por la calidad como objetivo de la gestión de la empresa. Hacer las cosas bien desde la primera vez.

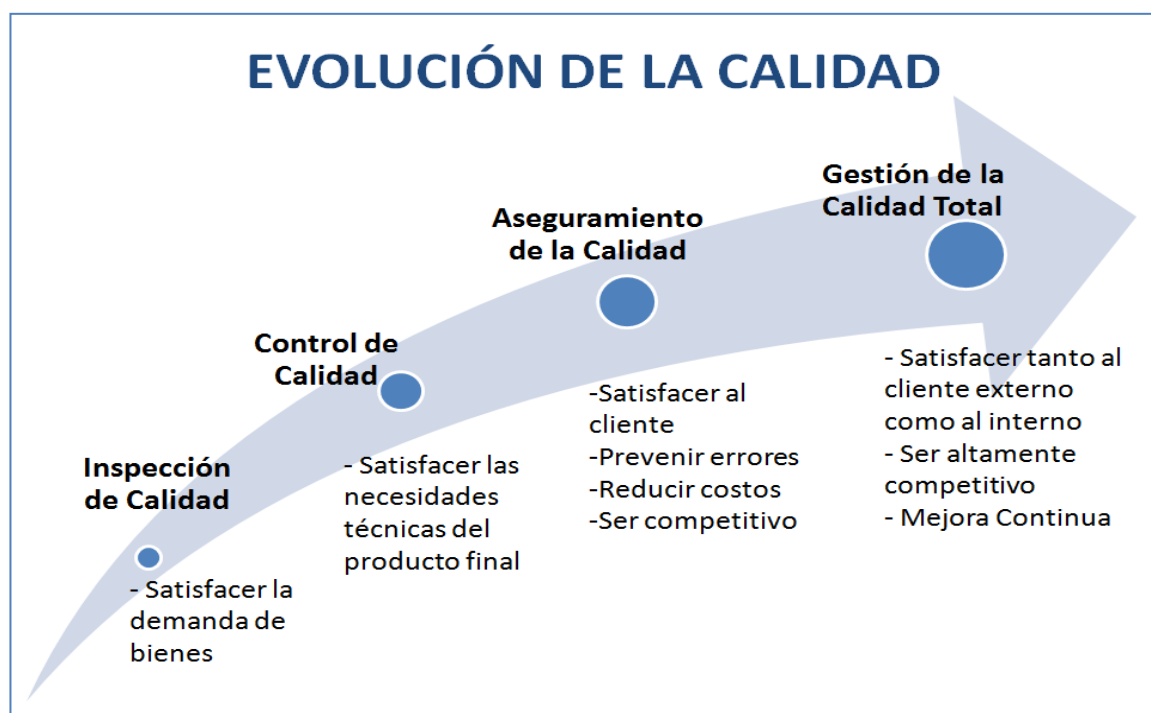


Figura 5. Evolución de la Calidad. Fuente: grupo de tesis.

La Calidad también ha sido un asunto prioritario en salud. En la iniciativa sobre las funciones esenciales de la salud pública, desarrolladas por la OPS (Organización Panamericana de la Salud), dichas funciones comprenden un conjunto de medidas que el estado tiene el deber de garantizar a toda la población como base para mejorar la práctica de la salud pública y fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria en todos los niveles gubernamentales¹¹.

¹¹ Ross, Zeballos e Infante, 2000, p93-94

2.1.2 Origen de la mejora continua. El ciclo PHVA

El ciclo PHVA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar), permite a una organización asegurarse de que sus procesos cuenten con recursos y se gestionen adecuadamente, y que las oportunidades de mejora se determinen y se actúe en consecuencia.¹²

Basado en los pensamientos de Walter Shewhart, y dado a conocer por Edwards Deming en la década de los 50, el ciclo PHVA es una de las principales herramientas utilizadas por la mejora continua y los sistemas de gestión de la calidad.

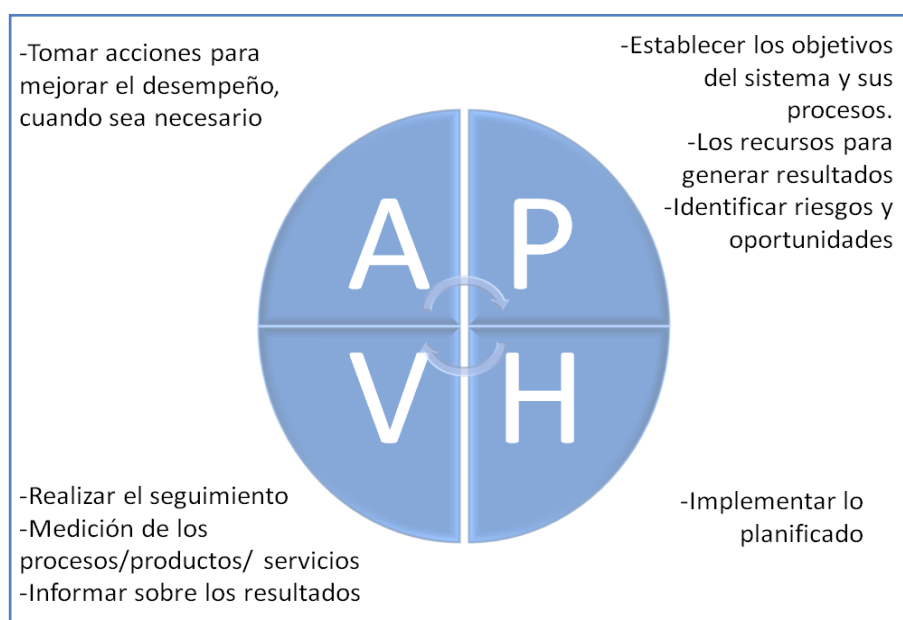


Figura 6. Ciclo PHVA. Fuente: grupo de tesis.

El ciclo PHVA consiste en la aplicación del método científico a la solución de problemas de cualquier tipo, y por tanto es posible adaptarlo a diferentes escenarios. Por ello, es aplicable al área de servicios de salud.

Actualmente, el Hospital Materno Infantil 1° de Mayo realiza su Planificación, pero esta no se realiza con un enfoque a sus procesos y sus interacciones, ni en función de una política

¹² ISO 9001:2015, p9

de Calidad, ya que no cuentan con ella. El Hospital brinda sus servicios 24 horas, los 365 días del año, y es en ese día a día que realiza e implementa lo planificado, y lo establecido por su portafolio de servicios. Y si bien se realiza el seguimiento de las acciones, algunas mediciones y se informa sobre los resultados, se tiene una deficiencia en la toma de acciones para mejorar el desempeño, debido a una planificación sin enfoque a los procesos, lo que disminuye la eficiencia y eficacia del Hospital y el cumplimiento de los requisitos de sus derechohabientes.

El ciclo PHVA puede aplicarse a todos los procesos y al sistema de gestión de la calidad. Tal y como se muestra en la siguiente figura, en donde se relaciona el ciclo con las diferentes partes de la norma ISO 9001:2015.

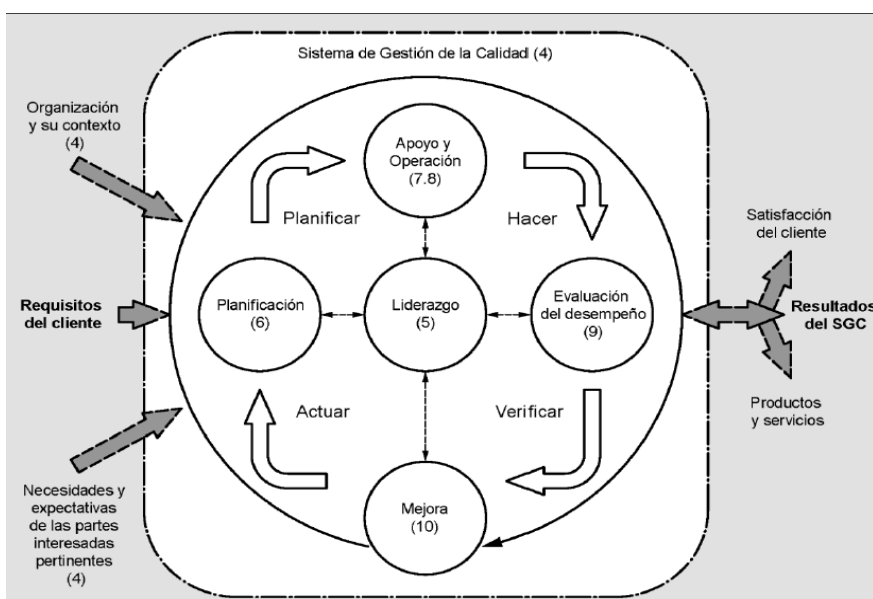


Figura 7. Representación de la estructura de la Norma ISO 9001:2015 con el ciclo PHVA. Fuente: ISO 9001:2015, p12.

2.1.3 Pensamiento basado en el riesgo

Si el objetivo es implantar un sistema de gestión de la calidad eficaz, es esencial planificar e implementar acciones para abordar los riesgos y las oportunidades, ya que esto establecerá la base para aumentar la eficacia del sistema de gestión de la calidad, alcanzar mejores resultados y prevenir los efectos negativos.

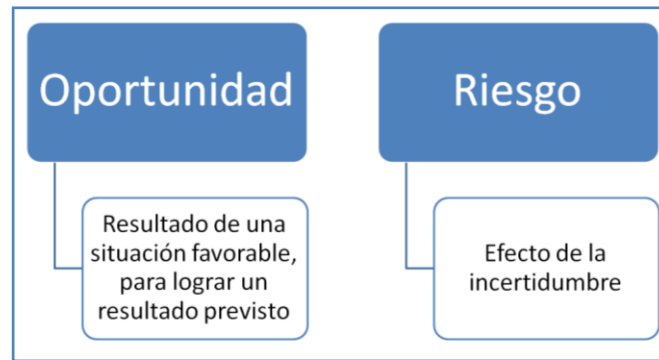


Figura 8. Diferencia entre oportunidad y riesgo. Fuente: grupo de tesis.

La Organización Panamericana de la Salud establece que el análisis de las amenazas, las vulnerabilidades y el nivel de riesgo de emergencias y desastres que afectan la salud de la población es incumbencia de las instituciones del sector, pero también de otras instituciones que forman parte del sistema nacional de gestión de riesgos y de disciplinas que se encuentran en otros sectores como el de ingeniería civil, la sismología, el medioambiente, la sociología, la planificación urbana y otros.

El Plan Decenal de Salud Pública de Colombia, concibe el riesgo de salud como “la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse”.

El ISSS por su parte, ofrece cobertura médica y previsional para el derechohabiente y su grupo familiar. Y aunque no posee una definición del riesgo de salud como la presentada en Colombia, si establece que los riesgos cubiertos por su Régimen de Salud son: Seguro de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales. Y que al ser una entidad de derecho público que responde a los fines de la seguridad social, cubre los riesgos profesionales y comunes a los que están expuestos los trabajadores:

- **Riesgo común:** Se entenderá por Riesgo Común (enfermedad o accidente) todos aquellos acontecimientos que afecten la salud del asegurado por causas distintas del desempeño de sus labores.

- **Riesgo profesional:** Se entenderá por Riesgo Profesional (enfermedad o accidente) todos aquellos acontecimientos que afecten la salud del asegurado a causa del desempeño de sus labores o con ocasión de las mismas.
- **Accidente:** Se entenderá por Accidente todos aquellos acontecimientos repentinos que afecten la salud del asegurado sea este profesional o común.¹³

2.2 Modelo de calidad en El Salvador

La guía para la postulación 2018 al Premio Salvadoreño a la Calidad establece el Modelo para una Gestión de Excelencia, que identifica las brechas entre el desempeño actual de una organización y las mejores prácticas reconocidas internacionalmente como excelentes; el Modelo está diseñado para ayudar a las organizaciones a llevar a cabo procesos de autoevaluación, postular al premio y para retroalimentar a las organizaciones postulantes, contribuyendo a fortalecer la competitividad y brindando un enfoque integrado de gestión, que garantice la entrega de valor a los clientes y partes interesadas, contribuyendo a la sustentabilidad organizacional, la mejora de la efectividad y la capacidad global de la organización, así como el aprendizaje personal y organizacional.

El Modelo está estructurado con base a siete criterios:

1. Liderazgo
2. Planeamiento Estratégico
3. Orientación hacia el Ciudadano/Cliente
4. Medición, Análisis y Gestión del Conocimiento,
5. Orientación hacia el Personal,
6. Gestión de Procesos y
7. Resultados.

¹³ www.iss.gov.sv Portafolio de servicios de salud, preguntas frecuentes.

Estos criterios pueden ser representados gráficamente en el Marco General de Excelencia en la Gestión, presentado por el premio nacional de calidad.



Figura 9. Marco General de Excelencia en la Gestión: Una perspectiva de Sistema. Fuente: ES Calidad¹⁴

El Modelo para una Gestión de Excelencia de El Salvador, basa su estructura en el Premio Nacional a la Calidad Malcolm Baldrige de los Estados Unidos de América¹⁵ y ha incorporado información y experiencia de los Premios Nacionales a la Calidad de Iberoamérica, siendo producto de los avances de las mejores prácticas de gestión desarrolladas en el mundo.

¹⁴ Oficina administradora del Premio Salvadoreño de Calidad

¹⁵ Un premio establecido por el Congreso de los Estados Unidos en 1987 para crear conciencia sobre la gestión de la calidad y reconocer a las empresas de EE.UU. Que han implementado sistemas de gestión de calidad exitosos.

2.3 Norma ISO 9001:2015

Un Sistema de Gestión de Calidad es dinámico, evoluciona, pero puede ayudar a mejorar el desempeño global y proporcionar la base para iniciativas de desarrollo sostenible. Para desarrollar un sistema formal en el Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, que brinde un marco de referencia que les permita planificar, ejecutar, dar seguimiento y mejorar el desempeño de las actividades de gestión de calidad, será necesario el apoyo de la norma ISO 9001:2015, donde se brindan los requisitos para un Sistema de Gestión de Calidad.

Planificar un SGC es un proceso continuo, que cambiará a medida que el Hospital aprenda y/o sus circunstancias cambien. La implementación de este plan y del sistema, debe tener un seguimiento y una evaluación regular, por lo cual se necesitaran indicadores que faciliten esto.

2.3.1 Principios de la gestión de calidad

La Norma ISO 9001:2015 se basa en los principios de la gestión de calidad, los cuales son 7 según la norma ISO 9000, como se aprecia en la Figura 10.



Figura 10. Principios de la Gestión de Calidad. Fuente: grupo de tesis.

Estos principios nos definen la necesidad de:

- ✓ Un enfoque que busque cumplir con los requisitos del cliente y exceder sus expectativas,
- ✓ Líderes en todos los niveles que creen condiciones para que las personas se impliquen en el logro de los objetivos de calidad de la organización,
- ✓ Personas competentes, empoderadas y comprometidas que aumenten la capacidad de la organización para generar y dar valor,
- ✓ Entender y gestionar las actividades como procesos interrelacionados que funcionan como un sistema, para alcanzar resultados coherentes y previsibles,
- ✓ Tener un enfoque continuo hacia la mejora,
- ✓ Basar las decisiones en el análisis y evaluación de datos e información, para tener mayor probabilidad de producir los resultados deseados,
- ✓ Gestionar las relaciones con las partes interesadas pertinentes, para el éxito sostenido.

Se observa que estos principios, los presentados en la norma ISO 9001 y los presentados por el Modelo Salvadoreño de Calidad, tienen similitudes, ya que el modelo salvadoreño busca llevar a la realidad salvadoreña lo establecido en distintas normas y modelos internacionales, incluida la norma ISO 9001.

Tabla 7. Similitudes de los principios del Modelo Salvadoreño y los de Gestión de la Calidad de la Norma ISO 9001:2015. Fuente: grupo de tesis

Principios de Gestión de la Calidad Vrs. Principios Modelo Salvadoreño	
ISO 9001:2015	Modelo Salvadoreño de Calidad
Liderazgo	1. Liderazgo
Gestión de las relaciones	2. Planeamiento Estratégico
Enfoque al cliente	3. Orientación hacia el Ciudadano/Cliente
Toma de decisiones basada en evidencia	4. Medición, Análisis y Gestión del conocimiento
Compromiso de las personas	5. Orientación hacia el personal
Enfoque a procesos	6. Gestión de Procesos
Mejora	7. Resultados

2.3.2 Estructura de la norma ISO 9001:2015

La norma establece requisitos genéricos para que un Sistema de Gestión de Calidad pueda ser implantado en cualquier tipo de organización. Estos requisitos se agrupan en 7 grandes bloques: Contexto de la organización, liderazgo, planificación, apoyo, operación, evaluación del desempeño y mejora. Cada uno de estos bloques posee apartados específicos, los cuales se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 8. Estructura de la Norma ISO 9001:2015. Fuente: grupo de tesis.

Estructura de la Norma ISO 9001:2015		
Contexto de la Organización	Comprensión de la Organización y su contexto	
	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	
	Determinación del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad	
	Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos	
Liderazgo	Liderazgo y compromiso	Generalidades
		Enfoque al cliente
	Política	Establecimiento de la Política de la Calidad
		Comunicación de la Política de la Calidad
Roles, responsabilidades y autoridades en la organización		
Planificación	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	
	Objetivos de la Calidad y Planificación para lograrlos	
	Planificación de los cambios	
Apoyo	Recursos	Generalidades
		Personas
		Infraestructura
		Ambiente para la operación de procesos
		Recursos de seguimiento y medición
	Conocimientos de la organización	
	Competencia	
	Toma de Conciencia	
	Comunicación	
	Información documentada	Generalidades
Creación y actualización		
Control de la información documentada		
Operación	Planificación y Control Operacional	
	Requisitos para los productos y servicios	Comunicación con el cliente
		Determinación de los requisitos para los productos y servicios
		Revisión de los requisitos para los productos y servicios
		Cambios en los requisitos para los productos y servicios

Estructura de la Norma ISO 9001:2015		
	Diseño y desarrollo de los productos y servicios	Generalidades
		Planificación del diseño y desarrollo
		Entradas para el diseño y desarrollo
		Controles del diseño y desarrollo
		Salidas del diseño y desarrollo
		Cambios del diseño y desarrollo
	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente	Generalidades
		Tipo y Alcance del Control
		Información para los proveedores externos
	Producción y provisión del servicio	Control de la producción y de la provisión del servicio
		Identificación y trazabilidad
		Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos
		Preservación
		Actividades posteriores a la entrega
		Control de los cambios
Liberación de los productos y servicios		
Control de las salidas no conformes		
Evaluación del desempeño	Seguimiento, medición, análisis y evaluación	Generalidades
		Satisfacción del cliente
		Análisis y evaluación
	Auditoría interna	
	Revisión por la dirección	Generalidades
Entradas de la revisión por la dirección		
Salidas de la revisión por la dirección		
Mejora	Generalidades	
	No conformidad y acción correctiva	
	Mejora continua	

La norma utiliza ciertas formas verbales: “debe” para indicar que es un requisito, “debería” para indicar una recomendación y “puede” para indicar un permiso, una posibilidad. Los diferentes “debe” encontrados en la norma y la estructura presentada, son los que permitirán hacer en el siguiente capítulo un diagnóstico del Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, en cuanto a los requerimientos de un SGC que ya realizan y aquellos que no.

CAPÍTULO 3. DIAGNÓSTICO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRIMERO DE MAYO

Para generar el plan de implementación de un SGC en el proceso de emergencia obstétrica del Hospital 1° de Mayo, que sea de valor y utilidad para el centro, es necesario realizar primero un diagnóstico de su situación actual, que permita partir de una realidad concreta y específica del Hospital, en cuanto a: la percepción de sus derechohabientes, los requisitos actuales que cumple y no cumple de la norma ISO 9001:2015, el diagnóstico de sus procesos y el financiero, así como sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas.

Este diagnóstico, realizado desde cinco perspectivas distintas, es el que persigue este capítulo, el cual es dividido en dos partes: la primera, dedicada a la descripción metodológica de las herramientas utilizadas para el diagnóstico, y la segunda, dirigida a mostrar los resultados del diagnóstico.

3.1 Metodología utilizada para el diagnóstico

La percepción del cliente, los requisitos de la norma ISO 9001:2015, los procesos, el análisis financiero, y el análisis interno y externo, son las cinco perspectivas desde las que se realizará el diagnóstico del Hospital 1° de Mayo y su proceso de emergencia obstétrica. Para cada una de estas perspectivas se utilizó una herramienta concreta.

3.1.1 Percepción de los derechohabientes y la encuesta SERVQUAL

Por su naturaleza intangible, los servicios, a diferencia del área de manufactura, ameritan un método distinto para definir y medir la calidad. Valarie Zeithaml, Leonard Berry y A. Parasuraman, definieron 10 criterios que los consumidores utilizan para evaluar la calidad de los servicios, y los juntaron en 5 dimensiones generales:

- *Tangibles* (apariciencia de los elementos físicos).
- *Confiabilidad* (fiable, desempeño preciso).
- *Respuesta* (prontitud y utilidad).
- *Certidumbre* (pericia, cortesía, credibilidad y seguridad).
- *Empatía* (fácil acceso, buena comunicación y comprensión del derechohabiente).

