

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS
AMÉRICAS**

CARRERA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

**Para optar por el grado de Licenciatura en Ingeniería
Industrial**

**Propuesta de un Sistema de Gestión de Calidad en Hospital
Clínico Central de San José**

AUTOR

Ana Catalina Vargas Torres

TUTOR

Ing. José Alexis Espinoza Chaves

LECTOR

Ing. Jessica Hernández Vargas

SAN JOSÉ, ABRIL, 2020

DEDICATORIA

A Dios por no soltarme y acompañarme en todo momento.

A mis papás, que con su esfuerzo, dedicación y valores me enseñaron a luchar por forjarme un futuro y a lograr lo que me proponga.

A mi hermana, que a pesar de no estar físicamente en este mundo siempre está presente en mi corazón y en mi vida.

A todas esas personas que de alguna u otra manera me ayudaron, enseñaron e impulsaron durante todo este trayecto para ser mejor persona y profesional.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradezco a Dios su infinita bondad para conmigo, porque a pesar de las distintas pruebas a lo largo de este camino me permitió concluir con éxito esta etapa de mi vida.

A mis papás que desde siempre me enseñaron a luchar y a salir adelante a pesar de las adversidades, siempre de la mano de Dios, a ellos les agradezco infinitamente su esfuerzo por sacarme adelante, sus valores, su apoyo y la vida que me siguen dando.

A mi tutor el Ing. Alexis Espinoza Chaves por su apoyo incondicional, por el tiempo dedicado para que logrará concluir con este proyecto, su paciencia, conocimiento y enseñanzas.

Al director de carrera el Ing. Freddy Hernández Barahona que desde el inicio de esta etapa de proyecto me brindó su apoyo, consejos y conocimiento.

A mis profesores que son grandes profesionales, por las enseñanzas tanto a nivel profesional como personal.

A todas esas personas que a lo largo de estos años me apoyaron, creyeron en mí y compartieron esta maravillosa experiencia conmigo y que gracias a Dios a muchos de ellos que hoy en día puedo llamar amigos.

A cada uno de los colaboradores del Hospital que me apoyaron en la investigación y estuvieron anuentes a brindar la información necesaria para lograr este proyecto, en especial a don Geovanny Cordero Jefe de Calidad Hospitalaria por creer en mí, en mis ideas y por sus palabras sabias sobre la vida y la calidad, gracias por la oportunidad y la confianza depositada en mi persona.

RESUMEN EJECUTIVO

Este proyecto se llevó a cabo en el Hospital Clínico Central de San José, una organización privada en Costa Rica fundada bajo el concepto de brindar ayuda a los más necesitados desde hace más de noventa años y que es reconocida a nivel nacional e internacional por la calidad en los servicios que brinda y por los excelentes colaboradores con los que cuenta. Hoy en día el hospital se encuentra en una etapa de cambios donde se busca reforzar la mejora continua y lograr la obtención de una certificación en la norma ISO 9001:2015 que permita respaldar la calidad de los servicios y generar mayor confianza en los clientes.

Para el desarrollo del proyecto se realizó un análisis de la situación actual mediante la aplicación de distintas herramientas como los diagramas SIPOC que permiten identificar los procesos y la relación existente entre cada uno de ellos, el diagrama matricial que permite identificar de una manera más grafica que tan fuerte es la relación entre cada proceso, el mapeo de procesos que permite determinar los procesos estratégicos, operativos y estratégicos de la organización y la aplicación de una encuesta que permite evidenciar la falta de conocimiento del personal sobre temas de calidad.

Adicionalmente se realiza en el diagnóstico de la situación actual la evaluación y análisis de la gestión documental donde se evidencia la falta de actualización de los documentos, los indicadores, el riesgo y el análisis de la brecha de cumplimiento entre lo que actualmente tiene el hospital como Sistema de Gestión de Calidad y los requisitos que debe cumplir para alinear el sistema a la norma ISO 9001:2015 y el cumplimiento de esta.

Dado que el hospital se encuentra en un proceso de expansión es importante comenzar con un buen sistema de gestión que permita replicarse en las distintas sedes para el fortalecimiento de la calidad a nivel de toda la red de servicios, por esta razón se brinda la propuesta de un Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2015 con un enfoque a los clientes, por procesos y con el compromiso de todos los colaboradores, respaldado por un manual de calidad y distintas herramientas que contribuyan con la mejora continua en el hospital.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	1
AGRADECIMIENTOS	2
CARTA DE AUTORIZACIÓN DEL TUTOR (A)	3
CARTA DE REVISIÓN FILOLÓGICA.....	4
DECLARACIÓN JURADA	5
SOLICITUD DE DEFENSA	6
RESUMEN EJECUTIVO.....	7
CONTENIDO	7
TABLAS	13
FIGURAS	15
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN	20
Generalidades De La Empresa	21
Reseña Histórica	21
Misión	22
Visión.....	22
Valores	22
Organigrama.....	22
Planteamiento Del Problema.....	25
Objetivos	26
Objetivo general	26
Objetivos específicos	26
Justificación.....	26
Antecedentes	27

Proyecciones	32
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	33
Calidad	33
Sistema De Gestión De Calidad	34
Proceso	34
Gestión de los procesos.....	36
Beneficios del control de calidad.....	36
Modelos de Calidad	36
Norma ISO 9001:2015	38
Principios de la gestión de la calidad.....	38
Ciclo PHVA	39
Herramientas Aplicables Al Desarrollo De La Investigación.....	40
Diagrama PEPSU o SIPOC.....	40
Diagrama matricial	41
Mapeo de Procesos	44
Hoja de recolección de datos o verificación.....	45
Análisis de riesgos	45
Diagrama de flujo	48
Indicadores	52
Medios documentales.....	52
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	53
Enfoque	53
Enfoque seleccionado para la investigación.....	54
Alcance	54

	10
Alcance seleccionado para la investigación	55
Diseño	56
Diseño seleccionado para la investigación.....	58
Muestra De Investigación	58
Muestra seleccionada para la investigación	60
VARIABLES O UNIDADES DE ANÁLISIS.....	60
Variables para la investigación.....	60
Instrumentos.....	61
Instrumentos para la investigación	61
Proceso Para Recolección De Datos.....	63
Recolección de datos para la investigación.....	63
Método De Análisis	64
Cronograma.....	65
Diagrama de Gantt.....	65
Estructura desagregada de trabajos (EDT).....	66
CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	68
Diagrama SIPOC.....	68
Diagramas relacionados con procesos estratégicos	68
Diagramas relacionados con procesos claves.....	74
Diagramas relacionados con procesos de apoyo	85
Diagrama Matricial.....	98
Mapeo De Procesos	100
Procesos Estratégicos.....	102
Procesos Claves	103

Procesos de apoyo.....	103
Evaluación Y Análisis De La Documentación Actual	105
Encuesta Sobre La Cultura De Calidad	111
Resultados de la encuesta.....	111
Evaluación y Análisis De Indicadores.....	128
Proceso de gestión de indicadores	128
Indicadores definidos	130
Caratula de los indicadores	132
Actualización de indicadores.....	134
Evaluación y Análisis Del Riesgo	136
Proceso de gestión de riesgo	136
Brecha De Cumplimiento Norma ISO 9001:2015	138
Principios.....	139
Requisitos	149
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	164
Conclusiones	164
Recomendaciones	165
CAPÍTULO VI PROPUESTA.....	167
Propuesta.....	167
Enfoque a los clientes	167
Liderazgo.....	169
Involucramiento de la gente	170
Enfoque basado en procesos	170
Estructura para la red interna y difusión de la documentación	173

Flujos de trabajo para aprobación de documentos.....	175
Gestión de indicadores.....	177
Manual de Calidad.....	178
Mejora.....	180
Toma de decisiones basadas en la evidencia.....	181
Gestión de las relaciones.....	182
Requisitos para la obtención de un software para la gestión de la calidad.....	182
Estrategia de socialización.....	184
Acciones para evidenciar los requisitos de la norma ISO 9001:2015.....	186
Auditoría interna.....	186
Auditoría externa.....	186
Análisis Económico.....	187
Análisis de costos N° 1.....	187
Análisis de costos N° 2.....	188
Plan De Implementación.....	189
APÉNDICES.....	193
Apéndice 1.....	193
Apéndice 2.....	194
Apéndice 3.....	194
Apéndice 4.....	194
Apéndice 5.....	195
Apéndice 6.....	196
Apéndice 7.....	222
Apéndice 8.....	223

Apéndice 9	251
REFERENCIAS	257

TABLAS

Tabla 1 Valoración de la probabilidad de riesgo	46
Tabla 2 Valoración de la consecuencia del riesgo	47
Tabla 3 Nivel de afectación	48
Tabla 4 Matriz índice de riesgo.....	48
Tabla 5 Tipos de medidas para mitigar riesgos.....	48
Tabla 6 Variables de investigación en Hospital Clínico Central de San José	60
Tabla 7 Instrumentos para recolectar datos en Hospital Clínico Central de San José	62
Tabla 8 Tareas de procesos para identificación y estandarización de procedimientos	83
Tabla 9 Criterios de relación.....	98
Tabla 10 Estado de actualización de la documentación en Hospital Clínico Central de San José	107
Tabla 11 Cantidad de Tipos de Documentos Existentes en HCCSJ	108
Tabla 12 Cantidad de documentos por dirección o gerencia	110
Tabla 13 Perfil profesional.....	111
Tabla 14 Antigüedad en la organización	112
Tabla 15 Conocimiento de contenido.....	113
Tabla 16 Conocimiento sobre la misión	114
Tabla 17 Conocimiento sobre la visión	115
Tabla 18 Valores institucionales	117
Tabla 19 Inducción	118
Tabla 20 Capacitación sobre ética y calidad.....	119

Tabla 21 Sistema de gestión de calidad.....	120
Tabla 22 Normativas	121
Tabla 23 Retroalimentación para mejora.....	122
Tabla 24 Retroalimentación en documentación.....	123
Tabla 25 Prioridades de medición.....	124
Tabla 26 Metas internacionales.....	125
Tabla 27 Concepto de calidad.....	126
Tabla 28 Conclusiones sobre la encuesta	127
Tabla 29 Cantidad de indicadores existentes	130
Tabla 30 Estado de actualización de indicadores.....	134
Tabla 31 Plantilla de cuestionario de valoración de los requisitos en base a la norma ISO 9001:2015	139
Tabla 32 Enfoque a los clientes	139
Tabla 33 Liderazgo.....	140
Tabla 34 Involucramiento de la gente	142
Tabla 35 Enfoque de procesos	143
Tabla 36 Mejoramiento.....	144
Tabla 37 Enfoque en la toma de decisiones basadas en la evidencia.....	145
Tabla 38 Gestión de las relaciones con las partes interesadas y los proveedores	146
Tabla 39 Resumen de la evaluación de principios con respecto a la norma ISO 9001:2015 en Hospital Clínico Central de San José	147
Tabla 40 Entorno / Contexto de la organización.....	149
Tabla 41 Liderazgo.....	151
Tabla 42 Planificación del sistema de gestión de calidad.....	152
Tabla 43 Soporte	153

Tabla 44 Operación	155
Tabla 45 Evaluación del desempeño	157
Tabla 46 Mejora	159
Tabla 47 Resumen de la evaluación de requisitos en Hospital Clínico Central de San José.....	160
Tabla 48 Brecha de cumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2015	161
Tabla 49 Análisis de costos N° 1	188
Tabla 50 Análisis de costos N° 2	189
Tabla 51 Plan de implementación en Hospital Clínico Central de San José	190
Tabla 52 Criterios para el nivel de aplicación en análisis de brecha de cumplimiento.....	194
Tabla 53 Rangos para el diagnóstico de situación	195
Tabla 54 Acciones para evidenciar los requisitos de la norma ISO 9001:2015	251

FIGURAS

Figura 1 Organigrama Hospital Clínico Central de San José	23
Figura 2 Descripción de proceso.....	35
Figura 3 Conjunto de procesos.....	35
Figura 4 Evolución de la norma ISO 9001	37
Figura 5 Ocho pasos PHVA.....	39
Figura 6 Ciclo PHVA	40
Figura 7 Diagrama PEPSU o SIPOC.....	41
Figura 8 Tipos de matrices.....	43
Figura 9 Símbolos empleados en un diagrama matricial.....	43
Figura 10 Pasos para el mapeo de procesos.....	44
Figura 11 Índice de riesgo	47

Figura 12 Símbolos.....	51
Figura 13 Ejemplo del diagrama de flujo	51
Figura 14 Representación de una muestra	58
Figura 15 Esquema de muestras no probabilísticas o dirigidas	59
Figura 16 Esquema de muestras Probabilísticas	59
Figura 17 Diagrama de Gantt del proyecto en Hospital Clínico Central de San José.....	65
Figura 18 EDT del proyecto en Hospital Clínico Central de San José	67
Figura 19 Diagrama SIPOC del proceso de expansión en Hospital Clínico Central de San José .	69
Figura 20 Diagrama SIPOC del proceso de adquisición de Equipo en Hospital Clínico Central de San José	70
Figura 21 Diagrama SIPOC del proceso de investigación biomédica en Hospital Clínico Central de San José	72
Figura 22 Diagrama SIPOC del proceso de atención de pacientes de escasos recursos en Hospital Clínico Central de San José	73
Figura 23 Diagrama SIPOC del proceso de contabilidad en Hospital Clínico Central de San José	74
Figura 24 Diagrama SIPOC del proceso de control de infecciones en Hospital Clínico Central de San José	75
Figura 25 Diagrama SIPOC del servicio de urgencias en Hospital Clínico Central de San José ..	76
Figura 26 Diagrama SIPOC del proceso de hospitalización en Hospital Clínico Central de San José	78
Figura 27 Diagrama SIPOC del proceso de atención en Servicio de Maternidad en Hospital Clínico Central de San José.....	79
Figura 28 Diagrama SIPOC del proceso de cirugía en Hospital Clínico Central de San José	80
Figura 29 Diagrama SIPOC del proceso de consulta externa en Hospital Clínico Central de San José	81

Figura 30 Diagrama SIPOC del proceso del servicio ambulatorio en Hospital Clínico Central de San José	82
Figura 31 Diagrama SIPOC del proceso del servicio de farmacia en Hospital Clínico Central de San José	84
Figura 32 Diagrama SIPOC del Proceso de Gestión de Seguridad en las Instalaciones en Hospital Clínico Central de San José	85
Figura 33 Diagrama SIPOC del Proceso de Gestión de Servicio al Cliente en Hospital Clínico Central de San José.....	86
Figura 34 Diagrama SIPOC del Proceso de Mantenimiento de Equipo Médico en Hospital Clínico Central de San José.....	87
Figura 35 Diagrama SIPOC del proceso de gestión de protección en las Instalaciones en Hospital Clínico Central de San José	88
Figura 36 Diagrama SIPOC del proceso de servicio de lavandería en Hospital Clínico Central de San José	89
Figura 37 Diagrama SIPOC del proceso de servicio de nutrición en Hospital Clínico Central de San José	90
Figura 38 Diagrama SIPOC del proceso de servicio central en Hospital Clínico Central de San José	91
Figura 39 Diagrama SIPOC del proceso de informática en Hospital Clínico Central de San José.....	92
Figura 40 Diagrama SIPOC del proceso de compras y aprovisionamiento en Hospital Clínico Central de San José.....	93
Figura 41 Diagrama SIPOC del proceso de gestión de riesgo en Hospital Clínico Central de San José	94
Figura 42 Diagrama SIPOC del proceso de gestión de Calidad en Hospital Clínico Central de San José	95
Figura 43 Diagrama SIPOC del proceso de asesoría legal en Hospital Clínico Central de San José	96