Con esto, elaboraron un instrumento de investigación de encuesta llamado SERVQUAL, que se puede aplicar a una amplia gama de empresas de servicio y que mide la percepción de los derechohabientes, en cuanto a la calidad del servicio brindado¹⁶.

El modelo de encuesta SERVQUAL fue adaptado para ser utilizado con las derechohabientes del Hospital Materno Infantil Primero de Mayo, tal y como se presenta en el Anexo A, en donde se presenta como una encuesta estructurada, con formato de respuesta cerrada. Se realizaron visitas al hospital por la mañana y por la tarde, para entrevistar a las derechohabientes con el modelo de encuesta adaptado, utilizando también el método de observación, con el fin de visualizar la reacción de las encuestadas ante las diferentes preguntas. El estudio se realizó sobre una muestra representativa de 100 personas, y se utilizó un proceso estandarizado de interrogación, con el fin de conseguir mediciones de tipo cuantitativas.

¹⁶ LOVELOCK, C., WIRTZ, J. (2009). Marketing de Servicios: personal, tecnología y estrategia. México: Pearson Educación

Para la construcción del universo y el cálculo del tamaño muestral se consideró lo siguiente:

- **Elemento:** Calidad de los Servicios prestados en la Emergencia Obstétrica del Hospital 1° de Mayo.
- **Unidad de análisis y de entrevista:** Derechohabientes que utilizan el servicio de la Emergencia Obstétrica del Hospital 1° de Mayo.
- **Ámbito:** Hospital Materno Infantil 1° de Mayo en el municipio de San Salvador.
- **Perfil:** Mujeres derechohabientes del ISSS que acuden a la emergencia obstétrica del Hospital 1° de Mayo
- **Cifra:** 36,500 mujeres derechohabientes del ISSS que acuden a la emergencia obstétrica del Hospital 1° de Mayo por año.

Debido a que la cifra de mujeres con el perfil requerido del análisis es mayor a 5000, se utilizó la fórmula de muestra para población infinita, la cual viene dada por:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q}{E^2}$$

En donde: “Z” representa el nivel de confianza, “P” es la probabilidad de éxito, “Q” la probabilidad de fracaso y “E” es el error muestral. Para obtener un nivel de confianza del 95.5%, utilizando una probabilidad de éxito y una de fracaso del 50% cada una, la cantidad n de encuestas a realizar sería:

$$n = \frac{2^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.1^2}$$

$$n = 100$$

Calculando el coeficiente de elevación, obtenemos:

$$Ce = \frac{N}{n}$$

$$Ce = \frac{36500}{100}$$

$$Ce = 365$$

Con lo cual podemos observar que cada encuesta equivaldría a la opinión de 365 personas. Al ser el 95.5% un nivel aceptable de confianza, se establecen las 100 encuestas como tamaño muestral, y los resultados de las mismas son presentados más adelante en el presente capítulo.

3.1.2 Requisitos de la norma ISO 9001:2015

Como se estableció en el capítulo 2, la Norma ISO 9001:2015 establece requisitos genéricos para que un Sistema de Gestión de Calidad pueda ser implantado, y establece formas verbales para indicar que es un requisito, que es una recomendación y cual es un permiso o posibilidad.

Para analizar el grado de cumplimiento de la norma: ISO 9001:2015 “Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos”, en el Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, el grupo de tesis creó una herramienta que contempla los distintos requisitos de la norma, y se evaluó para cada uno de ellos si cumplía, no cumplía o no aplicaba en el hospital, así como cualquier comentario u observación pertinente, generando una tabla que se presenta en el Anexo C del presente documento.

Una vez completada la tabla, se tabularon los datos para conocer el porcentaje alcanzado en cada uno de los apartados de la norma, y su nivel general actual.

3.1.3 Análisis de procesos

Ya que para desarrollar, implementar y mejorar la eficacia de un SGC, es necesario un enfoque a procesos, que permita que el Hospital 1° de Mayo logre los resultados previstos y aumente la satisfacción de las derechohabientes, es necesario realizar un análisis enfocado a los procesos actuales del centro, específicamente en el proceso de Emergencia Obstétrica, el cual es objetivo del presente documento.

Actualmente, el Hospital 1° de Mayo no trabaja con un enfoque a procesos, así que para poder implantar un SGC, fue necesario en primer lugar documentar sus procesos, lo cual fue realizado por el grupo de tesis.

Según la norma ISO/TC 176/SC 2/N 544R3 “Orientación sobre el Concepto y Uso del Enfoque basado en procesos para los sistemas de gestión”, las organizaciones tienen que definir el número y los tipos de procesos que son necesarios para cumplir sus objetivos de negocio¹⁷. Aunque estos procesos van a ser únicos para cada organización, se pueden identificar procesos típicos tales como:

- **Procesos para la gestión de una organización.** Incluyen procesos relativos a la planificación estratégica, establecimiento de políticas, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos para los otros objetivos de la calidad y resultados deseados de la organización y para las revisiones por la dirección.
- **Procesos para la gestión de recursos.** Incluyen todos los procesos que hacen falta para proporcionar los recursos necesarios para los objetivos de calidad y resultados deseados de la organización.
- **Procesos de realización.** Incluyen todos los procesos que proporcionan los resultados deseados por la organización.

¹⁷ Objetivo misional

- **Procesos de medición, análisis y mejora.** Incluyen aquellos procesos necesarios para medir y recopilar datos para realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia. Incluyen procesos de medición, seguimiento, auditoría, análisis del desempeño y procesos de mejora.

Para la documentación de procesos se realizó un mapeo de los mismos, considerando la clasificación de la norma ISO/TC 176/SC 2/N 544R3. El mapeo es una representación gráfica de la secuencia e interacción de los diferentes procesos que tienen lugar en el Hospital, que permitirá hacer visible el trabajo que se lleva a cabo.

Una de las herramientas utilizadas para el mapeo de procesos, es la representación esquemática de cualquier proceso presentada en la Norma ISO 9001:2015, y la cual se presenta en la figura 11. En ella se muestran las interacciones de sus elementos, los puntos de control del seguimiento y la medición, que son necesarios para el control, y que son específicos para cada proceso y varían según los riesgos relacionados.

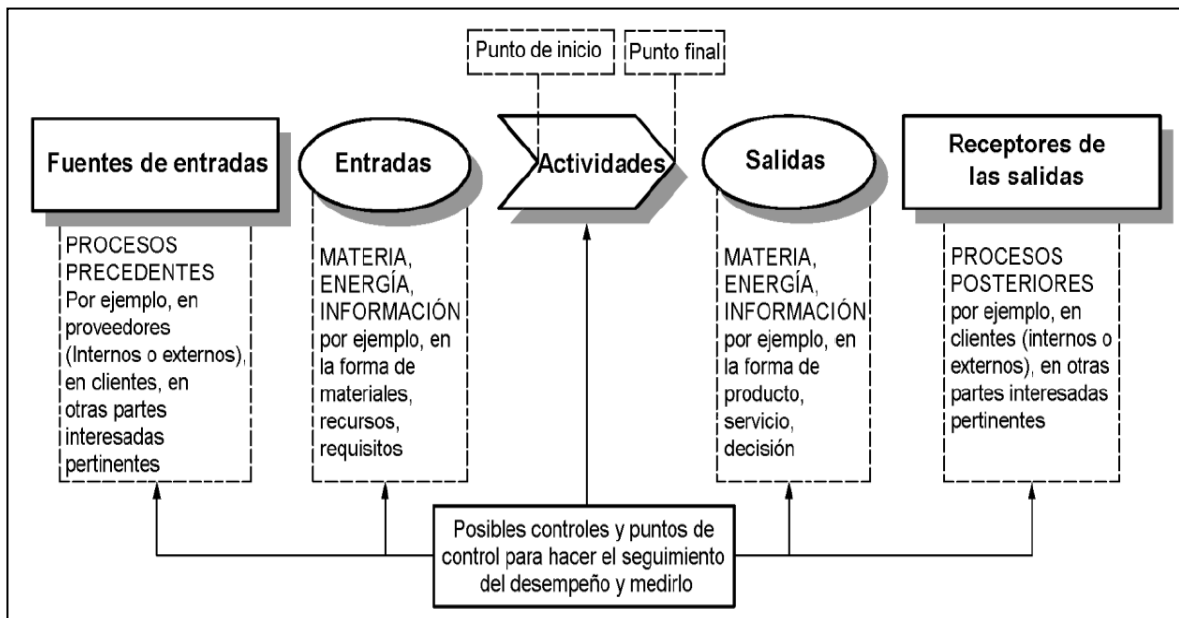


Figura 11. Representación esquemática de los elementos de un proceso. Fuente: ISO 9001:2015, p11.

3.1.4 Presupuesto proyectado y ejecutado para el Hospital 1° de Mayo

Como se planteó en el capítulo 1 de este documento, el ISSS es una institución con un presupuesto de 616 millones de dólares, el cual es dividido en sus diferentes instancias. Bajo la autorización de la división de evaluación de la calidad en salud, quien dio también el aval de realizar este proyecto en el Hospital 1° de Mayo, se solicitó a la Sección de Programación, Seguimiento y Evaluación de Presupuestos, los presupuestos correspondientes a los años 2016, 2017 y 2018, así como los datos de lo devengado por el hospital durante los años 2016 y 2017. La información proporcionada se presenta en la tabla 9.

Tabla 9. Presupuesto del Hospital 1° de Mayo de los años 2016, 2017 y 2018 versus lo devengado en 2016 y 2017, presentado en dólares de los Estados Unidos. Fuente: Sección Programación, Seguimiento y Evaluación de Presupuesto del ISSS.

CONCEPTO	PRESUPUESTO 2016 (\$USD)	DEVENGADO 2016 (\$USD)	PRESUPUESTO 2017 (\$USD)	DEVENGADO 2017 (\$USD)	PRESUPUESTO 2018 (\$USD)
TOTAL	23,835,665.00	22,879,434.06	26,455,490.00	25,699,005.15	26,701,140.00
REMUNERACIONES	15,290,770.00	15,364,324.20	15,739,970.00	16,534,924.88	17,438,045.00
REMUNERACIONES PERMANENTES	10,544,330.00	10,781,713.94	10,749,520.00	11,480,380.32	11,981,565.00
SUELDOS	8,048,090.00	8,126,184.52	8,152,405.00	8,653,342.04	9,037,460.00
AGUINALDOS	670,680.00	722,706.52	679,375.00	746,446.21	753,130.00
SOBRESUELDOS	169,850.00	258,300.75	232,835.00	327,529.75	338,215.00
BENEFICIOS ADICIONALES	1,655,710.00	1,674,522.15	1,684,905.00	1,753,062.32	1,852,760.00
REMUNERACIONES EVENTUALES	2,130,500.00	1,762,175.07	2,130,655.00	2,098,278.77	2,345,725.00
SUELDOS	1,529,555.00	1,333,906.70	1,601,490.00	1,629,268.08	1,832,095.00
AGUINALDOS	185,615.00	132,418.63	170,120.00	141,135.10	151,990.00
SOBRESUELDOS	44,945.00	42,641.00	65,725.00	64,931.87	77,390.00
BENEFICIOS ADICIONALES	370,385.00	253,208.74	293,320.00	262,943.72	284,250.00
REMUNERACIONES EXTRAORDINARIAS	902,200.00	1,081,721.86	1,094,095.00	1,086,484.56	1,094,360.00
HORAS EXTRAORDINARIAS	710,920.00	802,662.29	830,290.00	789,123.37	817,945.00
BENEFICIOS EXTRAORDINARIOS	191,280.00	279,059.57	263,805.00	297,361.19	276,415.00
CONTRIBUCIONES PATRONALES A INSTITUCIONES DE SEGUSOCIAL PUB	1,107,000.00	1,100,936.51	1,135,010.00	1,173,349.01	1,281,465.00
POR REMUNERACIONES PERMANENTES	915,110.00	887,879.75	916,255.00	937,277.97	1,009,530.00

CONCEPTO	PRESUPUESTO 2016 (\$USD)	DEVENGADO 2016 (\$USD)	PRESUPUESTO 2017 (\$USD)	DEVENGADO 2017 (\$USD)	PRESUPUESTO 2018 (\$USD)
POR REMUNERACIONES EVENTUALES	168,605.00	133,974.07	168,650.00	157,753.48	188,215.00
POR REMUNERACIONES EXTRAORDINARIAS	23,285.00	79,082.69	50,105.00	78,317.56	83,720.00
CONTRIBUCIONES PATRONALES A INSTITUCIONES DE SEGSOCIAL PRI	606,740.00	637,776.82	630,690.00	696,432.22	734,930.00
POR REMUNERACIONES PERMANENTES	473,035.00	478,498.61	487,925.00	520,737.10	544,640.00
POR REMUNERACIONES EVENTUALES	107,120.00	94,138.94	107,025.00	113,252.90	123,095.00
POR REMUNERACIONES EXTRAORDINARIAS	26,585.00	65,139.27	35,740.00	62,442.22	67,195.00
ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS	7,066,320.00	6,565,943.28	8,699,255.00	7,398,448.47	8,182,860.00
BIENES DE USO Y CONSUMO	4,207,660.00	3,901,443.98	5,209,680.00	4,302,440.48	4,638,065.00
PRODUCTOS TEXTILES Y VESTUARIOS	257,030.00	173,366.82	257,030.00	495,488.06	242,495.00
PRODUCTOS DE PAPEL Y CARTON	18,900.00	14,131.73	17,270.00	19,474.49	20,535.00
PRODUCTOS DE CUERO Y CAUCHO	660.00	2,661.20	375.00	1,374.00	3,380.00
PRODUCTOS QUIMICOS	598,760.00	486,407.63	495,045.00	531,156.08	492,690.00
PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y MEDICINALES	1,578,020.00	1,368,975.05	1,929,335.00	1,944,703.33	1,678,040.00
COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	1,930.00	333.89	0.00	546.68	0.00
MINERALES NO METALICOS Y PRODUCTOS DERIVADOS	1,620.00	1,808.57	1,880.00	5,699.35	1,880.00
MINERALES METALICOS Y PRODUCTOS DERIVADOS	735.00	761.24	1,300.00	1,435.49	825.00
MATERIALES INSTRUMENTAL DE LABORATORIO Y MÉDICO	1,399,855.00	1,650,314.32	2,241,025.00	1,149,324.92	1,849,505.00
MATERIALES DE OFICINA	12,005.00	6,980.74	16,065.00	4,418.92	19,110.00
MATERIALES INFORMATICOS	14,490.00	11,006.40	19,270.00	9,890.17	22,000.00
"HERRAMIENTAS, REPUESTOS Y ACCESORIOS"	146,600.00	36,185.22	85,925.00	14,531.99	40,200.00
MATERIALES ELECTRICOS	2,290.00	895.79	5,650.00	1,737.83	1,000.00
BIENES DE USO Y CONSUMO DIVERSOS	174,765.00	147,615.38	139,510.00	122,659.17	266,405.00
SERVICIOS BÁSICOS	809,710.00	619,480.23	1,066,875.00	559,798.74	612,475.00
SERVICIOS DE ENERGIA ELECTRICA	471,545.00	316,848.18	471,545.00	372,170.74	402,555.00
SERVICIOS DE AGUA	338,165.00	302,632.05	595,330.00	187,628.00	209,920.00
SERVICIOS GENERALES Y ARRENDAMIENTOS	1,036,090.00	876,985.96	1,356,410.00	1,013,919.13	1,297,875.00

CONCEPTO	PRESUPUESTO 2016 (\$USD)	DEVENGADO 2016 (\$USD)	PRESUPUESTO 2017 (\$USD)	DEVENGADO 2017 (\$USD)	PRESUPUESTO 2018 (\$USD)
MANTENIMIENTO Y REPARACION DE BIENES MUEBLES	29,565.00	45,632.95	38,830.00	26,012.00	54,115.00
MANTENIMIENTO Y REPARACION DE BIENES INMUEBLES	86,980.00	88,164.78	54,845.00	141,910.05	112,040.00
SERVICIOS DE LIMPIEZA Y FUMIGACIONES	72,300.00	57,839.34	90,000.00	66,633.66	90,310.00
SERVICIOS DE LABORATORIO	704,630.00	608,994.19	971,730.00	725,663.56	919,795.00
"IMPRESIONES, PUBLICACIONES Y REPRODUCCIONES"		303.22	0.00	50.20	2,550.00
ARRENDAMIENTO DE BIENES MUEBLES	100,290.00	26,953.12	40,245.00	13,836.00	48,875.00
SERVICIOS GENERALES Y ARRENDAMIENTOS DIVERSOS	42,325.00	49,098.36	160,760.00	39,813.66	70,190.00
PASAJES Y VIATICOS	0.00	10.28	120.00	20.56	100.00
PASAJES AL INTERIOR	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
VIATICOS POR COMISION INTERNA	0.00	10.28	120.00	20.56	100.00
"CONSULTORIAS, ESTUDIOS E INVESTIGACIONES"	1,012,860.00	1,168,022.83	1,066,170.00	1,522,269.56	1,634,345.00
SERVICIOS MÉDICOS	1,012,860.00	1,167,902.83	1,066,170.00	1,521,819.16	1,634,345.00
"CONSULTORIAS, ESTUDIOS E INVESTIGACIONES DIVERSAS"	0.00	120.00	0.00	450.40	0.00
GASTOS FINANCIEROS Y OTROS	33,900.00	35,229.00	39,320.00	33,696.51	39,655.00
"IMPUESTOS, TASAS Y DERECHOS"	33,900.00	32,664.60	37,485.00	32,668.10	37,790.00
"IMPUESTOS, TASAS Y DERECHOS DIVERSOS"	33,900.00	32,664.60	37,485.00	32,668.10	37,790.00
"SEGUROS, COMISIONES Y GASTOS BANCARIOS"	0.00	2,564.40	1,835.00	1,028.41	1,865.00
COMISIONES Y GASTOS BANCARIOS	0.00	2,564.40	1,835.00	1,028.41	1,865.00
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	0.00	1,000.00	1,000.00	1,000.00	1,000.00
TRANSFERENCIAS CORRIENTES AL SECTOR PRIVADO	0.00	1,000.00	1,000.00	1,000.00	1,000.00
A PERSONAS NATURALES	0.00	1,000.00	1,000.00	1,000.00	1,000.00
INVERSIONES EN ACTIVOS FIJOS	1,444,675.00	912,937.58	1,975,945.00	1,730,935.29	1,039,580.00
BIENES MUEBLES	1,444,675.00	912,937.58	1,975,945.00	1,730,935.29	1,039,580.00
MOBILIARIOS	22,545.00	1,392.54	42,935.00	19,222.48	45,490.00
MAQUINARIAS Y EQUIPOS	5,520.00	390.90	9,735.00	755.75	8,300.00
EQUIPOS MÉDICOS Y DE LABORATORIOS	1,412,800.00	909,074.05	1,901,465.00	1,701,929.81	870,410.00
HERRAMIENTAS Y REPUESTOS PRINCIPALES	900.00	458.50	0.00	0.00	2,925.00

CONCEPTO		PRESUPUESTO 2016 (\$USD)	DEVENGADO 2016 (\$USD)	PRESUPUESTO 2017 (\$USD)	DEVENGADO 2017 (\$USD)	PRESUPUESTO 2018 (\$USD)
BIENES DIVERSOS	MUEBLES	2,910.00	1,621.59	21,810.00	9,027.25	112,455.00

3.1.5 Análisis FODA

Albert S. Humphrey creó la matriz FODA, que es el estudio de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas de una organización. Esta herramienta tiene como fin desarrollar estrategias enfocándose en los factores que tienen mayor impacto para la organización.

Para el Hospital 1° de Mayo, se realizó un análisis FODA de su proceso de emergencia obstétrica. Este análisis se realizó junto a personal del hospital que participa activamente del proceso, así como personal directivo. El grupo de tesis, utilizando la herramienta de lluvia de ideas, lideró una sesión para crear la matriz FODA, que se presenta más adelante en este capítulo.

3.2 Resultados de los análisis

Las cinco metodologías narradas en el apartado anterior, fueron utilizadas para evaluar el proceso de emergencia obstétrica, así como algunos elementos generales del Hospital 1° de Mayo en cuanto a sus fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas, a la percepción de sus derechohabientes, su cumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, sus procesos y sus finanzas. Y cada una de ellas nos presenta, desde distintos ángulos, el estado actual del Hospital y su proceso de emergencia.

3.2.1 Diagnóstico de la encuesta SERVQUAL

Los datos obtenidos de las 100 encuestas fueron tabulados y gráficos para cada una de las 18 preguntas, y son presentados en el Anexo B, agrupado según las 5 dimensiones de SERVQUAL: Tangible, Confiable, Respuesta, Certidumbre y Empatía. Al analizar los resultados podemos decir sobre cada dimensión:

- **Sobre la apariencia de los elementos físicos del Hospital 1° de Mayo**

Se observa en los gráficos presentados en el anexo B, que la población encuestada evaluó de mejor manera la apariencia y presentación de los trabajadores, pero que su opinión fue más variada y menor en la pregunta relacionada a lo atractivo de las instalaciones, en donde hacían mayor énfasis en el estado de la batería de baños. En cuanto al material educativo, las encuestadas consideraban que era poco, pero el que había estaba bien. La opinión también fue variada en cuanto a si el equipo cuenta con equipo de apariencia moderna, pero se observa que la mayoría de encuestadas consideraba que si lo es.