Figura 44 Diagrama SIPOC del Proceso de Reclutamiento de Personal en Hospital Clínico Central de San José.....	97
Figura 45 Diagrama matricial de los procesos en Hospital Clínico Central de San José.....	99
Figura 46 Diagrama Mapeo de Procesos en Hospital Clínico Central de San José.....	101
Figura 47 Pirámide documental del SGC actual en el Hospital Clínico Central de San José.....	105
Figura 48 Porcentaje de actualización general de la documentación en HCCSJ.....	107
Figura 49 Gráfica de cantidad de tipo de documentos existentes en Hospital Clínico Central de San José.....	109
Figura 50 Gráfica cantidad de documentos por dirección o gerencia.....	110
Figura 51 Gráfica perfil profesional.....	112
Figura 52 Antigüedad en la organización.....	113
Figura 53 Conocimiento de contenido.....	114
Figura 54 Conocimiento sobre la misión.....	115
Figura 55 Conocimiento sobre la visión.....	116
Figura 56 Valores institucionales.....	117
Figura 57 Inducción.....	118
Figura 58 Capacitación sobre ética y calidad.....	119
Figura 59 Sistema de gestión de calidad.....	120
Figura 60 Normativas.....	121
Figura 61 Retroalimentación para mejora.....	122
Figura 62 Retroalimentación en documentación.....	123
Figura 63 Prioridades de medición.....	124
Figura 64 Metas internacionales.....	125
Figura 65 Concepto de calidad.....	126
Figura 66 Diagrama de flujo del proceso de gestión de indicadores.....	129

Figura 67 Cantidad de indicadores existentes.....	131
Figura 68 Caratula para indicadores.....	132
Figura 69 Estado de actualización de indicadores	135
Figura 70 Pasos para la gestión de riesgo en el Hospital Clínico Central de San José	136
Figura 71 Gráfica evaluación de principios con respecto a la norma ISO 9000:2015	148
Figura 72 Gráfica evaluación de requisitos con respecto a la norma ISO 9001:2015	161
Figura 73 Registro de partes interesadas	168
Figura 74 Flujos de trabajo en la gestión documental.....	176
Figura 75 Encuesta de Calidad.....	193
Figura 76 Valoración del riesgo en Hospital Clínico Central de San José.....	194
Figura 77 Valores para la evaluación de los controles en Hospital Clínico Central de San José	194
Figura 78 Plantilla maestra para elaborar procedimientos.....	196
Figura 79 Plantilla maestra para elaborar instructivos	201
Figura 80 Plantilla maestra para elaborar planes	206
Figura 81 Plantilla maestra para elaborar guías clínicas	210
Figura 82 Plantilla maestra para elaborar políticas	215
Figura 83 Plantilla maestra para elaborar formularios	219
Figura 84 Plantilla maestra para elaborar diagramas de flujo.....	220
Figura 85 Plantilla maestra para elaborar fichas de procesos	221
Figura 86 Estructura para la gestión documental en Hospital Clínico Central de San José.....	222
Figura 87 Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	223

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

Este proyecto se lleva a cabo en el Hospital Clínico Central de San José, esta organización fundada bajo un concepto de ayuda a los más necesitados desde hace más de noventa años brinda servicios médicos a la población costarricense y es reconocida a nivel nacional e internacional como uno de los mejores hospitales del país.

La investigación consiste en brindar una propuesta de un Sistema de Gestión de Calidad al hospital ya que actualmente no cuentan con un sistema de gestión fundamentado que les permita asegurar la calidad en los procesos mediante la gestión documental de la organización, la misma no se encuentra estandarizada, controlada ni actualizada, adicionalmente se presenta una falta de cultura de calidad en los colaboradores que incrementa la posibilidad de aumentar los riesgos de la institución.

Dado lo anterior la línea de investigación es diseño, desarrollo y mejoramiento de procesos. Para el desarrollo de este proyecto se establecen seis capítulos, en el primer capítulo llamado introducción se establecen las generalidades de la empresa como la reseña histórica, misión, visión, valores y organigrama; además se realiza el planteamiento del problema, el objetivo general y objetivos específicos, la justificación, antecedentes y proyecciones.

En el segundo capítulo llamado marco teórico se brinda una guía u orientación profunda, precisa y clara, de conceptos y herramientas relacionadas con un Sistema de Gestión de Calidad para crear las bases que dan sustento al desarrollo de la investigación, para el tercer capítulo llamado marco metodológico se establece el enfoque, alcance y diseño del proyecto, además de la muestra de investigación, variables de análisis, instrumentos, el proceso de recolección de datos, el método de análisis y los cronogramas.

En el cuarto capítulo llamado análisis de la situación actual se realiza el diagnóstico del Hospital de acuerdo con la metodología y herramientas establecidas en los capítulos anteriores, en el quinto capítulo se brindan las conclusiones y recomendaciones sobre la situación actual de la organización tomando como base los resultados del diagnóstico.

Por último, en el sexto capítulo llamado propuesta se brinda la propuesta del Sistema de Gestión de Calidad para el Hospital Clínico Central de San José, el manual de calidad y los formatos para la documentación; además de un análisis económico y un plan de implementación en caso de que el hospital desee llegar a la implementación de este.

Generalidades De La Empresa

Reseña Histórica

El Hospital Clínico Central de San José cuenta con noventa años de servicio médico, nace de un proyecto de ayuda con la misión de contribuir con el sistema de salud de Costa Rica ya que en los años treinta se evidenciaban grandes problemas de salud en infantes y de cada mil niños nacidos al año, trescientos cincuenta morían antes de cumplir los cinco años, siendo la desnutrición y el abandono los principales problemas sufridos por la infancia en ese periodo.

Para esa época solo existía el Hospital San Juan de Dios y dicho hospital no contaba con la capacidad de atender por si solo a tantos enfermos, por lo que un grupo de personas decide contribuir con los más necesitados y en especial con los niños brindando servicios médicos totalmente gratuitos por medio de la constitución del Hospital Clínico Central de San José como un hospital pediátrico, materno y con áreas quirúrgicas.

En los años setenta el área de salud nacional había tenido importantes avances, la tasa de mortalidad infantil había disminuido considerablemente y misión se daba por cumplida ya que se había dado un importante avance y se contaba con instalaciones amplias, personal médico capaz y equipo tecnológico excelente, sin embargo, la ayuda económica era vital para poder mantener las puertas del hospital abiertas y poder continuar con la labor del centro.

Al surgir la necesidad económica que permitiera mantener el hospital, un grupo de empresarios decide constituirse como una asociación y solicitar la aprobación de los fundadores para poder administrar el hospital manteniendo la esencia de su creación intacta mediante la ayuda a los más necesitados, dado lo anterior el hospital vende sus servicios a las personas que puedan pagar por ellos y con las ganancias mantiene un programa de ayuda social que le permite atender a personas de escasos recursos.

Hoy en día es uno de los hospitales más importantes de Costa Rica, cuenta con el sello país de carbono neutralidad y esencial Costa Rica, entre otras; es reconocido internacionalmente por su amplia gama de servicios médicos ambulatorios y hospitalarios, entre los que destacan más de 50 especialidades médicas, hospital, urgencias, cirugía general y ambulatoria, maternidad, diagnóstico por imágenes, laboratorio, banco de sangre, farmacia, entre otras; cuenta con 841 colaboradores y busca crecimiento a través de expansión, fomentando educación, investigación e innovación.

Misión

Conformamos una red de servicios hospitalarios comprometida con los principios en que fue fundada, innovadora y dedicada a fortalecer programas de ayuda social en favor de los más necesitados.

Visión

Ser la mejor red hospitalaria privada a nivel nacional y regional, reconocida internacionalmente como un centro especializado de diagnóstico y tratamiento médico integral, centrado en el paciente y con un alto componente de enseñanza e investigación.

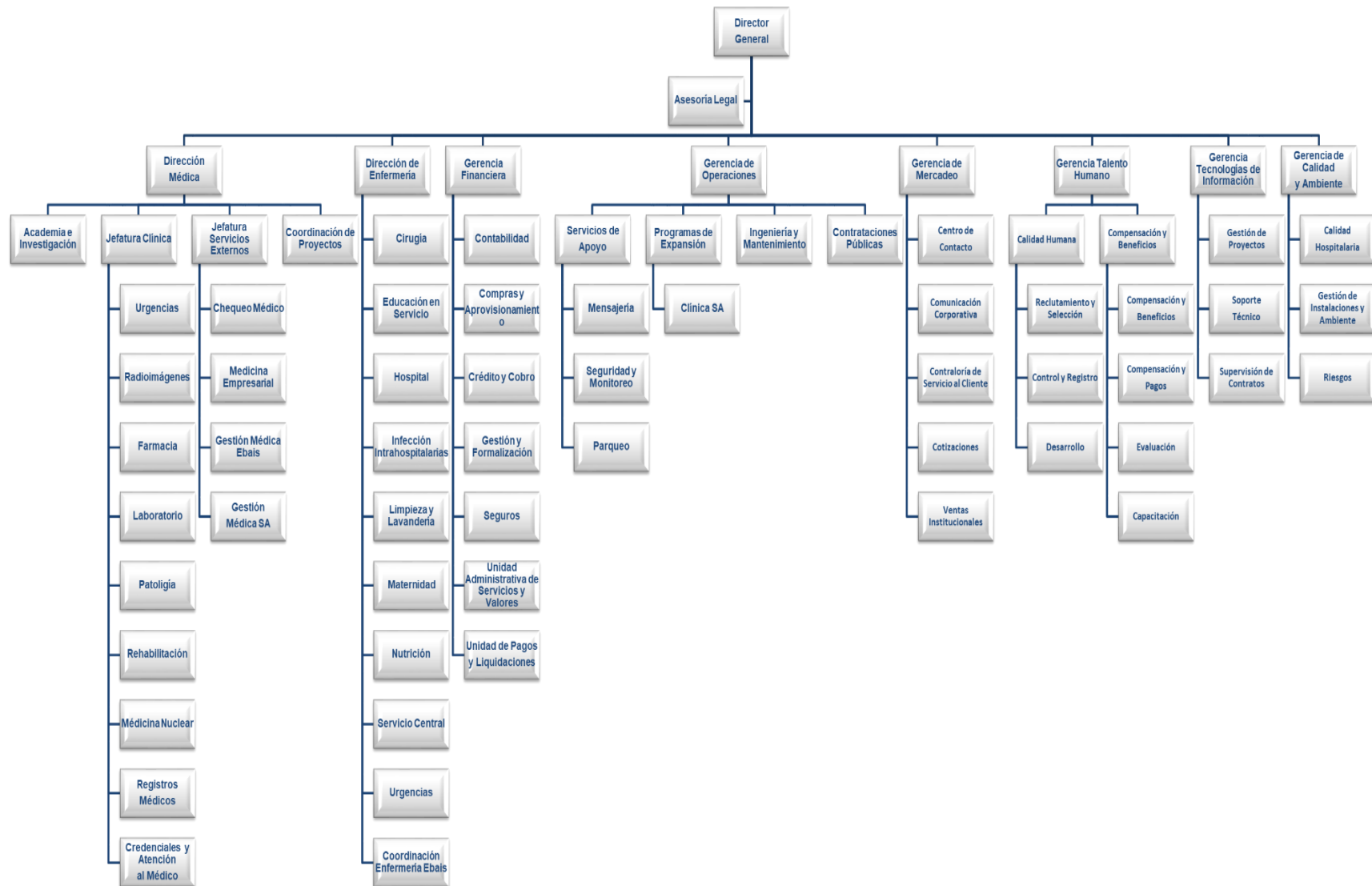
Valores

- Servicio
- Integridad
- Cooperación
- Innovación
- Solidaridad

Organigrama

A continuación, se presenta la Figura 1 que corresponde al organigrama del Hospital Clínico Central de San José.

Figura 1 Organigrama Hospital Clínico Central de San José



Nota: Hospital Clínico Central de San José

Tal y como se muestra en el organigrama detallado en la Figura 1 el Hospital Clínico Central de San José se encuentra conformado por una dirección general que es la encargada de rendir cuentas a la junta directiva y de velar por que las estrategias y el buen funcionamiento del hospital se cumplan, a la dirección general le apoya el departamento de asesoría legal, dos direcciones y seis gerencias.

Las direcciones y gerencias se encuentran conformadas de la siguiente manera:

- Dirección médica: es la dirección encargada de la academia e investigación, de los servicios de urgencias, diagnóstico por imágenes, farmacia, laboratorio, patología, rehabilitación, medicina nuclear, registros médicos, credenciales y atención al médico; de los servicios de consulta externa como chequeo médico, medicina empresarial y gestión medica; y además de coordinación de proyectos que tengan que ver con la parte clínica y nuevos servicios o especialidades.
- Dirección de enfermería: la dirección de enfermería es la encargada de cirugía, educación en servicio que se encarga de capacitar al personal de enfermería, hospital, infecciones intrahospitalarias, limpieza y lavandería, maternidad, nutrición, servicio central y comparte responsabilidad en el área de urgencias y en gestión médica con la dirección médica.
- Gerencia financiera: es la gerencia encargada de departamentos como contabilidad, compras y aprovisionamiento, crédito y cobro, gestión y formalización, seguros, unidad administrativa de servicios y valores, y unidad de pagos y liquidaciones.
- Gerencia de operaciones: es la gerencia encargada de servicios de apoyo que tiene que ver con mensajería, seguridad de las instalaciones, del personal y de los visitantes y el parqueo, con programas de expansión como nuevas sedes, ingeniería y mantenimiento y contrataciones públicas.
- Gerencia de mercadeo: esta gerencia está conformada por el centro de contacto que brinda atención de llamadas 24/7, comunicación corporativa, contraloría de servicios para la atención de quejas, felicitaciones o cualquier inquietud que presente un cliente, cotizaciones y ventas institucionales.
- Gerencia de talento humano: esta gerencia se encuentra fraccionada en calidad humana que se encarga de reclutamiento y selección, control y registro y desarrollo,

y compensación y beneficios conformada por pagos, evaluación y capacitación del personal.

- Gerencia de tecnologías de información: encargada de gestionar proyectos relacionados con tecnología en el hospital, brindar soporte técnico a toda la organización y supervisar contratos.
- Gerencia de calidad y ambiente: esta gerencia se encuentra conformada por el departamento de calidad hospitalaria que busca llevar la cultura de calidad a todo el personal de la organización, gestión de instalaciones y ambiente que busca velar por instalaciones y entorno seguro para todo el que este dentro de las instalaciones y el departamento de riesgos que busca mitigar los riesgos en el hospital.

Planteamiento Del Problema

El Hospital Clínico Central de San José se encuentra entre los mejores hospitales de Costa Rica brindando una gran cantidad de servicios médicos, con personal altamente calificado que vela por ofrecer servicios de calidad y seguridad a los pacientes, colaboradores y visitantes de la organización, sin embargo, no se puede decir que el hospital cuenta con una cultura de calidad ya que estructuralmente cada departamento gestiona sus procesos sin contar con una interrelación que existe con las demás áreas.

Al gestionar cada departamento sus procesos los mismos se encuentran respaldados por documentación que no está estandarizada para uso de toda la organización, existen procesos que han cambiado a lo largo del tiempo, sin embargo, no existe la cultura de actualización y por ende en muchas ocasiones la manera de realizar las cosas varia o bien al ser la documentación obsoleta se omite y se trabaja con base en la experiencia de los colaboradores lo que afecta también la gestión de los riesgos.

Adicional a lo anterior, es necesario tomar en consideración que el hospital se encuentra en una etapa de cambios donde busca ordenar y estructurar la organización para la satisfacción de los clientes y brindar servicios con una excelente calidad, es por esta razón es que el análisis diagnóstico brinda una oportunidad de mejora que va a permitir establecer nuevas políticas o lineamientos que generen valor a los servicios, la interrelación existente entre áreas o departamentos, fomentar una cultura de calidad, estandarización y gestión de la documentación, compromiso por parte de los altos mandos y una adecuada gestión de los riesgos, todo esto

consolidado en un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015 y respaldado por un manual de calidad.

Para finalizar, se plantea la siguiente interrogante:

¿Cómo plantear un Sistema de Gestión de Calidad en el Hospital Clínico Central de San José mediante la norma ISO 9001:2015?

Objetivos

Objetivo general

Proponer un Sistema de Gestión de Calidad en el Hospital Clínico Central de San José mediante la norma ISO 9001:2015.

Objetivos específicos

Describir el Sistema de Gestión actual en el Hospital Clínico Central de San José.

Evaluar el método de trabajo del Sistema de Gestión actual en el Hospital Clínico Central de San José.

Analizar el nivel de cumplimiento del Sistema de Gestión actual con respecto a la norma ISO 9001:2015.

Proponer un Sistema de Gestión de Calidad para el Hospital Clínico Central de San José.