- **Sobre el desempeño preciso y la fiabilidad del Hospital 1° de Mayo**

La mayoría de las encuestadas tendía a evaluar de buena manera al hospital, como se observa en los gráficos del anexo B. En el caso de la pregunta “le brindan los servicios en el momento que prometieron hacerlo”, las puntuaciones inferiores a 4 eran dadas por mujeres a quienes se les tuvo que reprogramar citas o cirugías porque aun no contaban con sus exámenes radiológicos completos. Otra de las opiniones variadas surgía en la pregunta relacionada al interés sincero que muestra el personal por resolver los problemas; aquí las puntajes menores se debían a malos tratos (o percepción de mal trato), recibido por algún personal específico.

- **Sobre la prontitud y la utilidad del Hospital 1° de Mayo**

En el anexo B se observa que la mayoría de opiniones vertidas son positivas, teniendo mayor variación en la pregunta relacionada a la rapidez y oportunidad con la que se

brindan los servicios, y esto debido a los largos tiempos de espera que las mujeres pasan para recibir sus consultas, y los largos tiempos de oportunidad de cita (tiempo en los que se reprograma una consulta de seguimiento), debido a las altas demandas del hospital.

- **Sobre la pericia, la credibilidad y la seguridad del Hospital 1° de Mayo**

Se registran respuestas más variadas de parte de las encuestadas, en este bloque del anexo B. Siendo las que tienen puntuaciones más bajas las preguntas: “la actitud de los empleados del centro le inspira confianza” y “los empleados del centro son siempre corteses con usted”. Por observación, y basados en lo que las encuestadas expresaban, tanto la primera como la segunda pregunta, están relacionadas al trato recibido por personal puntual del centro, y no por nivel de conocimientos, o la confianza en los diagnósticos o tratamientos, como se ve reflejado en las otras dos preguntas de esta dimensión.

- **Sobre el fácil acceso, la buena comunicación y la comprensión del derechohabiente del Hospital 1° de Mayo**

Si bien las expectativas de atención oportuna, individual y discrecional, fueron bien evaluadas, según los gráficos presentados en el anexo B, las bajas puntuaciones están relacionadas a los tiempos de espera en el lugar, y para las próximas citas, lo que va en detrimento de la oportuna atención. El Hospital 1° de Mayo brinda servicio las 24 horas, los 365 días de la semana, por lo que vemos que los horarios si resultan cómodos para las encuestadas. En cuanto a la última pregunta, las bajas puntuaciones también están relacionadas a largos tiempos de espera, pues una de las necesidades específicas de las derechohabientes es ser atendida prontamente

Considerando el promedio de la evaluación hecha por las derechohabientes del Hospital 1° de Mayo, en cada una de las preguntas de la encuesta SERVQUAL, obtenemos el gráfico 3:

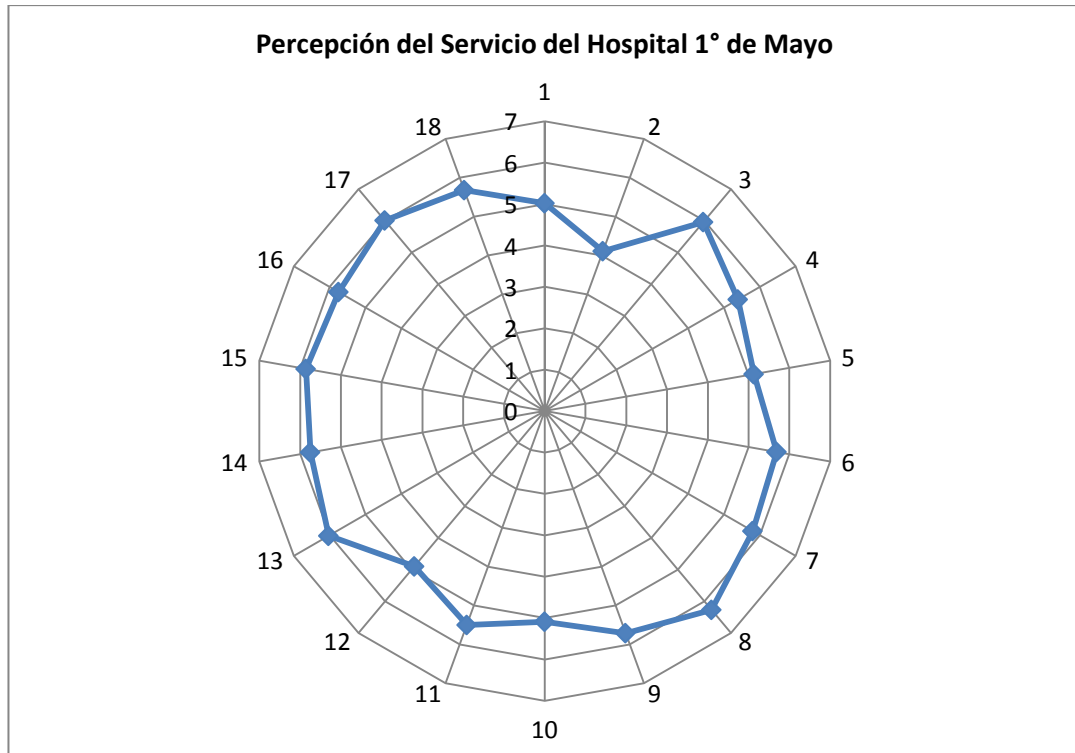


Gráfico 3. Resultados de la encuesta SERVQUAL en el Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis.

De los resultados obtenidos por la encuesta SERVQUAL, se observa que las preguntas que obtuvieron las menores puntuaciones fueron:

- Pregunta 2: Las instalaciones del centro son atractivas. (Baños, consultorios, áreas de espera, hospitalización, etc....)
- Pregunta 12: La actitud de los empleados del centro le inspira confianza
- Pregunta 1: El centro cuenta con un equipo médico de apariencia moderna
- Pregunta 10: El personal del centro brinda un servicio rápido y oportuno
- Pregunta 11: El personal del centro busca resolver sus solicitudes

3.2.2 Diagnóstico de la evaluación de la Norma ISO 9001:2015

Luego de haber utilizado la tabla diagnóstica del Anexo C, con los requisitos de la norma y su nivel de cumplimiento en el Hospital 1° de mayo, obtenemos la tabla 10, la cual nos brinda el porcentaje alcanzado por el centro en cada uno de los apartados de la norma, considerando el cumplimiento o no de todos los “debes” correspondientes.

Tabla 10. Cumplimiento alcanzado por el Hospital 1° de Mayo, en cada uno de los apartados de la Norma ISO 9001:2015. Fuente: grupo de tesis.

Numeral en Norma	Apartados de la Norma	%
4	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS	10.0%
4.1	Comprensión de la organización y de su contexto	0%
4.2	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	0%
4.3	Determinación del alcance del SGC	0%
4.4	Sistema de gestión de la calidad y sus procesos	40%
5	LIDERAZGO	37.2%
5.1	Liderazgo y compromiso	42%
5.2	Política	50%
5.3	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	20%
6	PLANIFICACIÓN	3.7%
6.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	0%
6.2	Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	11%
6.3	Planificación de los cambios	0%
7	APOYO	29.3%
7.1	Recursos	22%
7.1.1	Generalidades	33%
7.1.2	Personas	0%
7.1.3	Infraestructura	0%
7.1.4	Ambiente para la operación de los procesos	50%
7.1.5	Recursos de seguimiento y medición	42%
7.1.6	Conocimiento de la organización	33%
7.2	Competencia	75%
7.3	Toma de conciencia	0%
7.4	Comunicación	0%
7.5	Información documentada	50%
8	OPERACIÓN	53.2%
8.1	Planificación y control operacional	57%

Numeral en Norma	Apartados de la Norma	%
8.2	Requisitos para los productos y servicios	60%
8.3	Diseño y desarrollo de los productos y servicios	0%
8.4	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente	83%
8.5	Producción y provisión del servicio	66%
8.6	Liberación de los productos y servicios	80%
8.7	Control de las salidas no conformes	80%
9	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	37.6%
9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación	27%
9.2	Auditoría interna	58%
9.3	Revisión por la dirección	28%
10	MEJORA	14.8%
10.1	Generalidades	0%
10.2	No conformidad y acción correctiva	44%
10.3	Mejora continua	0%

Obteniendo un avance general promedio de 26.6%, tal y como se observa en la tabla 11 y la gráfica 4.

Tabla 11. Cumplimiento general alcanzado por el Hospital 1° de Mayo, en la Norma ISO 9001:2015. Fuente: grupo de tesis

Numeral en Norma	Apartados de la Norma	%
4	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS	10.0%
5	LIDERAZGO	37.2%
6	PLANIFICACIÓN	3.7%
7	APOYO	29.3%
8	OPERACIÓN	53.2%
9	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	37.6%
10	MEJORA	14.8%
	AVANCE GENERAL	26.6%

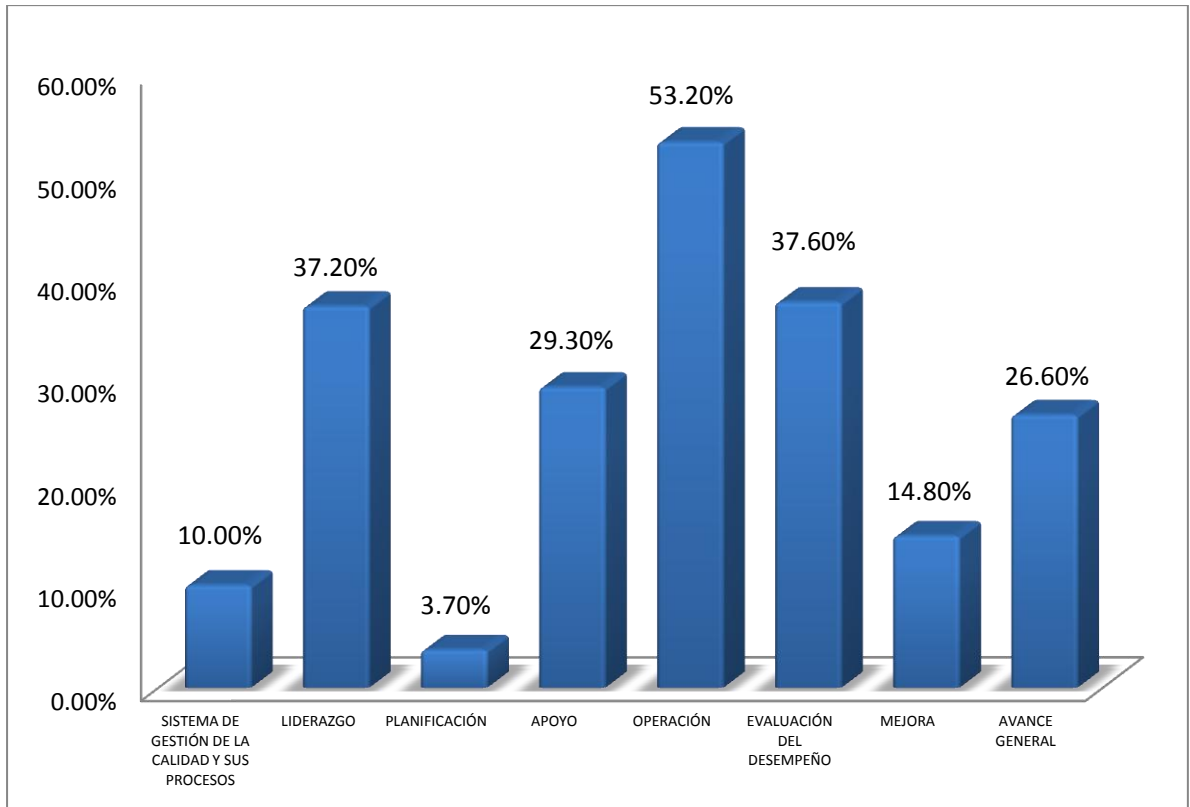


Gráfico 4. Cumplimiento alcanzado por el Hospital 1° de Mayo, en la Norma ISO 9001:2015. Fuente: grupo de tesis.

Según este análisis, las áreas más débiles a nivel de cumplimiento de requisitos de la Norma ISO 9001:2015, del Hospital 1° de Mayo, son:

- **Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos**

Específicamente en los requisitos de los apartados: comprensión de la organización y de su contexto, comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, determinación del alcance del SGC.

- **Planificación**

En todos los requisitos de sus apartados: Acciones para abordar riesgos y oportunidades, objetivos de la calidad y planificación para lograrlos, planificación de los cambios.

- **Mejora**

Específicamente en los requisitos de sus apartados: generalidades y mejora continua.

3.2.3 Diagnóstico del análisis de procesos

Ya que el Hospital 1° de Mayo no cuenta con procesos documentados, el grupo de tesis creó los mapas de procesos presentados en las figuras de la 12 a la 16, y son presentados de manera conjunta en el Anexo D. Para esto, se identificaron en las visitas realizadas al Hospital 1° de Mayo, procesos de primer y segundo nivel, utilizando la clasificación narrada en la primera parte de este capítulo.

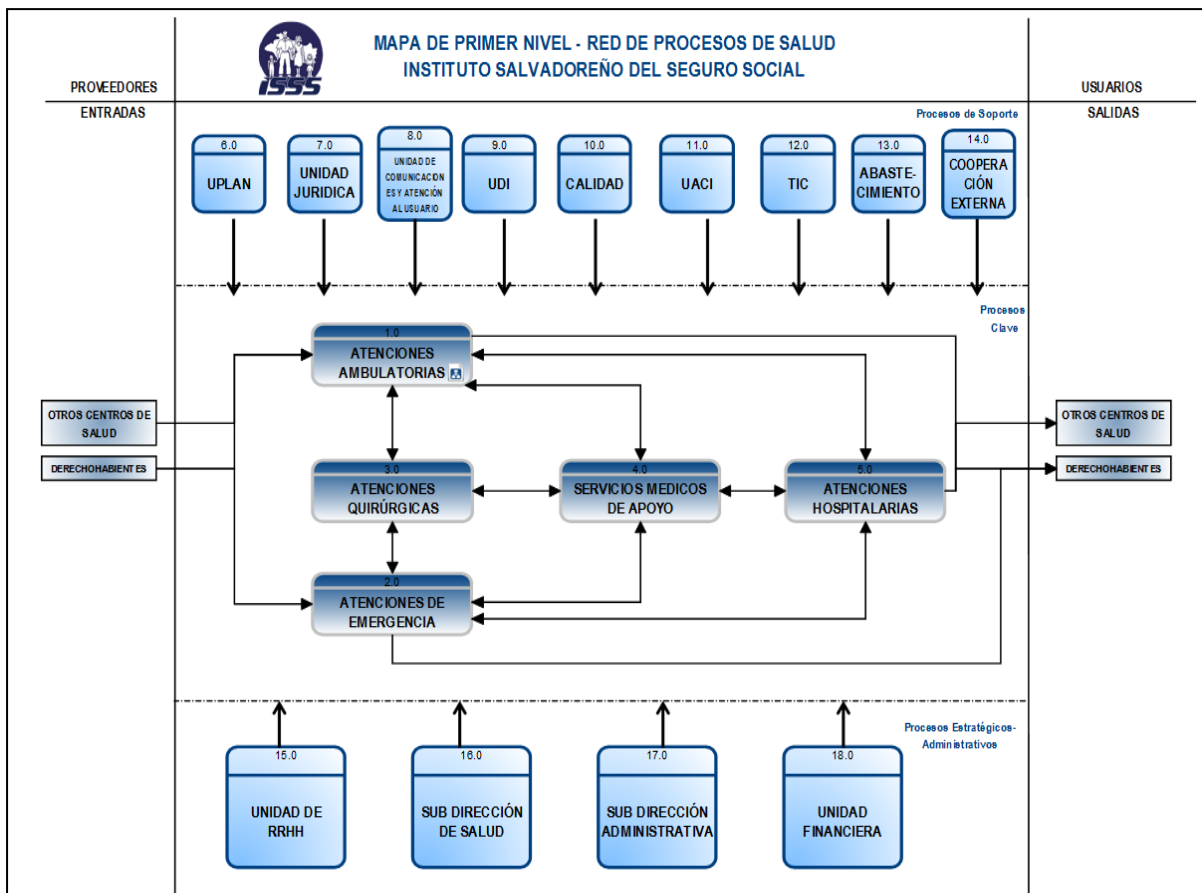


Figura 12. Mapa de primer nivel, red de procesos de salud Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis.

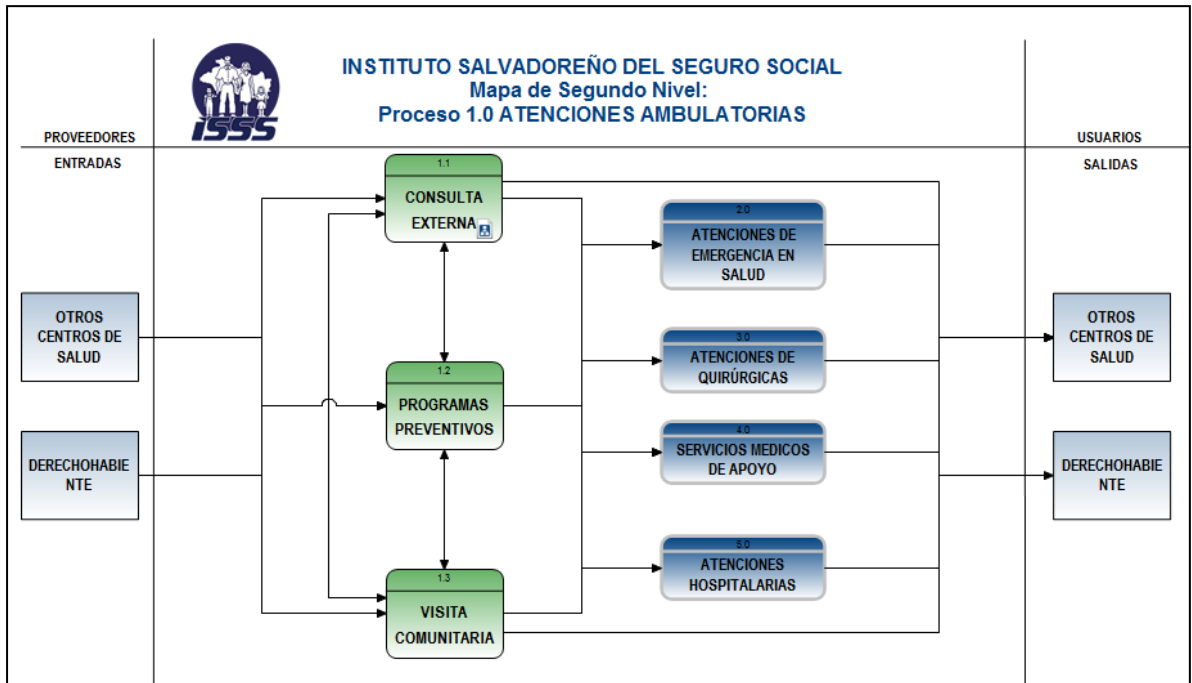


Figura 13. Mapa de segundo nivel: Proceso 1.0 Atenciones Ambulatorias. Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis.