Diseñar controles que permitan la gestión del Sistema.

Justificación

Hoy en día toda organización que busque satisfacer las necesidades de sus clientes y crecer debe buscar la mejora continua y la excelencia brindando productos o servicios de calidad, en un centro de salud la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad brinda confianza en los servicios y a los altos mandos, ya que se logra la calidad esperada, permite gestionar los riesgos y mejorar el desempeño en toda la organización.

El Hospital Clínico Central de San José se encuentra en una etapa de cambios donde se busca mejorar la calidad y obtener una certificación complementaria a las ya adquiridas que le permita respaldar sus servicios y generar mayor confianza, para la organización el proyecto es importante ya que la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad facilita la toma de

decisiones por parte de la gerencia general, mejora los procesos enfocándose en la necesidad de los usuarios, incrementa la seguridad para los pacientes, familiares, colaboradores y toda persona que visite la organización mitigando riesgos, además incrementa la eficacia y eficiencia, elimina reprocesos y permite la mejora continua.

Este proyecto busca satisfacer las necesidades del hospital a través de la propuesta de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma 9001:2015 que le permita normalizar la forma de trabajo en todas las sedes fortaleciendo los procesos y cumpliendo con las necesidades y expectativas de los usuarios de los servicios para de esa manera contar con la lealtad de cada uno.

Por otra parte, se busca definir políticas y lineamientos respaldadas por un manual de calidad, fomentar la cultura de calidad en la organización con la participación y compromiso de los altos mandos que tendrán también como beneficio comprender mejor el funcionamiento de la institución, la adecuada gestión de los riesgos y contar con medidas de control que contribuyan a la toma de decisiones; y adicionalmente para la imagen del hospital le permitiría ser el primer centro de salud en Costa Rica que logre la obtención de la certificación ISO 9001:2015.

Antecedentes

A continuación, se presentan distintos temas de investigación relacionados con un sistema de gestión de calidad enfocado en la normativa ISO 9001:2015, donde se puede evidenciar la importancia de contar con un sistema de gestión en toda organización para mejorar la calidad, competitividad, eficiencia, eficacia y productividad enfocado a procesos.

De la Ossa, Parra y Ruiz (2019) en su artículo científico “Diagnóstico de la situación actual de una empresa de servicios de alimentación con respecto al cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 para un sistema de gestión de la calidad” de la Universidad del Atlántico, Colombia, determinan que las organizaciones que pretenden cumplir con las necesidades de los clientes y ser competitivas requieren calidad tomando en cuenta la evaluación del nivel de cumplimiento de la organización con respecto a los requisitos de la ISO 9001 para un sistema de gestión de calidad. (págs. 99-104)

Continuando con los autores anteriores, buscan realizarlo por medio de una herramienta para después aplicar una auditoria y posteriormente brindar a la empresa un informe de cumplimiento y planes de acción, ya que para implementar un Sistema de Gestión de Calidad es necesario contar con evidencias y documentación, De la Ossa et al. (2019) realizan su estudio por

medio de un enfoque cuantitativo apoyado por uno cualitativo y se concluye que la organización se encuentra débil con respecto a evaluación de riesgos y la misma cuenta únicamente con el 20% de los requisitos obligatorios que debe trabajar mediante los planes para poder obtener la certificación. (págs. 106-115)

En el artículo científico “Sistema de gestión de la calidad para el proceso de investigación: Universidad de Otavalo”, Ecuador, se busca adoptar un enfoque de calidad para asegurar el mejoramiento continuo ya que les permite ser más competitivos y con esto optar por la certificación que respalde la calidad en la universidad, el estudio se encuentra respaldado por medio de una investigación exploratoria y descriptiva y una metodología mixta constituida por siete etapas, además de contar con instrumentos estructurados y no estructurados para la investigación. (Andrade Orbe, Becerra Lois, & Díaz Gispert, 2019, pág. 1)

Los autores concluyeron por medio de una comparativa entre modelos de evaluación y de acuerdo a la necesidad de la organización diseñar e implementar el sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015, además la investigación permitió determinar el ciclo Deming (PHVA) como la metodología para la mejora continua de los procesos y el establecimiento de un plan de riesgos que busque aportar mejoras importantes a los procesos. (págs. 29-30)

En la tesis “Análisis de la implementación de un sistema de gestión de calidad bajo la norma ISO 9001 versión 2015 en la empresa Totality Services S.A.S.” para optar por el grado de licenciatura en Ingeniería Industrial, de la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, Colombia, el autor pretende evidenciar que mediante la implementación de la norma ISO 9001:2015 sin importar el costo de la certificación la organización va a contar con un mejor aprovechamiento de sus recursos y brindar servicios de mayor calidad para ser más competitiva y poder llegar a más clientes, para esta investigación aplica una metodología vivencial de investigación. (Cañas Roa, 2018, págs. 13-36)

Finalmente, entre las conclusiones el autor determina que la organización no cumple con todos los requisitos que son de carácter obligatorio por parte de la norma ISO 9001:2015 y que son necesarios para la certificación de su sistema de gestión de calidad por lo que se deben trabajar planes de acción y la inclusión de indicadores para evaluar el adecuado funcionamiento del sistema, adicionalmente resalta el compromiso que tiene la organización desde sus directivos con la búsqueda de mejorar en pro de la calidad. (págs. 70-71)

En el artículo científico “Factores de éxito de la certificación ISO 9001 en empresas de Cúcuta y su Área Metropolitana”, desarrollado en Colombia, se establece que:

La calidad en los bienes y servicios se ha convertido en el eje fundamental de los consumidores de la sociedad actual; por tal razón, las organizaciones se han preocupado por mantener la calidad de sus productos con el propósito de satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes. Lo anterior ha generado competencia entre las empresas, llevándolas a adoptar, implementar y actualizar sistemas de gestión que les permita alcanzar altos estándares de calidad para dar respuesta a las exigencias del medio, y diferenciarse de las demás (González, 2015), citado por (Flórez Serrano, Laguado Ramírez, & Martínez Rojas, 2018, pág. 217)

Entonces, tomando en consideración lo citado anteriormente por Flórez Serrano et al, realizan su investigación por medio de una metodología cuantitativa – descriptiva que les permite evaluar el impacto de un sistema de gestión en organizaciones que cuentan con la certificación ISO 9001 (pág. 216), y concluyen que un “sistema de gestión de calidad en ISO 9001 conlleva de forma directa al logro de los objetivos organizacionales” (pág. 226)

Guerra Bretaña y Marín Álvarez (2017) en su artículo científico traducido al español “Acreditación y certificación de calidad hospitalaria ¿Diferentes o Similares?, de la Universidad EIA, Colombia, analizan programas de acreditación sanitaria y los sistemas de gestión y certificación ISO 9001 para establecer los beneficios que cada uno de ellos brinda a la organización, las similitudes y diferencias que tienen, esto mediante una metodología investigativa y de análisis. (págs. 35-37)

Dentro de las conclusiones se dice que tanto las evaluaciones externas como internas son útiles para mejorar los servicios de salud y son herramientas confiables con respecto al nivel de calidad de una institución dedicada a brindar servicios en ese campo, además destaca que una acreditación garantiza la calidad con respecto al servicio (atención del paciente) y la norma ISO 9001 garantiza el éxito de toda la organización, no solo de la parte técnica por lo que son un gran complemento para mantener altos estándares de calidad.

Alzate-Ibáñez (2017) en su investigación “ISO 9001:2015 base para la sostenibilidad de las organizaciones en países emergentes” de la Universidad del Zulia, Venezuela, detalla los cambios realizados en la normativa con respecto a su versión anterior del 2008 y como estos cambios han

logrado la evolución de la norma de acuerdo a todos sus apartados, la importancia de un Sistema de Gestión de Calidad y; la relación que existe entre el Sistema y la sostenibilidad de las organizaciones, todo esto se desarrolla mediante una metodología cualitativo – descriptiva de tipo documental. (págs. 2-3)

Según el autor día a día es necesario que las empresas sean más competitivas, que brinden mejores servicios y productos garantizando la calidad, eficiencia en sus procesos, la atención al cliente, entre otras cosas y por esta razón es que hoy en día muchas organizaciones buscan implementar normas internacionales tal como es el caso de la ISO 9001, diseñadas para normalizar a nivel mundial la manera de hacer las cosas y de que las organizaciones se comuniquen, con esto toda organización con una norma internación implementada puede competir sin importar su tamaño o su competidor.