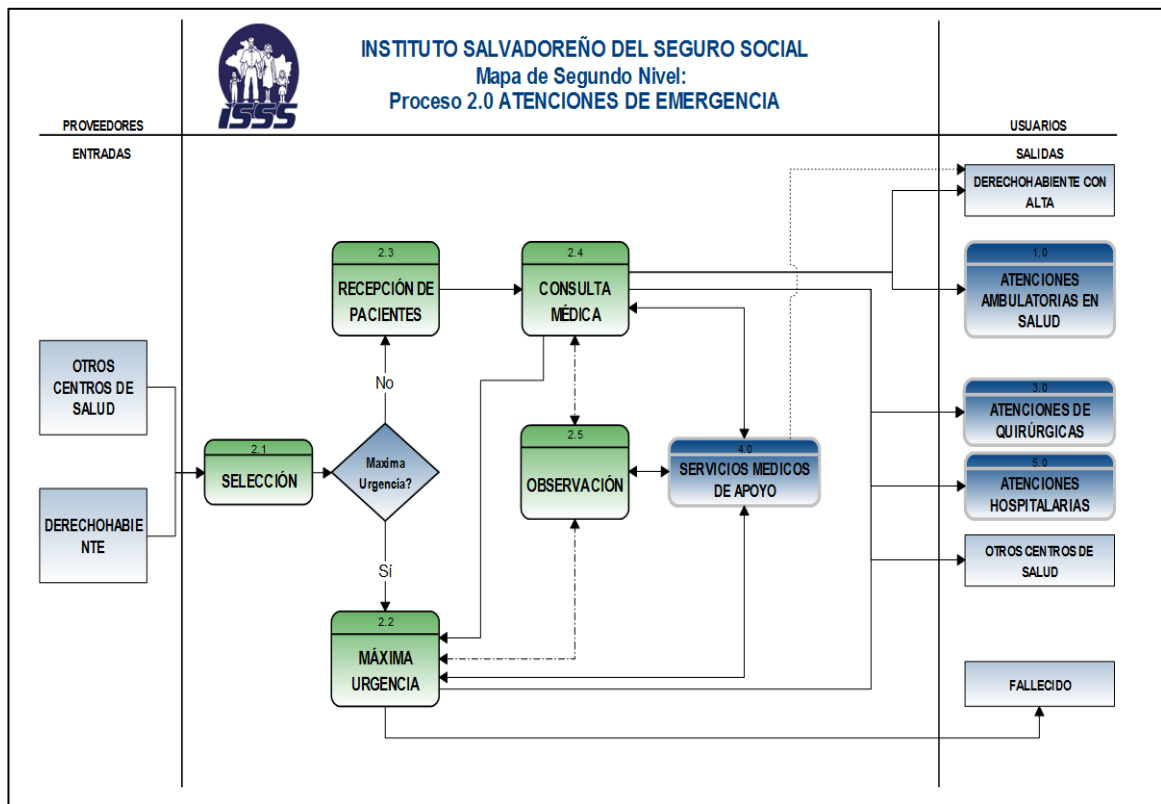


Figura 14. Mapa de segundo nivel: Proceso 2.0 Atenciones de Emergencia. Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis

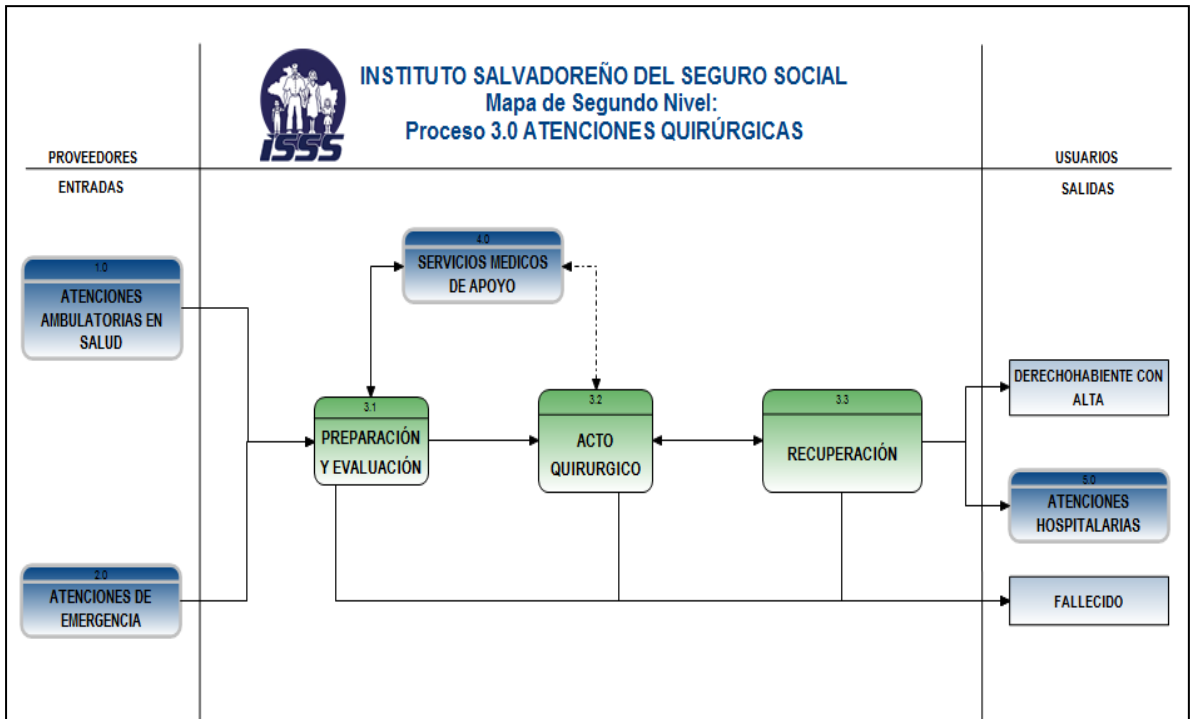


Figura 15. Mapa de segundo nivel: Proceso 3.0 Atenciones Quirúrgicas. Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis.

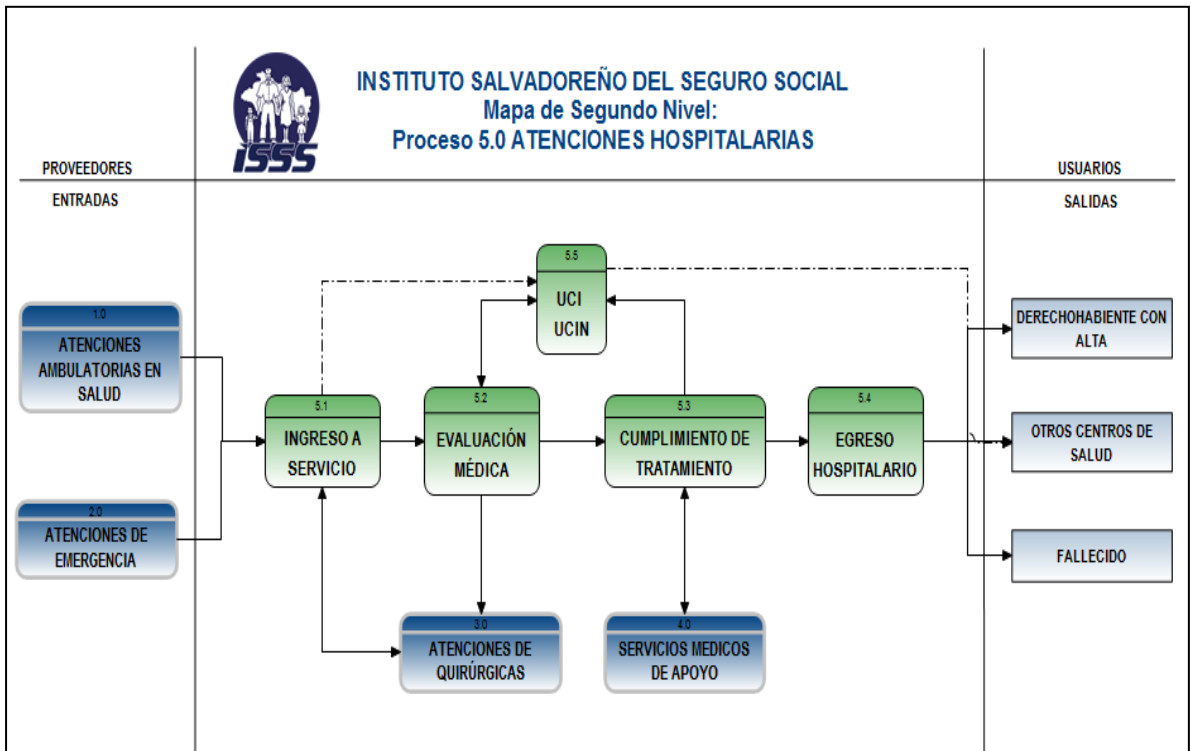


Figura 16. Mapa de segundo nivel: Proceso 5.0 Atenciones Hospitalarias. Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis.

Como se observa en la figura 12, los procesos de realización del Hospital 1° de Mayo son cinco: Atenciones ambulatorias, Atenciones de Emergencia, Atenciones Quirúrgicas, Atenciones Hospitalarias y todas ellas interrelacionadas con los Servicios Médicos de Apoyo. Estos procesos clave son fortalecidos por nueve procesos de gestión de la organización y de medición, análisis y mejora, así como cuatro procesos de gestión de recursos.

Llevando los procesos clave a un segundo nivel, encontramos las figuras 13, 14, 15 y 16, en los cuales encontramos también las interrelaciones entre las diferentes partes de los procesos. Cada uno de estos procesos se divide en determinado número de subprocessos:

- Proceso de atenciones ambulatorias, posee tres subprocessos: consulta externa, programas preventivos y visita comunitaria.
- Proceso de atenciones de emergencia, posee cinco subprocessos: selección, recepción de pacientes, máxima urgencia, consulta médica y observación.
- Proceso de atenciones quirúrgicas, posee tres subprocessos: preparación y evaluación, acto quirúrgico y recuperación.
- Proceso de atenciones hospitalarias, posee cinco subprocessos: ingreso a servicio, evaluación médica, cumplimiento de tratamiento, egreso hospitalario, UCI-UCIN.

Es únicamente el proceso de emergencia, el que ayuda a definir las etapas de la emergencia obstétrica, los mapas de hospitalización, atenciones ambulatorias y cirugía, corresponden a otros procesos del Hospital 1° de Mayo, que no son motivo de la presente tesis, pero que el grupo de trabajo creó para ser utilizado por el hospital.

Actualmente, el hospital no posee indicadores de procesos, pero en la práctica se miden indicadores relacionados al rendimiento médico, medicamentos, exámenes de laboratorio y de radiología indicados, días de incapacidad dados, total de pacientes atendidas y el tiempo de espera. Para la emergencia, los indicadores de enero a junio de 2018, se presentan en la tabla 12.

Tabla 12. Indicadores del proceso de emergencia del Hospital 1° de Mayo, enero a junio 2018. Fuente: Sub dirección de Salud ISSS.

Consultas por hora médico	Prescripciones indicadas por 100 consultas	Exámenes de laboratorio indicados por 100 consultas	Rx indicados por 100 consultas	Días de incapacidad por 100 consultas	Tiempo de espera promedio	Total de pacientes con atención
1.5	41.8	148.9	5.5	10.7	1.37	14,394

Para el proceso de emergencia, si bien se conocen y llevan estos indicadores, a la fecha no se sabe si el proceso está bajo control o no, pues no se tiene una meta establecida para cada indicador.

3.2.4 Razones financieras de liquidez, basado en el presupuesto del Hospital 1° de Mayo

La liquidez del hospital 1° de mayo es la capacidad que tiene para hacer frente a sus obligaciones financieras. Con base a los datos proporcionados por la institución, se puede hacer el uso de dos razones financieras¹⁸ de liquidez:

- Capital de trabajo: activo corriente – pasivo corriente
- Razón de solvencia: activo corriente/pasivo corriente

Tabla 13. Razones financieras de liquidez del Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis

CONCEPTO	PRESUPUESTO 2016	DEVENGADO 2016	PRESUPUESTO 2017	DEVENGADO 2017	PRESUPUESTO 2018
TOTAL	23,835,665.00	22,879,434.06	26,455,490.00	25,699,005.15	26,701,140.00
Capital de trabajo	$Ct = 23835665 - 22879434.06$ $Ct = 956,321.94$		$Ct = 26455490 - 25699005.15$ $Ct = 756,484.85$		

¹⁸ Indicadores financieros utilizados para analizar la realidad económica y financiera de una organización.

CONCEPTO	PRESUPUESTO 2016	DEVENGADO 2016	PRESUPUESTO 2017	DEVENGADO 2017	PRESUPUESTO 2018
Razón de solvencia	$Rs = \frac{23835665}{22879434.06}$ $Rs = 1.04$		$Rs = \frac{26455490}{25699005.15}$ $Rs = 1.03$		

De 2016 a 2017 se aumentó casi en un 11% el presupuesto, pero en ambos años se observa que el hospital no devengó todo lo asignado, dejando un capital de trabajo de \$956,321.94 en 2016, y de \$756,484.85 en 2017. Se observa como para 2018, el aumento en el presupuesto fue del 1% en comparación del año anterior. Este ajuste permitirá que el dinero sin ejecutar por el hospital sea menor. La solvencia del Hospital 1° de mayo ha estado dentro de los rangos aceptables, es decir su presupuesto cubre los gastos devengados.

Cabe mencionar que la mayor debilidad presupuestaria encontrada, y en base a los fines del presente documento, es que el Hospital 1° de Mayo no cuenta con una partida presupuestaria dedicada a los costos de la calidad, que tienen como fin facilitar los esfuerzos de mejora de calidad enfocados a oportunidades de reducción de costo operativas, como:

- Atacar los costos de falla tratando de eliminarlos
- Invertir en las actividades adecuadas de prevención
- Reducir los costos de evaluación en función de los resultados
- Mejorar los esfuerzos de prevención

3.2.5 Diagnóstico del análisis FODA

El análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del Hospital 1° de Mayo, fue dividido en factores: económicos, socioculturales, tecnológicos, políticos, legales, ambientales, internacionales para las amenazas y oportunidades, que son los

factores internos, y para los factores externos, que son las fortalezas y debilidades, se agregan como factores el recurso humano, los procesos, la calidad, la infraestructura y el usuario, tal y como se presenta en la figura 17.

FODA HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO ISSS							
A M E N A Z A S	FACTOR		DESCRIPCIÓN	F O R T A L E Z A S	FACTOR		DESCRIPCIÓN
	A1	Económicos	Bajo crecimiento económico		F1	Económicos	Presupuesto asignado adecuado
	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 17. Análisis FODA del Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis

CAPÍTULO 4. PLAN DE SOLUCIÓN

A partir del diagnóstico realizado en el Hospital Materno Infantil Primero de Mayo, y de las debilidades encontradas que requieren mayor atención, surge el plan de solución presentado en el capítulo 4, el cual busca centrar sus esfuerzos en mejorar el servicio para que este sea rápido y oportuno, así como el cumplimiento de una mayor cantidad de requisitos de la Norma ISO 9001:2015, especialmente en los apartados de SGC y sus procesos, planificación y mejora; todo esto, siguiendo un enfoque basado en procesos.

Además del plan, el grupo de tesis creó un Manual de Calidad para el Hospital 1° de Mayo, que si bien ya no es un requisito de la Norma ISO 9001:2015, es un referente para establecer y describir el SGC, presentar la política de calidad, la misión y visión institucionales, los objetivos de calidad y su alcance, los procesos y sus interrelaciones, entre otras. Este Manual de Calidad, que presenta esta información documentada, puede ser encontrado en el Anexo F de este documento.

4.1 Objetivos del plan de implementación

Se define para el plan de implementación un objetivo general y tres específicos, los cuales serán la guía para la definición de actividades concretas, que generen resultados en la mejora de los servicios brindados por el Hospital 1° de Mayo, especialmente en su proceso de atención obstétrica.

4.1.1 Objetivo General

Crear una propuesta de implementación de un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2015 para el proceso de atención de emergencia obstétrica del hospital materno infantil primero de mayo del ISSS, que permitan un servicio más eficiente,

seguro, confiable y de calidad, que de una mayor satisfacción a la mujer embarazada atendida y demás derechohabientes.

4.1.2 Objetivos Específicos

- a) Implementar dentro del proceso de atención de emergencia obstétrica del Hospital 1° de Mayo, 3 acciones de mejora, basados en el diagnóstico inicial realizado, en un periodo de 3 meses.

- b) Definir una estrategia para la implementación del sistema de gestión de la calidad, así como la ruta viable para el comienzo de mejora en el proceso de atención de emergencia obstétrica del Hospital 1° de Mayo.

4.2 Resultados esperados

Con la implementación de un SGC basado en la norma ISO 9001:2015 para el proceso de atención de emergencia obstétrica del Hospital Materno Infantil 1° de Mayo del ISSS se espera a mediano y largo plazo:

1. Garantizar la oportuna atención a la mujer embarazada, al asegurar el proceso de emergencia obstétrica en Hospital 1 de Mayo del ISSS.

2. Disminuir el impacto de los riesgos asociados a las atenciones de emergencia en salud brindadas a la mujer embarazada derechohabiente.

3. Aumentar la satisfacción de la mujer embarazada derechohabiente y sus familiares, a través del cumplimiento de sus requerimientos: oportuna atención, no

complicaciones, oportuna información a la familia, buena infraestructura (orden y limpieza).

Los resultados esperados a partir del desarrollo de este trabajo de tesis son:

1. Implementar al menos 3 intervenciones, basadas en los procesos y con el apoyo de la dirección del centro, que contribuyan al aumento en la satisfacción de la mujer embarazada derechohabiente y sus familiares.
2. Crear un listado de estrategias que puedan ser implementadas por el centro, como continuidad del trabajo realizado por el grupo de tesis, y que favorezcan el alcance de los resultados a mediano y largo plazo.

4.3 Estrategias para el logro de los objetivos

Para el cumplimiento de los objetivos, se describirán en este apartado aquellas estrategias que fueron ya implementadas en el proceso de emergencia obstétrica, aquellas que están en proceso de implementación y aquellas que el equipo de trabajo propone que puedan seguir siendo ejecutadas por las autoridades del centro.

4.3.1 Estrategias Implementadas

A partir del diagnóstico realizado en el capítulo 3, el equipo de trabajo propuso la implementación de medidas a corto plazo, que fueron autorizadas por la dirección general del ISSS y la del centro.

- **Cambio de batería de baños del área de emergencia**

Una de las preguntas de la encuesta SERVQUAL, que obtuvo una menor puntuación promedio era: “Las instalaciones del centro son atractivas. (Baños, consultorios, áreas de espera, hospitalización, etc....)”. En el área de emergencia, los comentarios negativos iban dirigidos al estado de los baños, la dificultad de su uso y lo peligroso que podría resultar para las mujeres embarazadas y sus acompañantes.

Ante esto se propuso, junto a la administración del centro, el cambio de batería de baños del área de emergencia, la cual podría realizarse como una gestión local y no requería de una licitación, ni tiempo de espera. Presentando a la dirección general los análisis de las encuestas, y como este cambio podría mejorar la percepción de los derechohabientes. Los baños, tal y como se encontraban a la llegada del equipo y su estado actual, se presentan en la figura 18.



Figura 18. Batería de baños previo a la intervención del equipo de trabajo versus batería de baños posterior a la autorización de la estrategia de mejora de percepción de derechohabientes. Fuente: grupo de tesis.

- **Creación de procedimiento de comunicación efectiva a familiares de pacientes ingresadas en labor de partos**

La encuesta SERVQUAL también reflejó que una de las preguntas con menor puntaje fue: “El personal del centro busca resolver sus solicitudes”, además, en la investigación inicial hecha en el capítulo 1, se observa que una de las mayores quejas es la poca información que se le brinda a los familiares de las pacientes. Por lo cual, para mejorar la percepción de los derechohabientes sobre como el centro resuelve sus solicitudes, y a la vez disminuir el número de quejas, el grupo de tesis creó junto a un grupo representativo que participa en el proceso de emergencia obstétrica y la dirección del centro, un procedimiento de comunicación efectiva a familiares de pacientes ingresadas en labor de partos. El procedimiento creado, así como sus objetivos y metodología, es presentado en la tabla 14.

Tabla 14. Procedimiento de comunicación efectiva con familiares de pacientes ingresadas en la labor de partos. Fuente: grupo de tesis.

Hospital 1° de Mayo. Procedimiento de comunicación efectiva con familiares de pacientes ingresadas en la labor de partos
<p>Metodología</p> <p>Una vez definidos los principales hallazgos de las visitas realizadas en el Hospital 1° de Mayo, y luego de haber realizado un análisis conjunto con la Dirección y Administración del centro, se realizaron dos sesiones de trabajo con el personal responsable de las áreas a intervenir: el viernes 11 y martes 15 de mayo del presente año. El objetivo de estas sesiones fue analizar las causas raíces de las dificultades encontradas y evaluar intervenciones que pudieran ser implementadas en 2 meses, y que fueran de beneficio para los derechohabientes.</p>
<p>Objetivo de la intervención inmediata 1 en Hospital 1° de Mayo:</p> <p>1 Mejorar el proceso de comunicación con los familiares de pacientes que ya verificaron parto y de aquellas ingresadas en el servicio de labor de partos, en el Hospital 1° de Mayo.</p>
<p>Resultado de análisis:</p> <p>La satisfacción de los usuarios aumentará, realizando acciones que mejoren el proceso de comunicación con los familiares de pacientes que ya verificaron parto y de aquellas ingresadas en el servicio de labor de partos, en el Hospital 1° de Mayo.</p>
<p>Procedimiento actual de información:</p> <p>El área de información les brinda los datos a los familiares de pacientes que preguntan, generando sólo información de mujeres que ya verificaron parto, y solo información de la ubicación del servicio y cama en el que se encuentra la paciente y no el estado de la misma.</p> <p>En el área servicio de labor de parto, por ser un área restringida (por seguridad de las madres y sus bebés), no tiene permitidas las visitas; por lo cual, en el área de información, sólo se le dice al</p>

Hospital 1° de Mayo. Procedimiento de comunicación efectiva con familiares de pacientes ingresadas en la labor de partos

familiar que la paciente se encuentra en servicio de partos y que regrese en el próximo horario de visita para verificar si ya pasó a otro servicio, haciendo que el familiar de la paciente regrese en múltiples ocasiones, sin obtener mayor información. Esto ocurre para todas las pacientes, incluso en aquellas pacientes que pasan más de 24 horas sin verificar parto.

Al momento sólo en pacientes delicadas o con algún grado de complicación, por medio de la supervisora de enfermeras o trabajo social, se contacta al familiar para que se presente al hospital y se le brinde información directa por el médico.

Por otra parte, se han tenido varios intentos en mejorar la comunicación, pero se han tenido debilidades en cuanto a la confidencialidad de la información de la paciente.

Acciones a realizar para el nuevo procedimiento propuesto:

- El personal de recepción deberá identificar adecuadamente a la persona que quedará como responsable de la paciente, a quien se le dará exclusivamente la información, así como los números telefónicos de contacto, y le explicará el procedimiento con el cual se le mantendrá informado.

- El personal de enfermería del área de partos, al ingresar la paciente al servicio deberá corroborar con la paciente, los datos de la persona que queda como responsable y los teléfonos de contacto.

- La jefa de servicios médicos creará una matriz donde se irá detallado el nombre de la paciente, número de afiliación, número de cama, estado actual de paciente y el bebé, persona responsable y número telefónico de contacto.

-El médico encargado del servicio de parto, deberá llenar la matriz con la información de las pacientes ingresadas en partos, sala de operaciones y recuperación de partos.

-Se establecerán horarios para informar a los familiares responsables del estado actual de su paciente. Horarios en que se dará información:

- de 9:30 am a 10:30 am,
- al medio día, durante el horario de visita, y
- de 3:00 p.m. a 3:30 pm.

La información brindada durante los horarios de la mañana y de la tarde, permitirá que los familiares de las pacientes no tengan que desplazarse innecesariamente, ya que si la paciente aun no ha verificado parto, no podrá recibir visitas.

- El recurso de punto seguro con la información proporcionada en la matriz de datos, realizará llamada telefónica a los familiares de pacientes, para informarles del estado de ellas, en los horarios de de 9: 30 am a 10:30 am y a de 3:00 p.m. a 3:30 pm; mientras que el área de información la brindará en horario del medio día (hora de visita).

-Con las pacientes delicadas o con alguna complicación, se mantendrá la misma ruta de información ya establecida previamente; se contactará al familiar por medio de la supervisora de enfermeras o de trabajo social para solicitarle de su presencia y darle información directamente por el médico responsable.

Hospital 1° de Mayo. Procedimiento de comunicación efectiva con familiares de pacientes ingresadas en la labor de partos			
Fecha de inicio de implementación: 01 de junio de 2018			
Paso	Responsable	Actividad	Necesidades requeridas
1	Recepción	Identificar adecuadamente al familiar responsable de la paciente y los números de teléfono de contacto.	Hoja de registro e ingreso
Paciente con ingreso al Servicio de Partos			
SI			
2	Enfermera de partos/sala de operaciones	Al ingreso de la paciente, corrobora los datos del familiar responsable y los números de teléfono de contacto.	Hoja de ingreso
3	Jefatura de partos	Creación de matriz de datos y supervisión de llenado y entrega de la misma.	Matriz creada en intranet
4	Médico encargado de partos	Llenado de la matriz con la información de pacientes ingresadas en partos, sala de operaciones y recuperación de partos en los horarios de 9:00 am 12:00 md y 2:30 pm Entregar la información vía intranet y/o en físico a recurso de punto seguro e información(al medio día)	Computadora con acceso a intranet
5	Punto seguro	Realizar llamadas a familiares responsables para brindar información del estado de las pacientes en los horarios de 9: 30 am a 10:30 am y a de 3:00 p.m. a 3:30 pm	Acceso a llamadas a teléfonos celulares Información actualizada de la matriz
6	Área de información	Brindarles la información en el horario de la visita a los familiares de pacientes que se encuentren ingresados en el servicio de partos, recuperación de partos y sala de operaciones.	Información actualizada de la matriz
Paciente delicada o con complicaciones, ingresada en Partos			
SI			
7	Médico encargado de partos	Informa a supervisora y/o trabajo social para contactar a familiar responsable de paciente.	Cuadro de pacientes actualizado
8	Supervisora de enfermeras/ trabajo social	Contacta a familiar responsable de la paciente para que se haga presente en el hospital, orientando sobre el lugar en el que se hará presente.	Acceso a llamadas a teléfonos celulares Contacto de emergencia de la paciente
9	Médico responsable de partos	Dará información directa al familiar, sobre el estado actual de la paciente y tratamiento a seguir.	Cuadro de pacientes

El procedimiento fue implementado el 01 de junio de 2018, luego de haberlo planificado y socializado con todas las áreas involucradas. Con el fin de que este esfuerzo pueda ser mejorado constantemente, lo cual también fue encontrado como una de las mayores debilidades del Hospital en el diagnóstico ISO 9001:2015; el nuevo procedimiento ha sido documentado, y las dificultades han sido discutidas y solventadas por el equipo de trabajo del centro. El Gráfico 5 muestra el porcentaje de llamadas en las cuales se ha logrado la comunicación con los familiares de las pacientes, del 01 al 22 de junio del 2018, donde se dio ingreso a 142 pacientes. Las llamadas fueron realizadas por el personal de Punto Seguro, en base al censo llenado por el personal del área de labor de partos, y fueron dirigidas al familiar designado por la paciente al momento del ingreso, y quien está autorizado por la paciente para recibir la notificación. El 25% de las llamadas realizadas en este periodo, no fueron contestadas por el familiar designado.

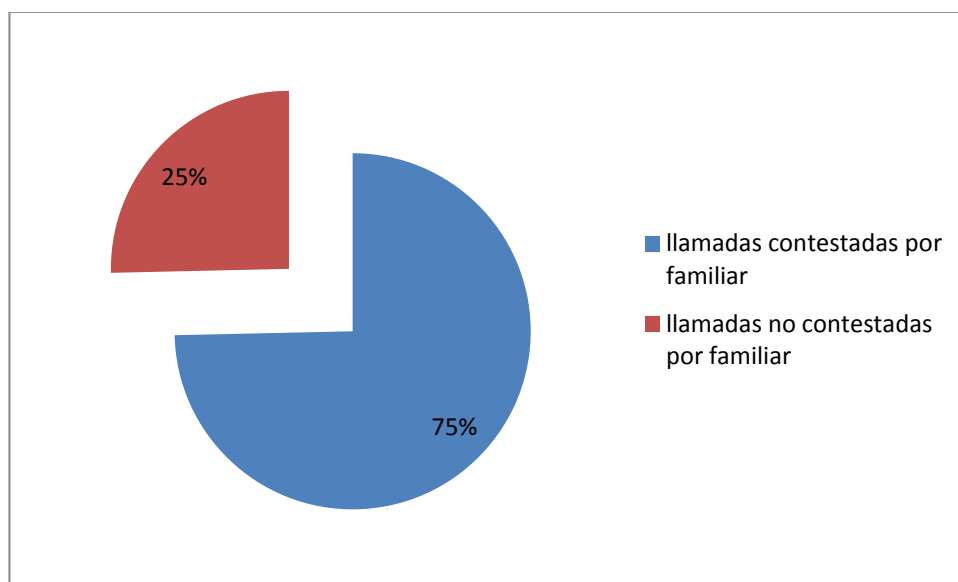


Gráfico 5. Contestación en las llamadas realizadas con el nuevo procedimiento de comunicación a familiares de pacientes ingresadas en la labor de parto. Fuente: grupo de tesis

4.3.2 Estrategias en proceso de implementación

Existen a la fecha estrategias generadas a partir del diagnóstico, que no han sido implementadas en su totalidad, pero que ya dieron inicio a sus acciones. Una dirigida a la

percepción del derechohabiente sobre el servicio rápido y oportuno que se brinda en el hospital, y la otra a la búsqueda de resolver las necesidades de las derechohabientes. Ambas medidas parten desde la comprensión de la organización y su contexto, la cual también es una de las debilidades encontradas en el diagnóstico ISO 9001:2015.

- **Adecuación del espacio del subproceso de “selección” en el proceso de emergencia obstétrica.**

La norma ISO 9001:2015 promueve un enfoque a procesos, y con base a los mapas creados en el diagnóstico del presente documento, se analizaron los diferentes subprocesos de las atenciones de emergencia, realizando una comparación con otros procesos de emergencia del ISSS. Para ello se realizaron visitas al Hospital General, el Hospital Médico Quirúrgico y el Hospital Policlínico Zacamil, todos ellos con un proceso de atenciones de emergencia de 24 horas.

A partir de las visitas realizadas se encuentra que el subproceso en el cual difiere el Hospital 1° de mayo de los otros 3 hospitales visitados, es el de “selección”, ya que:

- La “selección”, como se observa en la figura 14, es un subproceso que todos los procesos de emergencia del tercer nivel de atención del ISSS utilizan, esto debido a la necesidad de determinar que pacientes requieren una atención prioritaria por sobre otros, debido a la gravedad de su condición de salud. Para realizar la selección, los médicos responsables de ella utilizan el “Triage” hospitalario¹⁹.

¹⁹ Procedimiento preliminar de valoración clínica en la cual el médico determina el grado de urgencia con el que llega el paciente a la emergencia. La clasificación de los pacientes es por colores y en base a eso se define el tiempo en el que serán atendidos.

- La emergencia obstétrica del hospital 1° de mayo difiere del resto de hospitales, quienes clasifican a sus pacientes en 5 categorías²⁰, según su necesidad de atención. La emergencia obstétrica solo clasifica a sus pacientes en tres categorías: pacientes verdes, amarillas o rojas.
- En la “selección” de los hospitales visitados el médico responsable tiene total visibilidad de las pacientes que ingresan a emergencia, es decir que a simple vista tiene un criterio del estado en el que llegan las pacientes y puede dar una prioridad inicial. En cambio, el hospital 1° de mayo, ha creado para su selección un cuarto cerrado, esto debido a la especialidad obstétrica y de que algunas pacientes requieren evaluaciones en donde es necesaria la privacidad para las pacientes. La dificultad de este cuarto es que ni el médico, ni la enfermera que lo apoya, ven a las pacientes que están esperando ser seleccionadas, o si su condición cambio o empeora mientras están esperando ser atendidas.

Debido a este análisis, se aprobó por parte de la dirección general del ISSS las modificaciones al espacio físico en el que se realiza la emergencia. Por lo que junto a la dirección local y el área de mantenimiento general del instituto, se realizarán modificaciones al cuarto de selección, considerando siempre la necesidad de privacidad para examinar a las pacientes. Al cuarto se le abrirá una ventana corrediza, para que el médico tenga visibilidad directa al área de espera de pacientes que ingresan a la emergencia. Estos cambios ya están aprobados y en proceso, pero aún no están finalizados al momento de entrega de este documento.

²⁰ Triage de Manchester. Definido en el glosario de este documento.

- **Creación de un espacio para la visita de mujeres en proceso de maduración cervical**

Una de las necesidades de las derechohabientes y sus familiares es estar juntos durante el momento del parto. Debido a la infraestructura del Hospital 1° de mayo y la alta demanda, definida en el capítulo 1, no es posible que el padre o un familiar designado puedan estar con la derechohabiente en labor de partos, como lo ofrecen los hospitales privados.

La Organización Mundial de la Salud establece que todas las mujeres tienen el derecho a tener una vivencia del parto, una experiencia de vida que sea significativa y recordada con agrado, por lo que estableció recomendaciones para un **“Parto Humanizado”**. El Hospital Policlínico Zacamil ha implementado desde el mes de febrero del presente año, un proyecto piloto en el cual el padre puede estar en el momento en el que la derechohabiente está dando a luz. Este proyecto, encaminado a la humanización del parto, no puede ser replicado en el Hospital 1° de mayo, por lo que se está creando junto a la administración del centro una estrategia que se adecúe a los recursos del hospital.

La estrategia va dirigida a la habilitación de un cuarto de visitas para las mujeres en etapa de maduración cervical, las que aún no verifican parto y no son pasadas a los pisos de hospitalización, en donde si se reciben visitas. En este cuarto, las mujeres podrán recibir una corta visita del padre o del familiar designado, será monitoreado por personal de salud por si se presenta algún tipo de complicación y además, se podrá definir el horario de la visita desde las 8:00 am hasta las 6:00 pm, esto con el fin de evitar que todas las pacientes reciban la visita al mismo tiempo y tener un mejor control sobre ellas. Estos cambios ya están aprobados y en proceso, pero aún no están finalizados al momento de entrega de este documento.

4.3.3 Estrategias propuestas para ser desarrolladas por el centro

El grupo de tesis ha desarrollado para el Hospital 1° de Mayo y su proceso de emergencia obstétrica, distintas propuestas para fortalecer su sistema de gestión de la calidad, y que han sido presentadas en este capítulo. Cada una de estas propuestas ha sido creada en base a diagnósticos realizados en el centro, y para su construcción se ha considerado en primer lugar a las personas que participan en el día a día de la emergencia, y por la dirección, quienes también deben estar convencidos y empoderados de las propuestas, ya que ellos darán seguimiento una vez retirado el equipo de tesis.

Además de las propuestas ya implementadas y de lo propuesto por el manual de calidad creado por el grupo de tesis, y presentado en el anexo F. Se han considerando las mayores debilidades del diagnóstico ISO 9001:2015: el sistema de gestión de calidad y sus procesos, la planificación y la mejora continua, y ante ello se proponen para el Hospital 1° de Mayo las siguientes estrategias:

- **A nivel del SGC y sus procesos**

- a) Dar seguimiento y revisar periódicamente el análisis FODA para determinar los aspectos internos y externos que puedan afectar el logro de los objetivos del hospital, por posibles cambios que puedan afectar las estrategias.
- b) Definir todas las partes interesadas, no solo las derechohabientes, sino también los empleados, los proveedores, etc.
- c) Centrar el alcance del SGC al proceso de emergencia obstétrica del Hospital 1° de Mayo, hasta el aseguramiento del mismo, donde se puede tomar el modelo presentado en este trabajo e iniciar con otro de los procesos del Hospital.
- d) Determinar cuáles requisitos del SGC no aplican para el Hospital 1° de mayo, y que no afecten la capacidad de asegurar la conformidad de los servicios brindados y el aumento de la satisfacción del derechohabiente. Justificarlo y documentarlo.

- e) Los procesos creados por el equipo de este documento, deberán ser validados por las autoridades del centro, para gestionarlos y manejar sus interacciones. Se deberán determinar las entradas requeridas, las salidas esperadas, los criterios, métodos de operación y control, responsabilidad y autoridad, así como los recursos necesarios para los procesos y su disponibilidad. Para ello, las autoridades del centro pueden utilizar la herramienta PEPSU²¹.
- f) Determinar los riesgos y oportunidades del Proceso de Emergencia Obstétrica. El equipo responsable del centro puede recurrir a la herramienta AMEF²².
- g) Evaluar constantemente los procesos e implementar los cambios necesarios para asegurar los resultados previstos y la mejora continua. Manteniendo la información documentada de los mismos.

- **A nivel de Planificación**

- a) Al planificar se deberá considerar todo lo realizado en el apartado anterior.
- b) Enfocar la planificación al aumento de los efectos deseables, prevenir los efectos no deseados y lograr la mejora continua.
- c) Planificar acciones para abordar los riesgos y oportunidades, en base al impacto potencial en la conformidad de los servicios.
- d) Planificar en base a los procesos creados, evaluar la eficacia de las acciones y el aumento de la satisfacción del derechohabiente.
- e) Considerar los objetivos y política de calidad presentado en el manual del Anexo F, para las distintas acciones a planificar.
- f) Planificar el seguimiento de las acciones, la comunicación de las mismas y su actualización según corresponda.

²¹ Representación visual de cómo opera un proceso con relación a sus Proveedores, Entradas, Procesos, Salidas y Usuarios.

²² Análisis de Modo y Efecto de falla. Modo de identificar posibles fallas y sus efectos en un Sistema para priorizarlos y poder concentrar los recursos en planes de prevención, supervisión y respuesta.

- g) En la planificación se deberá determinar qué hacer, qué recursos se requieren, quienes serán los responsables, cuando se finalizará y cómo se evaluarán los resultados.
- h) Los cambios que se realicen deberán ser de manera planificada, y documentados.

- **A nivel de Mejora**

- a) Establecer reuniones de trabajo periódicas, para determinar las oportunidades de mejora del proceso de emergencia obstétrica, analizar los resultados obtenidos e implementar las acciones necesarias para cumplir los requisitos de las derechohabientes y aumentar su satisfacción. Considerando que las acciones deben ir dirigidas a: mejorar el servicio para cumplir los requisitos considerando las necesidades y expectativas futuras, corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados, mejorar el desempeño y la eficacia del sistema.
- b) Cuando ocurran no conformidad, o se generen quejas, el Hospital deberá tomar acciones para controlarla y corregirla, hacer frente a las consecuencias y evaluar la necesidad de acciones para eliminar la causa de las no conformidades, a fin de que no vuelvan a ocurrir. Para ello se podrá utilizar un análisis de causa y efecto, para determinar las causas raíces que ocasionaron la no conformidad. Al ser el Hospital 1° de mayo parte de un sistema mayor dentro del ISSS, el grupo de tesis ha creado un procedimiento de manejo de quejas, el cual es presentado en la figura 19.
- c) Para disminuir el impacto de los riesgos asociados a las atenciones de emergencia en salud brindadas a la mujer embarazada derechohabiente, el grupo de tesis propone una gestión del riesgo, en donde deberán definirse los diferentes riesgos de las partes del proceso. Para ello, en el anexo E el grupo de tesis creó una ficha del proceso y tablas de criterio para valorar los diferentes riesgos.

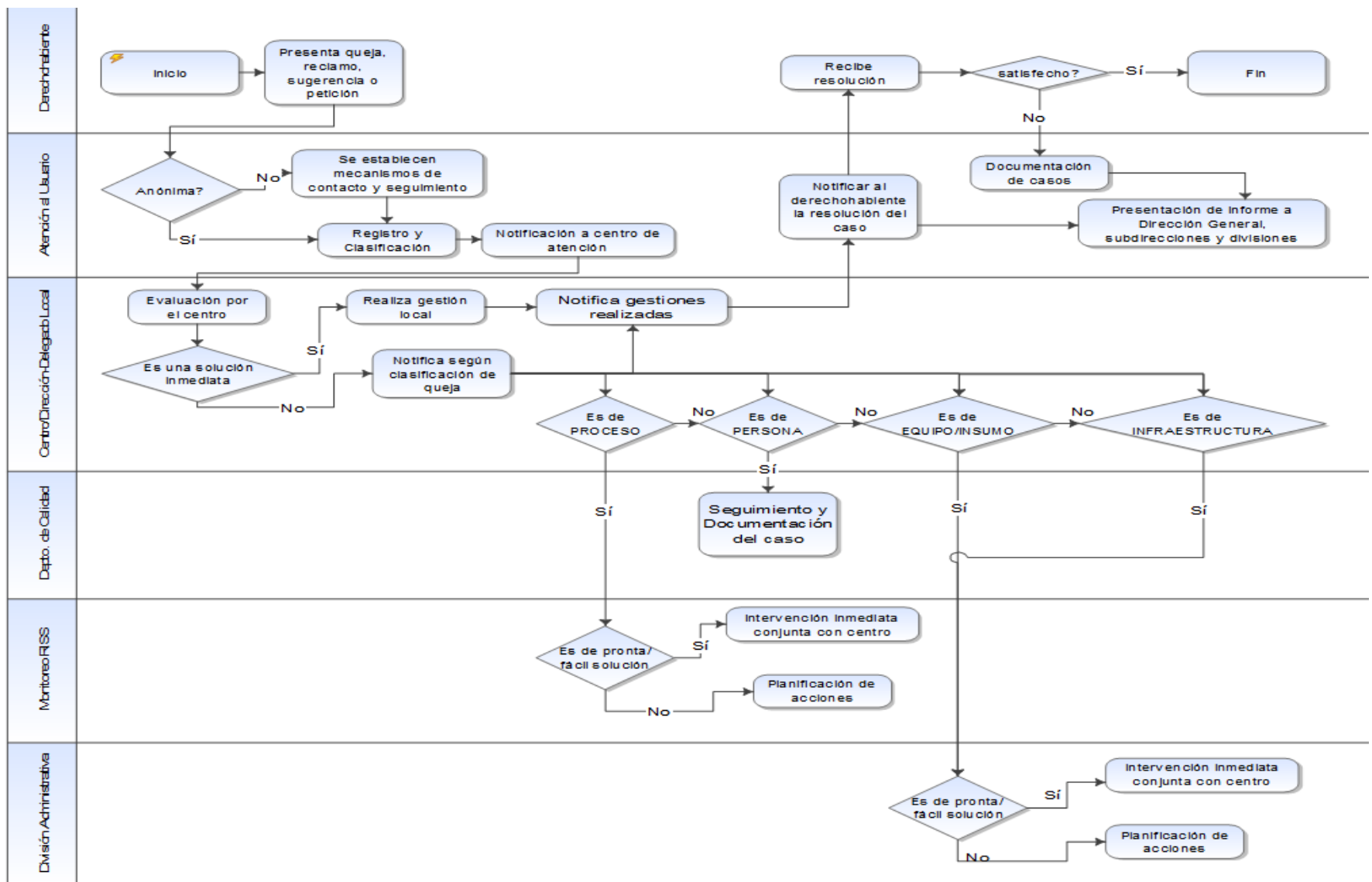


Figura 19. Procedimiento de manejo de quejas para el Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis.