Además, una actualización constante es parte de la mejora continua y por esta razón es que se busca actualizar una normativa de acuerdo a las tendencias y cambios que se den en el entorno, para la norma ISO 9001:2015 uno de sus cambios más significativos es la integración de un pensamiento basado en riesgos y cuidar que no se pierda su integración o complementación con otros sistemas; esta norma es sin duda una opción de mejora estratégica para cada organización que la implemente y busque crecimiento, excelencia, calidad y competitividad, entre otras cosas.

En la tesis titulada “Propuesta de implementación de un modelo de gestión por procesos y calidad en la empresa O&C Metals S.A.C.” para optar por el grado de licenciatura en Ingeniería Industrial, de la Universidad Católica San Pablo, Perú, el autor determina la necesidad de la organización para trabajar por medio de un modelo de gestión de procesos por lo que con el apoyo de los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2015 busca desarrollar una mejora en el desempeño, en la eficiencia y eficacia de los procesos, todo esto para satisfacer las necesidades de los clientes. (Coaguila Gonzales, 2017, pág. iii)

En virtud de los resultados el autor resalto en sus conclusiones la propuesta de implementación del modelo de gestión por procesos, que le permite a la organización cumplir con el 100% de los requerimientos de los clientes, mediante el apoyo de la norma ISO 9001:2015 corroboro que para que se dé la adecuada gestión dentro de la organización debe existir orden, documentación, mejora continua y que económicamente es factible la implementación. (págs. 172-173)

Portero Pérez (2017) en su tesis titulada “Sistema de gestión de calidad en el área quirúrgica del Hospital Básico San Andrés de la ciudad de Ambato basado en la norma ISO 9001:2015” para optar por el título de Ingeniero Industrial, de la Universidad Técnica de Ambato, Ecuador, detecta la necesidad que existe en el Hospital de mejorar el área quirúrgica con la implementación de la norma ISO 9001:2015 por la falta de respaldo documental que se presenta en dicha organización y que tratándose de un hospital es sumamente importante contar con procedimientos, guías clínicas, instructivos, formularios y consentimientos que permitan respaldar el servicio y la calidad. (pág. 16)

El autor realiza su estudio mediante investigación aplicada por los conocimientos adquiridos en su carrera, bibliográfica – documental que comprende la consulta a distintas fuentes y de campo con vistas al hospital. (pág. 27) Entre sus conclusiones resalta el logro de estandarizar los procesos para el cumplimiento de la norma, la elaboración del sistema de gestión de calidad, el manual de calidad y el de procesos para que sean de conocimiento de todos los colaboradores y se apliquen para alcanzar el adecuado funcionamiento de la gestión de la calidad. (pág. 174)

Armaulía Sánchez y Huamaní Romero (2017) definen un “Diseño e implementación de un sistema de gestión de calidad según la norma ISO 9001:2015 en una droguería de dispositivos médicos” para optar por el título de Licenciatura en Químico Farmacéutico, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú, que busca proponer un diseño de gestión de calidad con la actualización de la normativa ISO en las droguerías certificadas con ISO 9001:2008 y para todos las demás que no tengan la certificación, esto respaldado por un estudio descriptivo – transversal.

Entre las conclusiones determinaron las etapas de implementación tomando como base los requisitos de la normativa, realizaron la propuesta de un programa de capacitación al personal para lograr un mayor compromiso por parte de los colaboradores con responsabilidades establecidas, confeccionaron, actualizaron y validaron la permanencia de procedimientos estandarizados de acuerdo a la norma y el método de seguimiento para evaluar el sistema de gestión de calidad determinan que debe ser por medio de auditorías, todo esto para mantener un mejor control y cumplir con los requerimientos de los clientes. (pág. 56)

Natividad Tineo (2017) en su tesis titulada “Sistema de gestión de calidad bajo la norma ISO 9001:2015 en la empresa Elecín S.A.” para optar por el grado académico de maestría en administración de empresas, de la Universidad César Vallejo, Perú, mediante un enfoque

cuantitativo de estudio básico, un diseño descriptivo simple y tomando en consideración el método científico deductivo pretende determinar el nivel de cumplimiento del sistema de gestión de calidad con la norma. (pág. xiii)

Así pues el autor dada la investigación realizada, el problema y los objetivos planteados determina entre sus conclusiones que la percepción de los trabajadores con respecto a la mejora continua, al control de riesgo, a la productividad y eficiencia, a la atención de necesidades y expectativas de las partes interesadas, al proceso de aseguramiento en el cumplimiento de los objetivos y al proceso de reducción de costos para lograr la competitividad es regular por lo que recomienda la participación de los altos mandos para fomentar el compromiso de todos los colaboradores de la organización, entre otras cosas. (pág. 84)

Proyecciones

Entre las proyecciones esperadas para este proyecto se detallan las siguientes:

1. Determinar la situación actual del Sistema de Gestión existente.
2. Establecer la cantidad de documentos existentes y su estado de actualización.
3. Comprobar el nivel de conocimiento en la organización sobre temas de calidad.
4. Identificar riesgos y oportunidades del Sistema de Gestión actual.
5. Identificar la brecha de cumplimiento del Sistema de Gestión actual con respecto a la norma ISO 9001:2015.
6. Presentar un Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2015.
7. Establecer responsabilidades en las áreas para el adecuado funcionamiento del sistema.
8. Crear indicadores de gestión para controlar el Sistema de Gestión de Calidad.
9. Establecer políticas y lineamientos a través de un Manual de Calidad.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

Este capítulo permite brindar una guía u orientación profunda, precisa y clara, de conceptos y herramientas relacionadas con un Sistema de Gestión de Calidad para crear las bases que dan sustento al desarrollo de la investigación en los capítulos posteriores y evidenciar la importancia que tiene cada uno de ellos con centros de salud.

Calidad

Cuatrecasas (2010) define la calidad como; “el conjunto de características que posee un producto o servicio, así como su capacidad de satisfacción de los requerimientos del usuario.” y además señala la importancia de comprender que la calidad entendida y aplicada correctamente brinda a las organizaciones rentabilidad, a pesar del tiempo que requiere su implementación, la inversión económica y los esfuerzos para la mejora continua. (pág. 17)

Así mismo, como parte de las definiciones importantes que dieron sustento a la calidad se puntualizan las siguientes que corresponden a normativas representativas y algunos de los grandes maestros de la calidad:

Según la norma ISO 8402 la calidad es «la totalidad de características de un ente que le confieren la aptitud de satisfacer necesidades implícitas o explícitas». El concepto de ente engloba una variedad extensa de actividades, situaciones u objetos tales como productos, servicios, sistemas, procesos, personas, organizaciones, etc.

La norma DIN establece que «la calidad en el mercado significa el conjunto de todas las propiedades y características de un producto, que son apropiados para satisfacer las exigencias existentes en el mercado al cual va destinado».

Además, los más importantes gurús de la gestión de la calidad hacen referencia expresa a diferentes significados como «Adecuación al uso y ausencia de defectos» (J.M. Juran), «Cumplimiento de las especificaciones» (P.B. Crosby), o algunos tan originales como la denominada «función de pérdida» de Taguchi, expresada como «La mínima pérdida que el uso de un producto o servicio causa a la sociedad» (G. Taguchi). (Cuatrecasas, 2010, pág. 17)

Ahora bien, si se relaciona la definición de calidad con el sector salud la Organización Mundial de la Salud, [OMS], (2017) establece que es “el grado en el que los servicios de salud

prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento” (pág. 236)

Hay que mencionar, además, que a nivel del sector salud la calidad es de vital importancia ya que se encuentra de por medio la vida de seres humanos y es un lugar donde se deben mitigar riesgos y errores, por esta razón que es necesario establecer sistemas que permitan gestionar la calidad tanto a nivel clínico como a nivel operativo en los centros de salud, buscando el perfeccionamiento de la eficiencia y eficacia en los servicios.