Si bien la creación del presente documento ha generado algunas estrategias encaminadas a mejorar la satisfacción de las derechohabientes, el Hospital 1° de Mayo debe dar seguimiento a estas acciones, su mejora y su aseguramiento. La realización periódica de la encuesta SERVQUAL, permitirá medir la percepción de las derechohabientes, además, las otras estrategias y herramientas presentadas son de utilidad para seguir en la búsqueda de la mejora continua, y la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad. El manual creado en el anexo F, también es una herramienta que servirá para estos fines.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Luego de haber contextualizado al Instituto Salvadoreño del Seguro Social y a su Hospital Materno Infantil Primero de Mayo, de establecer un marco de referencia teórica, de realizar un diagnóstico desde diversos puntos de vista, de haber implementado acciones de mejora y planteado las necesidades y herramientas para implementar un SGC en el Hospital 1° de mayo, el equipo de trabajo desarrolla y propone las siguientes conclusiones y recomendaciones.

5.1 Conclusiones

- La norma ISO 9001 es una herramienta de mejora que puede ser utilizada por todo tipo de organizaciones que buscan incrementar la satisfacción de sus clientes. Es una guía que puede ser utilizada no solo por el Hospital 1° de Mayo y su proceso de emergencia obstétrica, si no por los diferentes centros en los distintos niveles de atención, y sus demás dependencias.
- Actualmente los derechohabientes no tienen una percepción favorable del Hospital 1° de Mayo, su infraestructura necesita constante mantenimiento, no es el único centro de atención del ISSS, esta insertado dentro de un sistema complejo, y actualmente tampoco maneja una gestión basada en riesgo. Pero aún así, posee el recurso humano con habilidades y dispuesto para la gestión de mejoras, así como con la experiencia de la resolución de eventos adversos pasados.
- Los principios de la Gestión de la Calidad: enfoque al cliente, liderazgo, compromiso de las personas, enfoque basado en procesos, mejora, enfoque basado en hechos para la toma de decisiones y la gestión de relaciones, son ideas fundamentales para la

dirección y operación de una organización que desea la mejora continua de manera permanente y sostenida. El Hospital 1° de mayo, basado en todos los diagnósticos realizados, no maneja un enfoque basado en procesos, y el resto de principios únicamente son manejados de manera parcial, por lo que podemos concluir que si no realiza un cambio radical para su operación, tomado desde su dirección, no alcanzará una mejora continua, sino logros temporales que no son sostenidos en el tiempo, y que cambiarán con cada nueva administración.

- Para implementar un SGC basado en la norma ISO 9001:2015, será necesario que en base a cada uno de los requisitos planteados en el capítulo 3 y el manual de calidad del anexo F, el Hospital 1° de Mayo evalúe su nivel de cumplimiento, y que medidas puede desarrollar para el logro de las mismas.
- La metodología utilizada para el desarrollo de esta tesis puede ser utilizada para cualquier otro centro de atención del ISSS, sin importar su nivel de complejidad.

Prueba de ello, es que la dirección general del seguro social aprobó, en la búsqueda de la mejora de la satisfacción de los derechohabientes, la implementación de la metodología utilizada en este documento, para 10 centros del área metropolitana, los cuales poseen el mayor número de quejas registradas: Hospital General, Hospital Médico Quirúrgico, Consultorio de Especialidades, Hospital Materno Infantil Primero de Mayo, Hospital Policlínico Zacamil, Unidad Médica Santa Tecla, Unidad Médica 15 de Septiembre, Unidad Médica Atlacatl, Farmacia General Metro ISSS y Unidad de Medicina Física y Rehabilitación. Esta implementación, que ha sido dirigida por el mismo equipo de trabajo que desarrollo este documento, está orientada en una primera fase a desarrollar intervenciones que a corto plazo puedan ser percibidas por los derechohabientes y puedan ser sostenidas en el tiempo.

Al momento de entrega de este documento, ya se implementaron intervenciones creadas con un enfoque a procesos y que buscan la satisfacción de los derechohabientes: se ha reducido el tiempo del proceso de emergencia del Hospital General, un paciente que esperaba 4 horas por la respuesta de sus exámenes de laboratorio, hoy obtiene su respuesta en 1 hora 30 minutos; se ha reducido el tiempo en el proceso de farmacia del Consultorio de Especialidades y la Unidad Médica 15 de septiembre; se ha implementado en el proceso de consulta externa de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, una nueva etapa, la cual permitirá reducir el número de referencias no correspondientes al centro, permitiendo una mayor oportunidad de cita para los derechohabientes que necesitan de una atención más pronta, entre otras.

5.2 Recomendaciones

- Si el objetivo del Hospital 1° de Mayo es mejorar la satisfacción de sus derechohabientes y la calidad de los servicios prestados, es necesario que cada una de las acciones de mejora planeadas, no sean únicamente ejecutadas, sino que también cuenten con indicadores medibles, que puedan ser monitoreados y posteriormente evaluados, para la realización de continuas mejoras, y el aseguramiento de acciones positivas al centro.
- El Hospital 1° de mayo, y en general todas las dependencias del ISSS, deben considerar dentro de sus presupuestos los costos de la calidad, ya que de no hacerlo seguirán aumentando los costos de la mala calidad: manejo de quejas y reclamos, pago de demandas, manejo de la mala imagen institucional, entre otros.

GLOSARIO

Derechohabiente: afiliado al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, así como sus beneficiarios.

Servicio hospitalario: Área específica de atención dentro del hospital. Por ejemplo: Servicio de labor de partos, servicio de puerperio, servicio de neonatología, etc.

Maduración cervical: Fase previa al trabajo de parto.

Triage de Manchester: El triage es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. El Triage Manchester Group estableció un sistema de clasificación de 5 niveles y a cada una de estas nuevas categorías o niveles se le atribuyó un número, un color y un nombre que se definió en términos de «tiempo clave» o «tiempo máximo para el primer contacto con el terapeuta».

Nivel	Tipo de urgencia	color	Tiempo de espera
1	RESUCITACIÓN	ROJO	Atención de forma inmediata
2	EMERGENCIA	NARANJA	10 - 15 MINUTOS
3	URGENCIA	AMARILLO	60 MINUTOS
4	URGENCIA MENOR	VERDE	2 HORAS
5	SIN URGENCIA	AZUL	4 HORAS

Figura 20. Triage de Manchester

REFERENCIAS

NAVA CARBELLIDO, V. (2017). *ISO 9001:2015 Desarrollo e implantación de la norma de calidad para la mejora continua*. México: Editorial Limusa.

CASTRILLÓN CIFUENTES, J. (2010). *Costos para gerenciar servicios de salud*. Barranquilla: Ediciones Uninorte.

OSTERWALDER, A. & PIGNEUR, Y. (2011). *Generación de modelos de negocio*. Barcelona: Centros libros PAPF.

JIMÉNEZ DE DIEGO, M.J. (2013). *Revisión del Autodiagnóstico y Diseño del Plan de Mejora del Ministerio de Administración Pública, basado en la metodología CAF*. República Dominicana.

González Medécigo, L. E.; y Gallardo Díaz, E.G. 2012; 13 (8) ISSN: 1067-6079 *Calidad de la atención médica: La diferencia entre la vida o la Muerte*. Revista Digital Universitaria. <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/art81.pdf>

Serrano Bedia, A.M.; López Fernández, C.; García Piqueres, G. (2007). *Gestión de la Calidad en Servicios: Una Revisión desde la Perspectiva del Management*. Cuadernos de Gestión 2007; 7 (1): 0303-0409. España.

Aguilar Hernández, S., López García, P. & Anaya Alas, A. (2016). *Propuesta de implementación de un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2015 de Boca Olas Resort* (tesis de postgrado). Universidad Don Bosco, El Salvador.

Zúniga Suárez, C. & Alvarenga Cardoza, C. (2011). *Programa piloto de seguridad del paciente en el hospital nacional de niños Benjamín Bloom* (tesis de postgrado). Universidad Don Bosco, El Salvador.

Chávez Molina, P., Peralta Santamaría, A. & Soto de Zeledón, J. (2017). Diagnóstico del área de enfermería de la unidad de emergencia del hospital nacional “Dr. Juan José Fernández” zacamil (HNZ), a partir de la formulación de una herramienta para la evaluación de los riesgos laborales (tesis de postgrado). Universidad Don Bosco, El Salvador

Fuentes electrónicas

<https://www.iso.org/home.html> (Consulta: 05/02/18, 24/05/18, 18/06/18)

<https://www.iss.gov.sv> (Consulta: 05/02/18, 24/05/18, 18/06/18, 30/06/18)

<http://www.transparencia.gov.sv/institutions/iss> (Consulta: 05/02/18, 24/05/18)

ANEXOS

ANEXO A. Modelo de encuesta SERVQUAL utilizada en Hospital Materno Infantil Primero de Mayo



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
ENCUESTA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

FECHA: _____

CENTRO: _____

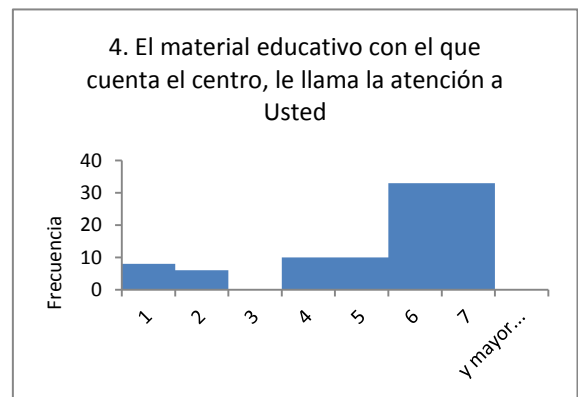
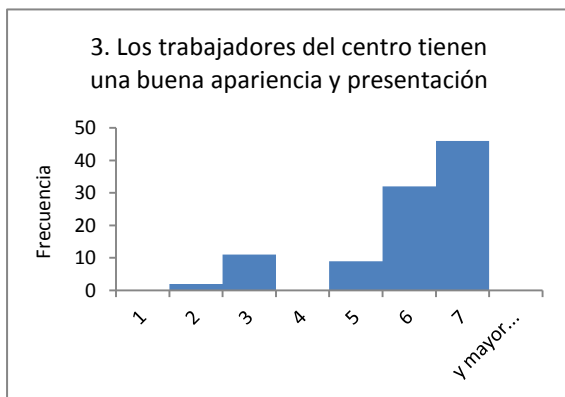
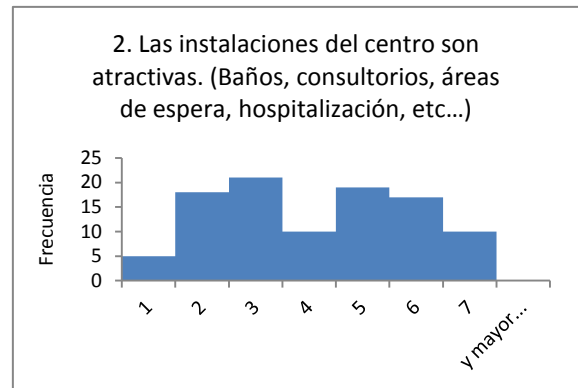
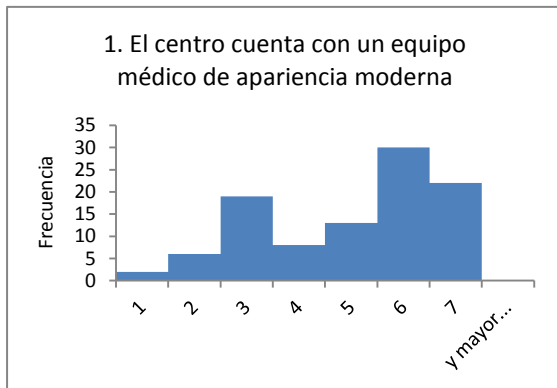
INSTRUCCIONES:

En la búsqueda de una mejora continua que beneficie a nuestros derechohabientes, hemos creado esta encuesta que busca conocer su percepción respecto a la calidad de los servicios brindados por el ISSS en este centro de atención. Cada afirmación puede ser contestada en una escala de siete puntos, según su criterio como usuario del centro, y va desde “totalmente de acuerdo=7” hasta “totalmente en desacuerdo=1”, marque con una “X” aquella afirmación que le parezca más acertada. Agradecemos su opinión y su tiempo.

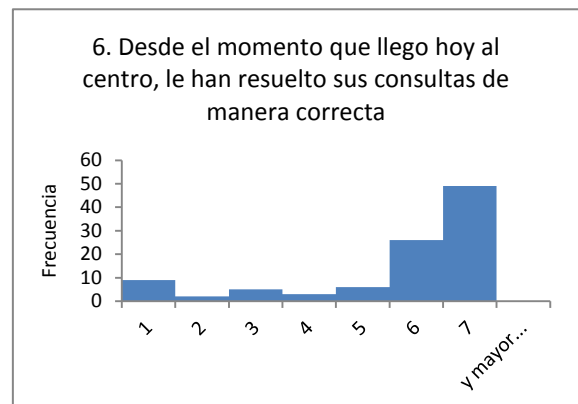
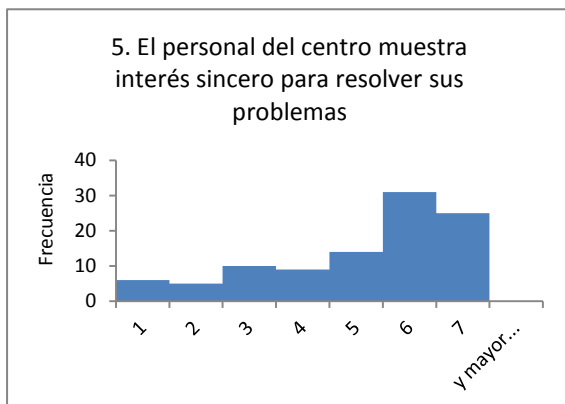
Dimensión		Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo	
		1	2	3	4	5	6	7
Tangible	El centro cuenta con un equipo médico de apariencia moderna							
	Las instalaciones del centro son atractivas. (Baños, consultorios, áreas de espera, hospitalización, etc....)							
	Los trabajadores del centro tienen una buena apariencia y presentación							
	El material educativo (notas, murales, folletos, carteles, etc.) con el que cuenta el centro, le llama la atención a Usted							
Confiable	El personal del centro muestra interés sincero para resolver sus problemas							
	Desde el momento que llego hoy al centro, le han resuelto sus consultas de manera correcta							
	Le brindan los servicios en el momento que prometieron hacerlo (horario de consulta, fecha de cita, toma de exámenes, entrega de medicamentos, etc.)							
	Los registros o comprobantes que le brindan (recetas, exámenes, referencias) siempre están libres de errores							
Respuesta	El personal del centro en las diferentes áreas siempre le explica en qué momento se le atenderá							
	El personal del centro brinda un servicio rápido y oportuno							
	El personal del centro busca resolver sus solicitudes							
Certidumbre	La actitud de los empleados del centro le inspira confianza.							
	Confía en el proceso de atención (el diagnóstico, el tratamiento) que le han brindado.							
	Los empleados del centro son siempre corteses con usted.							
	Los empleados del centro tienen los conocimientos para responder a sus preguntas.							
Empatía	El centro da respuesta a su expectativa de atención oportuna, individual y de forma discrecional							
	El centro tiene horarios de atención que son cómodos para usted							
	Los empleados del centro comprenden sus necesidades específicas.							

ANEXO B. Resultados de la encuesta SERVQUAL en el Hospital 1° de Mayo

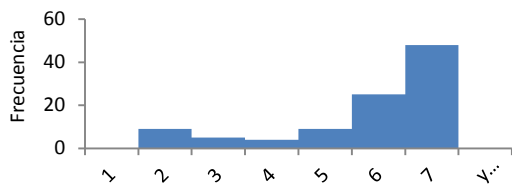
Dimensión Tangible



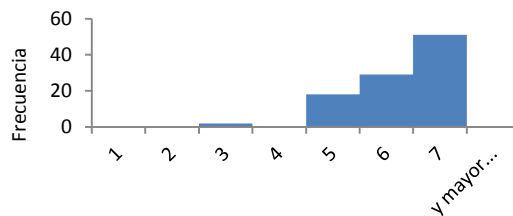
Dimensión Confiable



7. Le brindan los servicios en el momento que prometieron hacerlo (horario de consulta, fecha de cita, toma de exámenes, entrega de medicamentos, etc.)

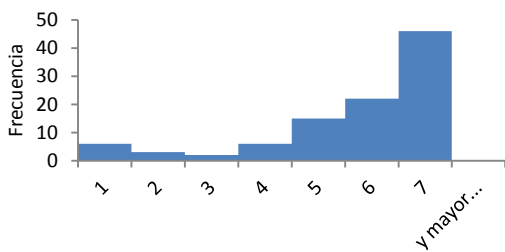


8. Los registros o comprobantes que le brindan (recetas, exámenes, referencias) siempre están libres de errores

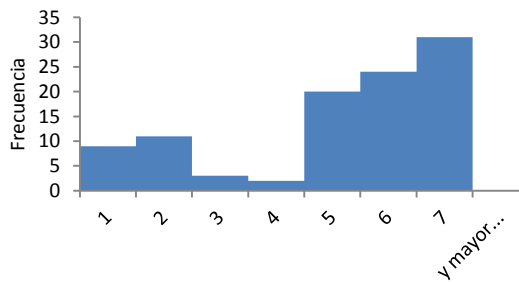


Dimensión Respuesta

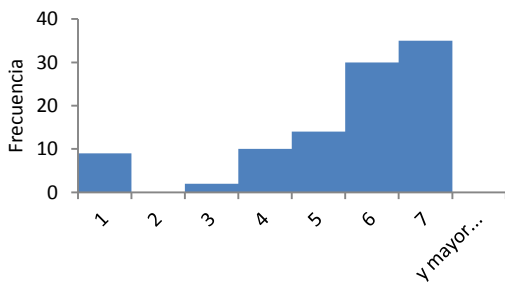
9. El personal del centro en las diferentes áreas siempre le explica en qué momento se le atenderá



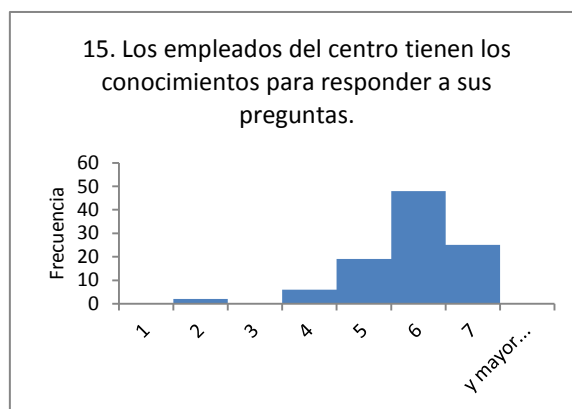
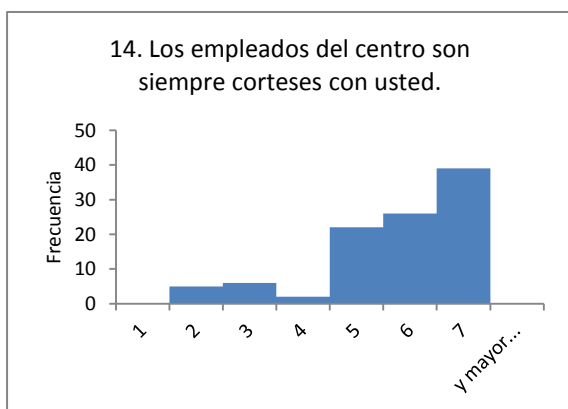
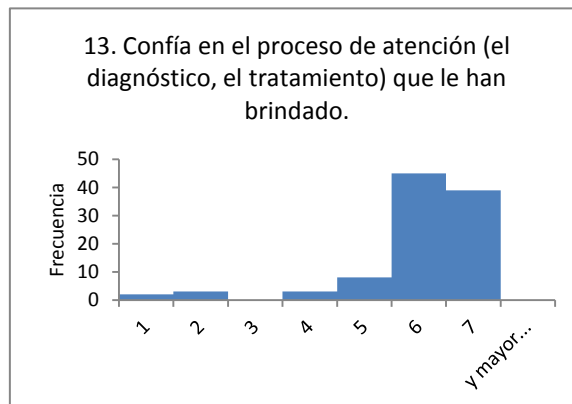
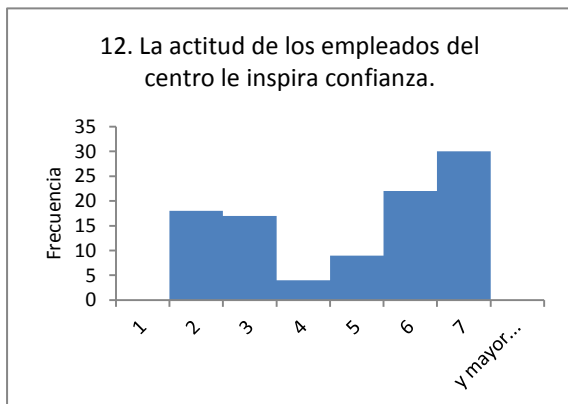
10. El personal del centro brinda un servicio rápido y oportuno



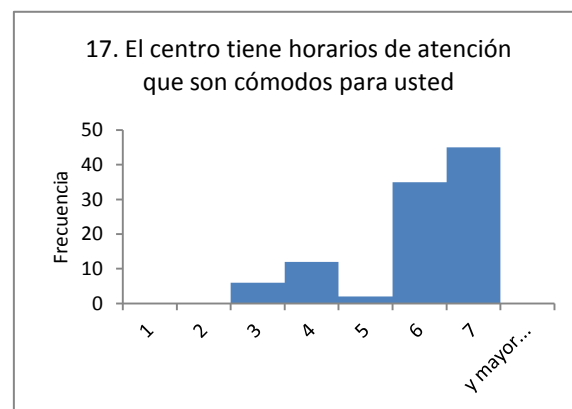
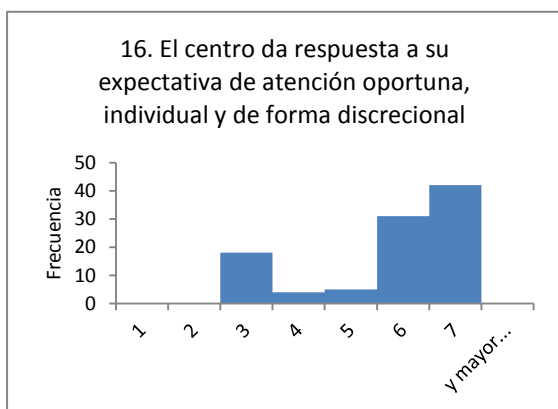
11. El personal del centro busca resolver sus solicitudes



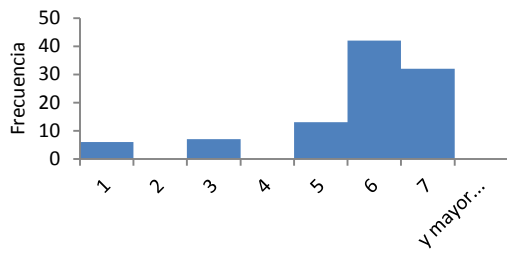
Dimensión Certidumbre



Dimensión Empatía



18. Los empleados del centro comprenden sus necesidades específicas.



ANEXO C. Tabla de cumplimiento de requisitos de la Norma ISO 9001:2015 en el Hospital 1° de Mayo. Fuente: grupo de tesis.

REQUISITOS			Cumplimiento			Comentarios y observaciones
ISO-9001:2008	ISO-9001:2015	REQUISITOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	Cumple	No Cumple	No Aplica	
4	4	CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN				
4	4.1	Comprensión de la organización y de su contexto				
		¿Se han determinado los aspectos internos y externos que pueden afectar al logro de los objetivos del SGC?		X		No se ha visualizado la importancia de un SGC
		¿Se realiza el seguimiento y revisión de la información relacionada a los aspectos internos y externos?		X		
4	4.2	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas				
		¿Se han determinado las partes interesadas, así como los requisitos de las mismas, que son relevantes para el SGC?		X		Se conocen las partes interesadas pero no en el contexto de un SGC
		¿Se realiza el seguimiento y la revisión de la información relevante sobre estas partes interesadas?		X		
1.2, 4.2.2	4.3	Determinación del alcance del SGC				
		¿Se ha establecido el alcance del SGC con base en la determinación de los límites y aplicabilidad del SGC.		X		
		Al determinar el alcance del SGC la organización ha considerado:		X		
		a) las cuestiones internas y externas indicadas en la sección 4.1		X		
		b) los requisitos de las partes involucradas determinadas en la sección 4.2;		X		
		c) los productos y servicios de la organización		X		
		¿Se ha determinado cuáles requisitos de esta norma son aplicables al SGC y en caso que algunos puntos no apliquen se proporciona la justificación correspondiente?		X		
		¿El alcance del SGC está disponible y se mantiene como información documentada?		X		
		¿Se establece en el alcance los tipos de productos y servicios que cubre?		X		

REQUISITOS			Cumplimiento			Comentarios y observaciones
ISO-9001:2008	ISO-9001:2015	REQUISITOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	Cumple	No Cumple	No Aplica	
		¿Se comprueba que los requisitos que se han definido como no aplicables no afectan a la capacidad o responsabilidad de la organización de asegurar la conformidad de su producto y servicios y del aumento de la satisfacción del derechohabiente.		X		
4, 4.1	4.4	Sistema de gestión de la calidad y sus procesos				
		¿Se ha establecido, implementado, mantenido y mejorado el SGC, sus procesos e interacciones, así como su aplicación a través de la organización?		X		
		¿Se han determinado las entradas requeridas, las salidas esperadas, los criterios, métodos para la operación y control, responsabilidad y autoridad, así como los recursos necesarios para los procesos del SGC y se asegura su disponibilidad?		X		
		¿Se abordan los riesgos y las oportunidades de acuerdo con los requisitos del apartado 6.1?		X		
		Se evalúan los procesos e implementan los cambios necesarios para asegurar que los procesos logran los resultados previstos y éstos se mejoran continuamente?	X			
		La organización mantiene información documentada para apoyar la operación de sus procesos y la conserva para demostrar que éstos se realizan de acuerdo a lo planificados?	X			
5	5	LIDERAZGO				
5.1	5.1	Liderazgo y compromiso				
5.1	5.1.1	Generalidades				
		¿La alta dirección demuestra su liderazgo y compromiso con relación a la eficacia del SGC?	X			
		¿La política y los objetivos de la calidad son compatibles con el contexto y la dirección estratégica de la organización?	X			
		¿La alta dirección promueve el enfoque de procesos y el pensamiento basado en riesgos, comunica la importancia del SGC y promueve la mejora continua de forma que el SGC logre los resultados previstos?		X		
		¿Se asegura que los recursos necesarios para el SGC estén disponibles?		X		
		¿Compromete, dirige y apoya a las personas para contribuir a la eficacia del SGC?		X		No existe SGC
		¿Apoya otros roles de la dirección para demostrar su liderazgo acorde a sus áreas de responsabilidad?	X			
5.2	5.1.2	Enfoque al derechohabiente				
		¿La alta dirección demuestra su liderazgo y compromiso con el derechohabiente asegurando que se determinan y cumplen los requisitos del derechohabiente y los reglamentarios aplicables?.	X			

REQUISITOS			Cumplimiento			Comentarios y observaciones
ISO-9001:2008	ISO-9001:2015	REQUISITOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	Cumple	No Cumple	No Aplica	
		¿Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que pueden afectar la conformidad del producto y servicio así como la capacidad para aumentar la satisfacción del derechohabiente?		X		
		¿Se mantiene el enfoque en aumentar la satisfacción del derechohabiente?		X		
5.3	5.2	Política				
5.3	5.2.1	Desarrollo de la política de la calidad				
		¿La alta dirección ha establecido, implementado y mantenido una política de calidad que sea apropiada al propósito y contexto de la organización y apoye a su dirección estratégica?	X			
		¿La política de calidad proporciona un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de la calidad?		X		
		¿Incluye un compromiso de cumplir los requisitos aplicables y la mejora continua del SGC?		X		No existe SGC
5.3	5.2.2	Comunicación de la política de la calidad				
		¿La política de la calidad está disponible y se mantiene como información documentada?	X			
		¿La política se ha comunicado, es entendida y se aplica dentro de la organización?		X		
		¿Está disponible para las partes interesadas pertinentes?	X			
5.5.1, 5.5.2, 5.4.2	5.3	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización				
		¿La alta dirección se asegura que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignan, se comunican y se entienden en toda la organización?	X			
		¿Se asegura que los procesos generan las salidas previstas?		X		
		¿Se informa a la alta dirección sobre el desempeño del SGC y sobre las oportunidades de mejora (ver 10.1)?		X		No existe SGC
		¿Se asegura que se promueve el enfoque al derechohabiente en toda la empresa?		X		
		Se asegura que la integridad del SGC se mantiene cuando se planifican e implementan cambios en el SGC.		X		No existe SGC
5.4.2	6	PLANIFICACIÓN				
5.4.2, 8.5.3	6.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades				
5.4.2, 8.5.3	6.1.1	Generalidades				

REQUISITOS			Cumplimiento			Comentarios y observaciones
ISO-9001:2008	ISO-9001:2015	REQUISITOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	Cumple	No Cumple	No Aplica	
		¿Al planificar el SGC se han considerado las cuestiones internas y externas, los requisitos de las partes interesadas y determinar los riesgos y oportunidades que son necesarias abordar con el fin de asegurar que: El SGC logra los resultados previstos?		X		No existe SGC
		¿Se aumentan los efectos deseables, se previenen los efectos no deseados y se logra la mejora continua?		X		
5.4.2, 8.5.3	6.1.2	Planificación de acciones				
		¿La organización planifica acciones para abordar los riesgos y oportunidades?		X		
		¿Planifica la manera de integrar e implementar las acciones en sus procesos del SGC? (Ver 4.4) y evaluar la eficacia de esas acciones.		X		No existe SGC
		¿Las acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades son proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los productos y servicios?		X		
5.4.1	6.2	Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos				
5.4.1	6.2.1	Establecimiento de objetivos de la calidad				
		¿Se han establecido los objetivos de calidad para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios del SGC?		X		
		¿Los objetivos de calidad son coherentes con la política de la calidad?		X		
		b) ¿Son medibles?		X		
		c) ¿toma en cuenta los requisitos aplicables?		X		
		d) Son pertinentes con la conformidad del producto y servicio y el aumento de la satisfacción del derechohabiente?		X		
		e) ¿Se les da seguimiento?		X		
		f) ¿Son comunicados?	X			
		g) ¿se actualizan según corresponda?		X		
		¿Se mantiene información documentada de los objetivos de calidad?	X			
5.4.1	6.2.2	Planificación de acciones para lograr los objetivos de la calidad				
		¿Al planificar cómo lograr los objetivos de la calidad la organización determina qué hacer, qué recursos se requieren, responsable, cuándo se finalizará y cómo se evaluarán los resultados?		X		
5.4.2	6.3	Planificación de los cambios				
		¿Cuándo se determinan cambios al SGC, éstos se realizan de manera planificada?		X		No existe SGC

REQUISITOS			Cumplimiento			Comentarios y observaciones
ISO-9001:2008	ISO-9001:2015	REQUISITOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	Cumple	No Cumple	No Aplica	
		La organización considera: ¿el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales, la integridad del SGC, la disponibilidad de recursos y la asignación de responsabilidades y autoridades?		X		
6	7	APOYO				
6	7.1	Recursos				
6.1	7.1.1	Generalidades				
		¿Se ha determinado y se proporcionan los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC?		X		No existe SGC
		La organización considera: a) las capacidades y limitaciones de los recursos internos existentes?		X		
		b) Qué se necesita obtener de los proveedores externos?	X			
6.1	7.1.2	Personas				
		Se determinan y proporcionan las personas necesarias para la implementación eficaz de su SGC y para la operación y control de sus procesos?		X		
6.3	7.1.3	Infraestructura				
		La organización determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios?		X		
		La infraestructura incluye: a) edificios y servicios asociados		X		
		b) equipo, incluyendo hardware y software		X		
		c) recursos de transporte		X		
		d) tecnologías de la información y la comunicación		X		
6.4	7.1.4	Ambiente para la operación de los procesos				
		¿Se ha determinado, se proporciona y mantiene el ambiente necesario para la operación de los procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios?	X			
		El ambiente de trabajo, (según aplique) considera factores humanos y físicos tales como: sociales, psicológicos, físicos.		X		
7.6	7.1.5	Recursos de seguimiento y medición				
7.6	7.1.5.1	Generalidades				
		¿Se ha determinado y se proporcionan los recursos necesarios para asegurarse de la validez y fiabilidad de los resultados cuando se realice seguimiento o la medición para verificar la conformidad de los productos y servicios con los requisitos?		X		

REQUISITOS			Cumplimiento			Comentarios y observaciones
ISO-9001:2008	ISO-9001:2015	REQUISITOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	Cumple	No Cumple	No Aplica	
		Los recursos proporcionados: Son apropiados para las actividades de seguimiento y medición realizadas y se mantienen para asegurarse de la idoneidad continua?		X		
		¿Se conserva la información documentada apropiada como evidencia de que los recursos de seguimiento y medición son apropiados para su propósito?	X			
7.6	7.1.5.2	Trazabilidad de las mediciones				
		Cuando la trazabilidad de las mediciones es un requisito, el equipo de medición: a) Se calibra o verifica a intervalos planificados, o antes de su de su utilización contra patrones de medición internacionales o nacionales, cuando no existen tales patrones se conserva como información documentada la base utilizada para la calibración o la verificación?	X			
		b) se identifica para determinar su estado?	X			
		c) se protege contra ajustes, daño o deterioro que pudieran invalidar el estado de calibración y los posteriores resultados de la medición?		X		
		¿Se determina si la validez de los resultados de medición previos se ha visto afectada de manera adversa cuando el equipo de medición se considere no apto para su propósito previsto y se toman acciones adecuadas en caso necesario?		X		
N/A	7.1.6	Conocimiento de la organización				
		¿Se determinan los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios?		X		
		¿Los conocimientos se mantienen y se ponen a disposición en la medida necesaria?		X		
		¿Cuando se abordan las necesidades y tendencias cambiantes, la organización considera los conocimientos actuales y determina cómo adquirir o acceder a los conocimientos adicionales necesarios y sus actualizaciones requeridas?	X			
6.2.1, 6.2.2	7.2	Competencia				
		a) ¿Se determinan las competencias necesarias de las personas que realizan bajo su control, trabajos que afectan el desempeño y eficacia del SGC?		X		
		b) ¿se asegura que las personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas?	X			
		c) Cuando es aplicable, se toman acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas?	X			

REQUISITOS			Cumplimiento			Comentarios y observaciones
ISO-9001:2008	ISO-9001:2015	REQUISITOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	Cumple	No Cumple	No Aplica	
		d) se conserva la información documentada apropiada como evidencia de la competencia del personal?	X			
6.2.2	7.3	Toma de conciencia				
		Se asegura de que las personas que realizan el trabajo bajo control de la organización tomen conciencia de: a) la política de calidad, los objetivos de calidad, su contribución a la eficacia del SGC incluidos los beneficios de una mejora al desempeño así como implicaciones de incumplimiento de requisitos?		X		
5.5.3	7.4	Comunicación				
		Se determinan las comunicaciones internas y externas pertinentes al SGC que incluyan: a) qué comunicar; b) cuándo comunicar; c) a quién comunicar; d) cómo comunicar; e) quién comunica		X		
4.2	7.5	Información documentada				
4.2.1	7.5.1	Generalidades				
		El SGC de incluye: a) la información documentada requerida por la Norma ISO 9001:2015?		X		No existe SGC
		b) La información documentada que se considera necesaria para la eficacia del SGC?		X		No existe SGC
4.2.3, 4.2.4	7.5.2	Creación y actualización				
		Al crear y actualizar la información documentada se asegura de que lo siguiente sea apropiado: a) la identificación y descripción de la información documentada (título, fecha, autor, no. de referencia)	X			
		b) el formato y los medios de soporte (papel, electrónico)	X			
		c) la revisión y aprobación con respecto a la idoneidad y adecuación	X			
4.2.3, 4.2.4	7.5.3	Control de la información documentada				
4.2.3, 4.2.4	7.5.3.1	Disponibilidad e idoneidad				
		La información documentada requerida por el SGC y por la Norma ISO 9001:2015 se controla para asegurar que: a) está disponible y es idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite.		X		No existe SGC
		b) está protegida adecuadamente		X		No existe SGC
4.2.3, 4.2.4	7.5.3.2	Distribución, almacenamiento, control de cambios, conservación y disposición				
		El control de la información documentada incluye:	X			

REQUISITOS			Cumplimiento			Comentarios y observaciones
ISO-9001:2008	ISO-9001:2015	REQUISITOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	Cumple	No Cumple	No Aplica	
		a) distribución, acceso, recuperación y uso				
		b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad.	X			
		c) control de cambios	X			
		d) conservación y disposición	X			
		La información documentada de origen externo, que se considera necesaria para la planificación y operación del SGC se idéntica y controla apropiadamente?	X			
		¿La información documentada conservada como evidencia de la conformidad se protege contra modificaciones no intencionadas?	X			
7	8	OPERACIÓN				
7.1	8.1	Planificación y control operacional				
		Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios. Se implementa las acciones para la atención de riesgos y alcanzar los objetivos de la calidad (cap. 6) mediante: a) la determinación de los requisitos para los productos y servicios	X			
		b) 1. El establecimiento de criterios para los procesos?		X		
		b) 2. El establecimiento de criterios para la aceptación de productos y servicios?	X			
		c) se determinan los recursos necesarios para lograr la conformidad de los requisitos de los productos y servicios?	X			
		d) se implementa el control de los procesos de acuerdo a los criterios?		X		
		e) se determina y almacena la información documentada para: 1. Asegurar que los procesos se llevan a cabo de acuerdo a lo planificado		X		
		2. Demostrar la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos	X			
7.2	8.2	Requisitos para los productos y servicios				
7.2.3	8.2.1	Comunicación con el derechohabiente				
		La comunicación con los derechohabientes incluye: a) proporcionar la información relativa a los productos y servicios?	X			
		b) atención de consultas, contratos, pedidos y cambios a los mismos	X			
		c) retroalimentación de los derechohabientes relacionado con productos y servicios, incluyendo las quejas		X		
		d) manejo y control de propiedad del derechohabiente	X			

REQUISITOS			Cumplimiento			Comentarios y observaciones
ISO-9001:2008	ISO-9001:2015	REQUISITOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	Cumple	No Cumple	No Aplica	
		e) establecer los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente		X		
7.2.1	8.2.2	Determinación de los requisitos relacionados con los productos y servicios				
		<p>Cuando se determinan los requisitos para los productos y servicios, la organización se asegura de que:</p> <p>a) los requisitos para los productos y servicios se definen incluyendo cualquier requisito legal y reglamentario, así como los considerados por la empresa?</p>	X			
		b) se asegura que se pueda cumplir con las declaraciones sobre el producto y servicios que ofrece?	X			
7.2.2	8.2.3	Revisión de los requisitos relacionados con los productos y servicios				
7.2.2	8.2.3.1	Capacidad para cumplir los requisitos relacionados con los productos y servicios				
		Se asegura de la capacidad para cumplir los requisitos para los productos y servicios que se ofrecen a los derechohabientes?		X		
		<p>Se lleva a cabo una revisión antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a un derechohabiente para incluir:</p> <p>a) los requisitos especificados por el derechohabiente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y posteriores a la misma?</p>		X		
		b) Los requisitos no establecidos por el derechohabiente, pero necesarios para el uso especificado o previsto?	X			
		c) Los requisitos especificados por la organización?	X			
		d) Los requisitos legales y reglamentarios aplicables a los productos y servicios?	X			
		e) Las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente?		X		
		Se asegura de que se resuelven las diferencias entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente?		X		
		Se confirman los requisitos del derechohabiente antes de la aceptación, cuando el derechohabiente no proporciona una declaración documentada de sus requisitos?		X		
7.2.2	8.2.3.2	Información documentada de la revisión de los requisitos relacionados con los productos y servicios				
		<p>Cuando es aplicable, se conserva la información documentada de:</p> <p>a) los resultados de la revisión?</p>	X			
		b) Cualquier nuevo requisito para los productos y servicios?	X			
7.2.2	8.2.4	Cambios en los requisitos para los productos y servicios				

REQUISITOS			Cumplimiento			Comentarios y observaciones
ISO-9001:2008	ISO-9001:2015	REQUISITOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	Cumple	No Cumple	No Aplica	
		Se asegura que, cuando cambien los requisitos para los productos y servicios, la información documentada se modifica y que las personas correspondientes sean conscientes de los requisitos modificados?	X			
7.3	8.3	Diseño y desarrollo de los productos y servicios				
7.3.1	8.3.1	Generalidades				
		Se ha establecido, implementado, mantenido un proceso de diseño y desarrollo (D&D) que sea adecuado para asegurar la posterior provisión de productos y servicios?		X		
7.3.1	8.3.2	Planificación del diseño y desarrollo				
		Al determinar las etapas y controles para el diseño y desarrollo la organización ha considerado:		X		
		a) la naturaleza, duración y complejidad de las actividades de diseño y desarrollo?		X		
		b) Las etapas del proceso requeridas, incluyendo las revisiones al D&D aplicables?		X		
		c) Las actividades requeridas de verificación y validación del D&D?		X		
		d) Las responsabilidades y autoridades involucradas en el proceso de D&D?		X		
		e) Las necesidades de recursos internos y externos para el D&D de los productos y servicios?		X		
		f) La necesidad de controlar las interfaces entre las personas que participan en el proceso de D&D?		X		
		g) La necesidad de participación activa de los derechohabientes y usuarios en el proceso D&D?		X		
		h) Los requisitos para la posterior de productos y servicios?		X		
		i) el nivel de control del proceso de D&D esperado por los derechohabientes otras partes interesadas?		X		
7.3.2	8.3.3	Entradas para el diseño y desarrollo				
		Se han determinado los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a para el D&D.?		X		
		Se ha considerado:		X		
		a) los requisitos funcionales y de desempeño?		X		
		b) La información proveniente de D&D similares?		X		
		c) Los requisitos legales y reglamentarios?		X		
		d) Normas y códigos de prácticas que la empresa debe implementar?		X		
		e) Las consecuencias potenciales de fallar debido a la naturaleza de los productos y servicios?		X		
		Las entradas son adecuadas para los fines del D&D, están completas y sin ambigüedades?		X		
		Las entradas del D&D contradictorias son resueltas?		X		
		Se conserva la información documentada sobre las		X		