Sistema De Gestión De Calidad

Los sistemas de gestión de la calidad brindan una referencia, que busca mediante la mejora continua incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción del cliente y otras partes interesadas, además da confianza a la organización para proporcionar productos o servicios que logren satisfacer los requerimientos consistentemente y con esto también ofrece confianza a los clientes. (Gutiérrez Pulido, 2010, pág. 68)

Por otra parte, Ancasi Flores y Romero Mendoza (2018) argumentan que un sistema de gestión es la manera mediante la cual se administran los procesos y recursos que son claves para el éxito de una organización ya que los mismos brindan orientación a los altos mandos para la toma de decisiones y permite optar por una certificación que brinda un mejor posicionamiento para hacer frente a la competencia. (pág. 14).

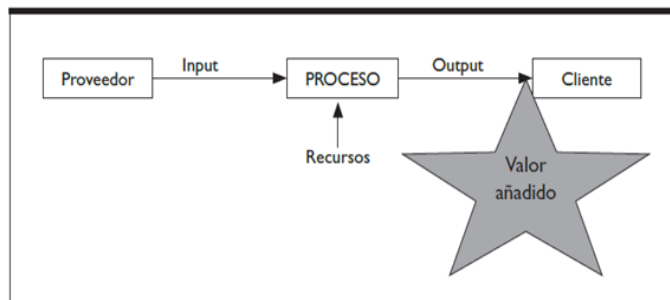
Proceso

Un proceso por su parte es “un conjunto de actividades realizadas por un individuo o grupo de individuos cuyo objetivo es transformar entradas en salidas que serán útiles para un cliente”, además se dice que “cada grupo de actividades o procesos conforman una cadena de valor mediante la que se pretende satisfacer al cliente a través de la generación de valor añadido en cada actividad”. (Camisón, Cruz, & González, 2006, págs. 843-844)

Continuando con los autores se puede representar en la

Figura 2 que “un proceso es la secuencia de actividades lógica diseñada para generar un output preestablecido para unos clientes identificados a partir de un conjunto de inputs necesarios que van añadiendo valor”.

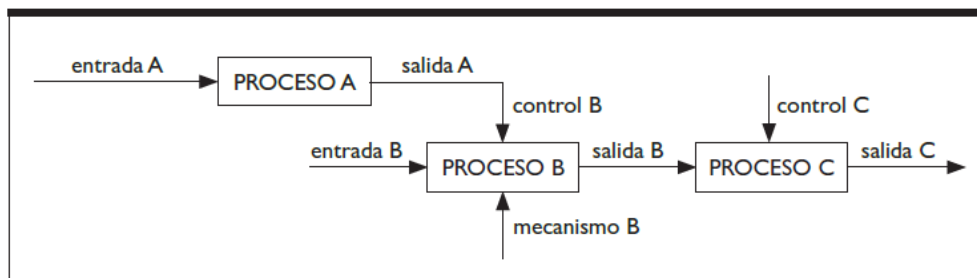
Figura 2 Descripción de proceso



Nota: Camisón, Cruz, & González

Adicionalmente se da que los procesos no son independientes, en muchas organizaciones se encuentran relacionados entre sí, tal y como se representa en la Figura 3, por lo que las salidas de un proceso se convierten en las entradas del proceso que continua, generando la necesidad de una correcta identificación de los mismos y de sus límites para poder gestionarlos de forma efectiva.

Figura 3 Conjunto de procesos



Nota: Camisón, Cruz, & González

Los autores anteriores Camisón et al, definen que la importancia de tomar en consideración que existen distintos tipos de procesos para una gestión adecuada, los mismos se describen a continuación:

- Procesos clave u operativos: representan los procesos propios de la actividad de la organización.

- Procesos estratégicos: representan los procesos por los cuales la organización desarrolla sus estrategias y define sus objetivos.
- Procesos de apoyo o soporte: representan los procesos que brindan los recursos y apoyo necesario para que los procesos clave u operativos se puedan llevar a cabo.

Gestión de los procesos

Los mismos autores Camisón et al, mencionan que la gestión de los procesos es un conjunto de actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización, o bien la forma de hacer adecuadamente las cosas, planificadas previamente con el fin de conseguir los objetivos de una organización. (Camisón, Cruz, & González, 2006, pág. 860).

Beneficios del control de calidad

Ishikawa (1994), establece que las organizaciones que toman en serio el control de la calidad pueden obtener grandes beneficios, y de entre todos los beneficios se consideran los siguientes como fundamentales para un centro de salud:

- Disminución de reclamos como consecuencia de una uniformidad en la calidad.
- Aumento de confianza y fiabilidad de los clientes, mediante el establecimiento del sistema de gestión.
- Disminución de costos.
- Mejor flujo de relaciones e información dentro de la organización.
- Acelera la toma de decisiones, además de mejorar el despliegue de la política y la dirección por objetivos.

Modelos de Calidad

Se puede decir que “son marcos que brindan consejo y guía sobre cómo operativizar y poner en práctica los principios, las prácticas y los métodos de control, gestión y mejora de la calidad, desde un cierto enfoque”, además se encuentran conformados por una serie de normas aceptadas que regulan el proceso de diseño, implementación y certificación del sistema de gestión de la calidad (Camisón, Cruz, & González, 2006, pág. 435).

De acuerdo a Torres y Vásquez (2010) entre los distintos modelos de gestión con más aplicación en las organizaciones se encuentran: el Modelo Planear-Hacer-Verificar Actuar (PHVA), el Modelo Europeo de Excelencia Empresarial (EFQM), el Cuadro de Mando Integral

(Balanced Scorecard), el Modelo de calidad en el servicio (SERVQUAL), el Marco Común de Evaluación (Common Assessment Framework), Seis Sigma, las Normas Británicas (BS) y las Normas de la Organización Internacional para la Estandarización (ISO). (pág. 16)

Uno de los modelos de gestión más conocido a nivel mundial en temas de calidad es la ISO 9001, nace en 1987 y es mayormente conocida su aplicación en sectores industriales o de manufactura, sin embargo, en los últimos años esta norma ha evolucionado y ha logrado expandir su aplicación a sectores enfocados en tecnología, prestación de servicios, entre otros.

Esta normativa ha presentado cambios significativos desde su creación, para el año 1987 se crearon tres modelos bajo el concepto de gestión de calidad, la ISO 9001 para el aseguramiento de la calidad en el desarrollo diseño, servicio producción e instalación, la ISO 9002 para el aseguramiento de la calidad en producción, servicio e instalación y la ISO 9003 para el aseguramiento de calidad en inspecciones y pruebas. (Noguez, s.f.)

Continuando con el autor, se dice que para 1994 las tres normas mencionadas anteriormente se revisan para realizar una segunda publicación de las mismas sin cambios significativos para ninguna, ya para el año 2000 aparece una norma ISO 9001 que sustituye los tres modelos, incorporando cambios con respecto a la efectividad de los sistemas de gestión de calidad y un mejor desempeño en las organizaciones.

Según el autor, la norma continuó evolucionando en el año 2008 y para el 2015 se busca continuar aplicando la norma a cualquier organización, fomentando la alineación con otras de las normas elaboradas por ISO y entre sus principales cambios destaca el enfoque basado en riesgos, todo este proceso de evolución se detalla en la Figura 4.

Figura 4 Evolución de la norma ISO 9001



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Norma ISO 9001:2015

Como parte fundamental de la investigación se busca desarrollar un sistema de gestión de la calidad basado en el modelo brindado por la norma ISO 9001:2015, ya que esta norma busca que por medio de los procesos y su adecuada gestión se satisfagan las necesidades o expectativas de los clientes, cabe mencionar que la adopción del sistema representa una decisión estratégica que permite mejorar el desempeño global de las organizaciones, esto de acuerdo a la International Organization for Standardization (ISO, 2015, pág. vii)

La ISO destaca que las organizaciones que adopten la implementación del sistema tendrán grandes beneficios, entre los que enfatizan los siguientes:

- a) la capacidad para proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables;
- b) facilitar oportunidades de aumentar la satisfacción del cliente;
- c) abordar los riesgos y oportunidades asociadas con su contexto y objetivos;
- d) la capacidad de demostrar la conformidad con requisitos del sistema de gestión de la calidad especificados. (ISO, 2015, pág. vii)

Ahora bien, continuando con el autor, para el desarrollo de los capítulos que conforman la norma, entre los que se encuentran el contexto de la organización, liderazgo, planificación, apoyo, operación, evaluación del desempeño y mejora se emplea la metodología PHVA representada gráficamente en la Figura 6. (ISO, 2015, pág. vii)

Principios de la gestión de la calidad

De acuerdo con la ISO 9000 (2015), existen los siguientes siete principios de la gestión de la calidad:

- Enfoque al cliente: lo primordial de la gestión de la calidad es cumplir con las expectativas, requisitos o necesidades de los clientes y buscar la manera de superarlas.
- Liderazgo: parte fundamental de la organización que establecen propósitos y dirección, además de buscar la manera de que todas las personas se comprometan con los objetivos.
- Compromiso de las personas: toda persona que se encuentre comprometida sea competente y empoderada es fundamental para que una organización genere y brinde valor.