REQUISITOS			Cumplimiento			Comentarios y observaciones
ISO-9001:2008	ISO-9001:2015	REQUISITOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	Cumple	No Cumple	No Aplica	
		entradas del D&D?				
7.3.4, 7.3.5, 7.3.6	8.3.4	Control del diseño y desarrollo				
		Se aplacan controles al proceso de D&D para asegurarse que:		X		
		a) se definen los resultados a lograr?		X		
		b) Se realizan revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del D&D para cumplir los requisitos?		X		
		c) Se realizan actividades de verificación para asegurarse de que las salidas del D&D cumplen los requisitos de las entradas?		X		
		d) Se realizan actividades de validación para asegurarse que los productos y servicios cumplen los requisitos para su aplicación o uso previsto?		X		
		e) Se toma cualquier acción necesaria sobre los problemas determinados durante la revisión o actividades de verificación y validación?		X		
		f) se conserva la información documentada de estas actividades?		X		
7.3.3	8.3.5	Salidas del diseño y desarrollo				
		Se asegura que las salidas del D&D:		X		
		a) cumplen con los requisitos de las entradas?		X		
		b) Son adecuadas para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios?		X		
		c) hacen referencia a los requisitos de seguimiento, medición y a los criterios de aceptación?		X		
		d) Especifican las características de los productos y servicios que son esenciales para su propósito previsto y su provisión segura y correcta?		X		
		Se conserva la información documentada sobre las salidas del D&D?		X		
7.3.7	8.3.6	Cambios del diseño y desarrollo				
		Se identifican, revisan y controlan los cambios hechos durante el D&D de los productos y servicios, o posteriormente en la medida necesaria para asegurarse que no haya un impacto adverso en la conformidad con los requisitos?		X		
		Se conserva la información documentada sobre:		X		
		a) los cambios del D&D?		X		
		b) los resultados de las revisiones?		X		
		c) la autorización de los cambios?		X		
		d) las acciones tomadas para prevenir impactos adversos?		X		
4.1, 7.4.1	8.4	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente				

REQUISITOS			Cumplimiento			Comentarios y observaciones
ISO-9001:2008	ISO-9001:2015	REQUISITOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	Cumple	No Cumple	No Aplica	
7.4.1	8.4.1	Generalidades				
		¿Se asegura de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conforme a los requisitos?	X			
		Se determinan los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente cuando: a) estos productos y servicios se incorporan dentro del propio producto y servicios de la organización?	X			
		b) los productos y servicios son proporcionados directamente a los derechohabientes por proveedores externos en nombre de la organización?	X			
		c) un proceso o una parte del proceso, es proporcionado por un proveedor externo como resultado de una decisión de la organización?	X			
		Se determinan y aplican criterios para la evaluación, selección, seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos, basándose en su capacidad para proporcionar procesos o productos y servicios de acuerdo a los requisitos.	X			
		Se conserva la información documentada de estas evaluaciones y de cualquier acción que surja al respecto?	X			
7.4.1, 7.4.3	8.4.2	Tipo y alcance del control				
		Se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios conformes a los derechohabientes?	X			
		a) se asegura de que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su SGC?		X		
		b) Se han definido los controles que se aplican a cada proveedor externo y los que pretende aplicar a las salidas resultantes?	X			
		c) 1. Se considera el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir con los requisitos (del derechohabiente y los legales y reglamentarios aplicables)		X		
		c) 2. Se considera la eficacia de los controles aplicados por el proveedor externo?		X		
		d) se determina la verificación u otra actividad necesaria para asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados cumplen los requisitos?	X			
7.4.2, 7.4.3	8.4.3	Información para los proveedores externos				

		REQUISITOS	Cumplimiento			Comentarios y observaciones
ISO-9001:2008	ISO-9001:2015	REQUISITOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	Cumple	No Cumple	No Aplica	
		Se asegura de la adecuación de los requisitos antes de comunicarlos al proveedor externo?	X			
		Se comunican a los proveedores externos sus requisitos para:	X			
		a) los procesos, productos y servicios a proporcionar?				
		b) la aprobación de				
		1. Productos y servicios;	X			
		2. Métodos, procesos y equipo;				
		3. La liberación de productos y servicios;				
		c) la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas	X			
		d) las interacciones del proveedor externo con la organización	X			
		e) el control y seguimiento del desempeño del proveedor externo a aplicar por parte de la organización	X			
		f) las actividades de verificación o validación que la organización, o su derechohabiente, pretenda llevar a cabo en las instalaciones del proveedor externo.	X			
7.5	8.5	Producción y provisión del servicio				
7.5.1, 7.5.2	8.5.1	Control de la producción y de la provisión del servicio				
		¿La producción y provisión del servicio está implementada bajo condiciones controladas?	X			
		En caso aplicable las condiciones controladas incluyen:				
		a) la disponibilidad de información documentada que defina:	X			
		1. las características de los productos y servicios o las actividades a desempeñar				
		2. Los resultados a alcanzar				
		b) la disponibilidad y uso de los recursos de seguimiento y medición adecuados?		X		
		c) la disponibilidad y uso de recursos de seguimiento y medición, para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos o sus salidas, y los criterios de aceptación para los productos y servicios?	X			
		d) el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la operación de los procesos?		X		
		e) la designación de personal competente, incluyendo calificación requerida?	X			
		f) validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados de los procesos, cuando las salidas resultantes no pueden verificarse mediante actividades de seguimiento y verificación posteriores?		X		
		g) implementación de acciones para prevenir los errores humanos?		X		

REQUISITOS			Cumplimiento			Comentarios y observaciones
ISO-9001:2008	ISO-9001:2015	REQUISITOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	Cumple	No Cumple	No Aplica	
		h) implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la salida?		X		
7.5.3	8.5.2	Identificación y trazabilidad				
		Se utilizan los medios apropiados para identificar las salidas, cuando sea necesario, para asegurar la conformidad de los productos y servicios?		X		
		Se identifica el estado de las salidas respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de la producción y prestación del servicio?		X		
		Se controla la identificación única de las salidas, cuando la trazabilidad es un requisito, y se conserva la información documentada necesaria para permitir la trazabilidad?	X			
7.5.4	8.5.3	Propiedad perteneciente a los derechohabientes o proveedores externos				
		Se cuida la propiedad perteneciente a los derechohabientes o a proveedores externos mientras esté bajo el control de la organización o estén siendo utilizadas por la misma?	X			
		Se identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad del derechohabiente o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación dentro de los productos y servicios?	X			
		En caso que la propiedad de un derechohabiente o de un proveedor se pierda, deteriore o de algún modo se considere inadecuado para su uso, se le informa al derechohabiente o al proveedor externo y se conserva la información documentada sobre lo ocurrido?	X			
7.5.5	8.5.4	Preservación				
		Se preservan las salidas durante la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos?	X			
7.5.1	8.5.5	Actividades posteriores a la entrega				
		Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la entrega de los productos y servicios?	X			
		Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega, se consideran: a) los requisitos legales y reglamentarios?	X			
		b) las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a los productos y servicios	X			
		c) la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de los productos y servicios	X			
		d) los requisitos del derechohabiente		X		
		e) la retroalimentación del derechohabiente		X		
7.3.7	8.5.6	Control de los cambios				
		Se revisan y controlan los cambios para la producción o la prestación del servicio, que permita asegurar la continuidad en la conformidad con los requisitos?		X		

REQUISITOS			Cumplimiento			Comentarios y observaciones
ISO-9001:2008	ISO-9001:2015	REQUISITOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	Cumple	No Cumple	No Aplica	
		Se conserva la información documentada que describa los resultados de la revisión de los cambios, las personas que los autorizan, y de cualquier acción necesaria que surja de la revisión?	X			
7.4.3, 8.2.4	8.6	Liberación de los productos y servicios				
		Se han implementado disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios?		X		
		La liberación se lleva a cabo cuando se han completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas, a menos que se aprobado de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el derechohabiente?	X			
		Se conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios?	X			
		La información documentada incluye: a) evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación?	X			
		b) trazabilidad a las personas que autorizan la liberación?	X			
8.3	8.7	Control de las salidas no conformes				
8.3	8.7.1	Identificación de salidas no conformes				
		Se asegura que las salidas no conformes con los requisitos se identifican y controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada?		X		No se realiza con todas las salidas no conformes
		Se toman acciones adecuadas con base en la naturaleza de la no conformidad y en su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios?	X			
		Se aplica lo anterior a los productos o servicios detectados después de la entrega de los mismos, durante o después de la provisión de los servicios?		X		
		Se trata las salidas no conformes de alguna o más de las siguientes maneras: a) corrección b) Separación, contención, devolución o suspensión de provisión de productos y servicios c) información al derechohabiente d) obtención de autorización para su aceptación bajo concesión	X			
		Cuando se corrigen las salidas no conformes, se verifica la conformidad con los requisitos?	X			
8.3	8.7.2	Información documentada de salidas no conformes				
		Se mantiene la información documentada que: a) describa la no conformidad	X			
		b) describa las acciones tomadas	X			
		c) describa todas las concesiones obtenidas	X			

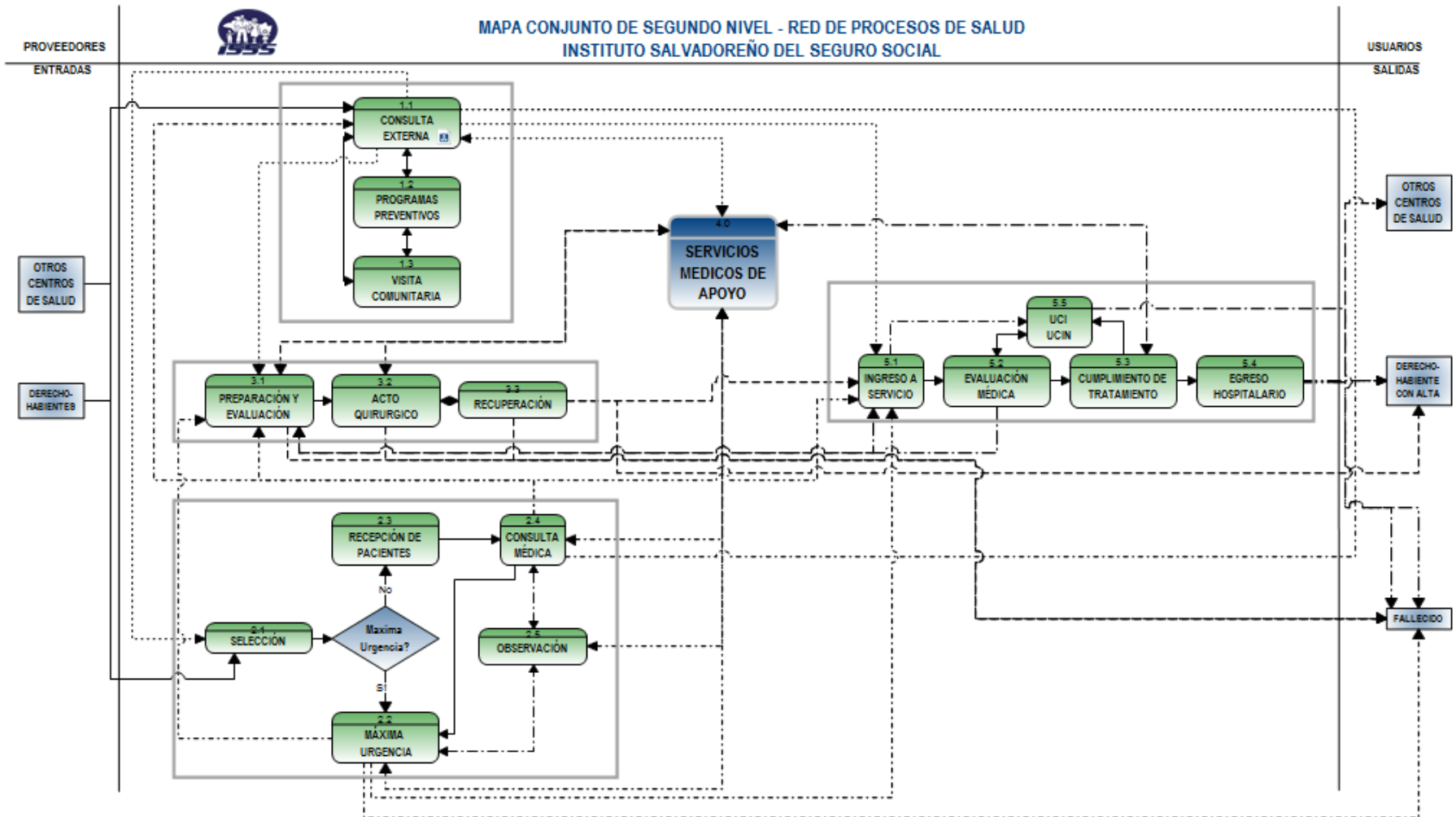
REQUISITOS			Cumplimiento			Comentarios y observaciones
ISO-9001:2008	ISO-9001:2015	REQUISITOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	Cumple	No Cumple	No Aplica	
		d) identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad	X			
8	9	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO				
8	9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación				
8.1, 8.2.3	9.1.1	Generalidades				
		a) Se han determinado los aspectos que requieren seguimiento y medición?	X			
		b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos?	X			
		c) cuándo se debe realizar el seguimiento y la medición?	X			
		d) cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición?		X		
		Se evalúa el desempeño y eficacia del SGC?			X	No existe un SGC
		se conserva la información documentada apropiada como evidencia de los resultados?	X			
8.2.1	9.1.2	Satisfacción del derechohabiente				
		Se realiza el seguimiento de la percepción de los derechohabientes del grado en el que se cumplen sus necesidades y expectativas?		X		
		Se determinan los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información?		X		
8.4	9.1.3	Análisis y evaluación				
		Se analizan y evalúan los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición?		X		
		Se utilizan los resultados del análisis para evaluar:		X		
		a) la conformidad de los productos y servicios?		X		
		b) el grado de satisfacción del derechohabiente?		X		
		c) el desempeño y la eficacia del SGC?		X		
		d) si lo planificado se ha implementado de manera eficaz?		X		
		e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades?		X		
		f) el desempeño de los proveedores externos?		X		
		g) la necesidad de mejoras en el SGC?		X		
8.2.2	9.2	Auditoría interna				
8.2.2	9.2.1	Planificación de auditorías				
		Se realizan auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información acerca de si el SGC es:		X		Se realizan auditorías internas basadas en normativas propias de la institución
		a) 1. Conforme con los requisitos propios de la organización para su SGC?		X		

		REQUISITOS	Cumplimiento			Comentarios y observaciones
ISO-9001:2008	ISO-9001:2015	REQUISITOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	Cumple	No Cumple	No Aplica	
		a) 2. Los requisitos de la Norma ISO 9001:2015?		X		
		b) se implementa y mantiene eficazmente?	X			Si las auditorias propias
8.2.2	9.2.2	Establecer, implementar y mantener las auditorías				
		a) Se planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría que incluya la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de auditorías previas?	X			
		b) se definen los criterios de la auditoría y el alcance de cada auditoría?	X			
		c) se seleccionan a los auditores y se llevan a cabo auditorías asegurando la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría?	X			
		d) se asegura que los resultados de las auditorías se informen a la dirección?	X			
		e) se realizan correcciones y se toman las acciones correctivas adecuada sin demoras injustificadas?		X		
		f) se conserva la información documentada de la implementación del programa de auditoría y de los resultados de las auditorías?	X			
5.6	9.3	Revisión por la dirección				
5.6.1	9.3.1	Generalidades				
		La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su idoneidad, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica de la organización?		X		No existe un SGC
5.6.2	9.3.2	Entradas de la revisión por la dirección				
		Se planifica y llevan a cabo la revisión por la dirección considerando:	X			
		a) el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas?		X		
		b) los cambios de las cuestiones externas e internas, que sean pertinentes al SGC?		X		
		c) la información sobre el desempeño del SGC incluidas las tendencias relativas a:1. Satisfacción del derechohabiente2. grado en el que se han logrado los objetivos de la calidad3. desempeño de procesos y conformidad de productos y servicios4. las no conformidades y acciones correctivas5. los resultados de seguimiento y medición6. los resultados de las auditorías7. el desempeño de los proveedores externos		X		
		d) la adecuación de los recursos?	X			
		e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades? (Ver. 6.1)		X		

		REQUISITOS	Cumplimiento			Comentarios y observaciones
ISO-9001:2008	ISO-9001:2015	REQUISITOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	Cumple	No Cumple	No Aplica	
		f) las oportunidades de mejora?		X		
5.6.3	9.3.3	Salidas de la revisión por la dirección				
		Las salidas de la revisión por la dirección incluyen decisiones y acciones relacionadas con:		X		
		a) las oportunidades de mejora?		X		
		b) cualquier necesidad de cambio en el SGC?	X			
		c) la necesidad de recursos?	X			
		Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de la revisión por la dirección?	X			
8.5	10	MEJORA				
8.5.1	10.1	Generalidades				
		Se determinan y seleccionan las oportunidades de mejora e implementan las acciones necesarias para cumplir los requisitos del derechohabiente y aumentar su satisfacción?		X		
		Estas acciones incluyen:		X		
		a) mejorar los productos y servicios para cumplir los requisitos considerando las necesidades y expectativas futuras?		X		
		b) corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados?		X		
		c) mejorar el desempeño y la eficacia del SGC?		X		
8.3, 8.5.2	10.2	No conformidad y acción correctiva				
		Cuando ocurre una no conformidad, incluyendo las originadas por quejas, la organización:	X			
		a) 1. Reacciona ante la no conformidad tomando acciones para controlarla y corregirla, según aplique?	X			
		a) 2. Hace frente a las consecuencias?	X			
		b) Evalúa la necesidad de acciones para eliminar la causa de las no conformidades s fin de que no vuelan a ocurrir mediante:		X		
		1. La revisión y el análisis de la no conformidad		X		
		2. La determinación de las causas de la no conformidad		X		
		3. la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir		X		
		c) implementar cualquier acción necesaria	X			
		d) revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada		X		
		e) en caso necesario, actualizar los riesgos y oportunidades determinados durante la planificación; y		X		
		f) hacer cambios necesarios al SGC			X	No existe un SGC
		Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de	X			

REQUISITOS			Cumplimiento			Comentarios y observaciones
ISO-9001:2008	ISO-9001:2015	REQUISITOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	Cumple	No Cumple	No Aplica	
		las no conformidades encontradas?				
8.5.1, 8.5.3	10.3	Mejora continua				
		Se mejora continuamente la idoneidad, adecuación y eficacia del SGC?			X	No existe un SGC
		Se consideran los resultados del análisis y la evaluación, las salidas de las revisiones por la dirección, para determinar si hay necesidades y oportunidades que deben considerarse como parte de la mejora continúa?		X		

ANEXO D. Red de procesos del Hospital Materno Infantil Primero de Mayo



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

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


(*) EVALUACION DE LA GRAVEDAD DEL RIESGO

GRADO	CONSECUENCIA		
	Sobre el paciente	Fallo del sistema	Imagen del hospital
CATASTROFICO E IRREVERSIBLE	Muerte imprevista de madre y/ o recién nacido	-incumplimiento de estándares con impacto grave	-reputación del hospital
	Secuelas con incapacidad en madre y/o recién nacido	-impacto sobre el hospital	-publicidad negativa -grave repercusión social y política con actuación de autoridades.
MUY GRAVE	Secuelas con discapacidad grave en madre y/o recién nacido	-posible fallo de cumplimiento de estándares	-grave repercusión social y política con actuación de autoridades.
		-impacto sobre el hospital con consecuencias a largo plazo	-pérdida de credibilidad --publicidad negativa
GRAVE	Prolongación de la hospitalización madre o recién nacido	-fallas de protocolo con consecuencias mínimas en salud pública	-daño a la reputación con posible repercusión con prensa local
	reingreso madre o recién nacido	-impacto sobre el hospital resuelto con intervención interna significativa	-interés social de ámbito local
	Incapacidad transitoria	-consecuencias mínimas a largo plazo	
BAJA GRAVEDAD	daño que requiere tratamiento médico en madre o recién nacido	-fallo aislado de protocolo sin daño	-posible interés de prensa local
		-daño al hospital resuelto de forma interna	
INSIGNIFICANTE	-puede requerir algún tipo de ayuda sin dejar secuelas	-déficit mínimo de prestación sin impacto	-asunto sin interés
		-no altera rutina normal	

TABLA DETERMINACIÓN DE NIVEL DE IMPACTO

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

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

ANEXO F. Manual de calidad Hospital Materno Infantil Primero de Mayo