- Enfoque a procesos: permite alcanzar resultados coherentes eficaz y eficientemente, ya que las actividades se entienden y se da la gestión de los procesos interrelacionados
- Mejora: toda organización con éxito busca la mejora continua.
- Toma de decisiones basada en la evidencia: para obtener los resultados deseados las decisiones deben ser tomadas de acuerdo al análisis y la evaluación de la información o datos.
- Gestión de las relaciones: gestionar adecuadamente las relaciones con las partes interesadas, tal es el caso de los proveedores para mantener el éxito.

Ciclo PHVA

Según Gutiérrez Pulido y De la Vara Salazar (2013), el ciclo de la calidad o PHVA es un proceso de cuatro etapas que permite el desarrollo de proyectos de mejora, esta metodología puede ser desarrollada de manera práctica dividiendo el ciclo en ocho actividades detalladas en la Figura 5 (págs. 11-12)

Figura 5 Ocho pasos PHVA

Etapa	Paso	Nombre y breve descripción del paso
Planear	1	Seleccionar y caracterizar un problema: elegir un problema realmente importante, delimitarlo y describirlo, estudiar antecedente e importancia, y cuantificar su magnitud actual.
	2	Buscar todas las posibles causas: lluvia de ideas, diagrama de Ishikawa. Participan los involucrados.
	3	Investigar cuáles de las causas son más importantes: recurrir a datos, análisis y conocimiento del problema.
	4	Elaborar un plan de medidas enfocado a remediar las causas más importantes: para cada acción, detallar en qué consiste, su objetivo y cómo implementarla; responsables, fechas y costos.
Hacer	5	Ejecutar las medidas remedio: seguir el plan y empezar a pequeña escala.
Verificar	6	Revisar los resultados obtenidos: comparar el problema antes y después.
Actuar	7	Prevenir la recurrencia: si las acciones dieron resultado, éstas deben generalizarse y estandarizar su aplicación. Establecer medidas para evitar recurrencia.
	8	Conclusión y evaluación de lo hecho: evaluar todo lo hecho anteriormente y documentarlo.

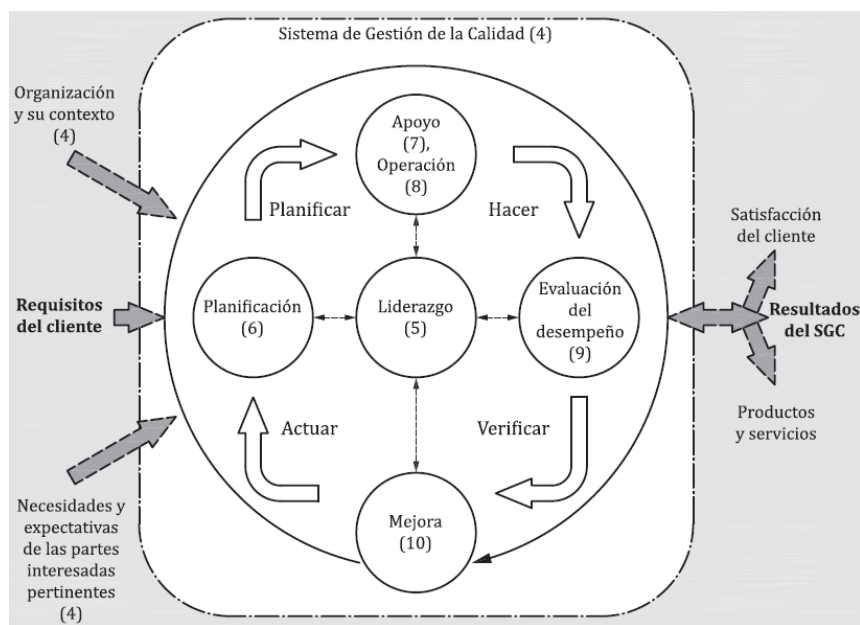
Nota: Gutiérrez Pulido & De la Vara Salazar

Según la ISO 9001 (2015) esta metodología permite asegurar a cualquier organización que los procesos cuentan con recursos y son gestionados adecuadamente, además de que se puedan determinar las oportunidades de mejora para proceder en consecuencia, la norma establece el ciclo de la Figura 6. (pág. vii)

Por otra parte, la ISO 9001 (2015) brinda un detalle con respecto a cada una de las etapas del ciclo PHVA que permite comprender que se debe desarrollar en cada una de las etapas:

- Planificar: establecer los objetivos del sistema y sus procesos, y los recursos necesarios para generar y proporcionar resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización, e identificar y abordar los riesgos y las oportunidades;
- Hacer: implementar lo planificado;
- Verificar: realizar el seguimiento y (cuando sea aplicable) la medición de los procesos y los productos y servicios resultantes respecto a las políticas, los objetivos, los requisitos y las actividades planificadas, e informar sobre los resultados;
- Actuar: tomar acciones para mejorar el desempeño, cuando sea necesario.

Figura 6 Ciclo PHVA



Nota: ISO 9001:2015

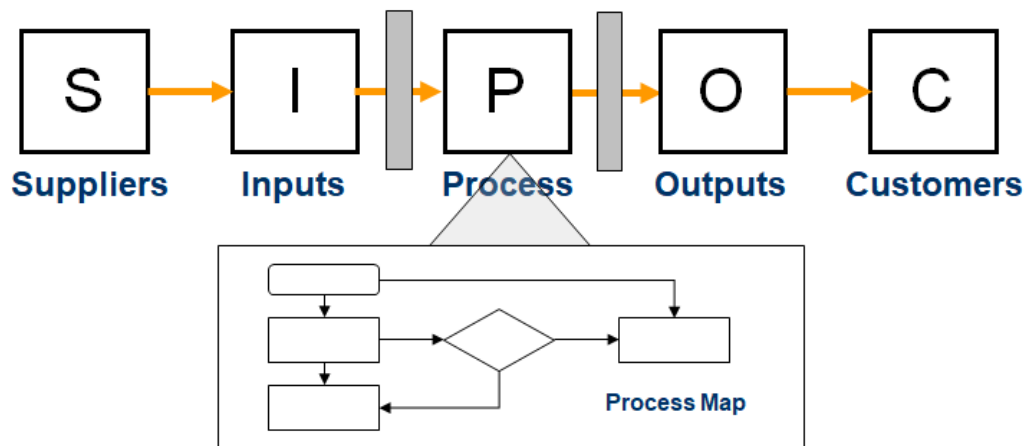
Herramientas Aplicables Al Desarrollo De La Investigación

Diagrama PEPSU o SIPOC

Este diagrama busca analizar el proceso y su entorno para de esta manera entender mejor como se ejecutan los trabajos en la organización y como se efectúan los procedimientos, con esta herramienta se busca contar con una descripción más clara de lo que se hace y se busca eliminar

posibles errores que se puedan dar, en el mismo se identifican los proveedores (P), las entradas (E), el proceso como tal (P), las salidas (S) y los usuarios (U) detallados en la Figura 7.

Figura 7 Diagrama PEPSU o SIPOC



Nota: Google Imágenes

De acuerdo con Gutiérrez Pulido y De la Vara Salazar (2013) para poder elaborar este diagrama es necesario conocer los pasos para la adecuada elaboración de un diagrama de flujo y tomar en consideración las siguientes actividades propiamente del diagrama SIPOC:

1. Inicialmente es necesario delimitar el proceso y confeccionar el diagrama de flujo general correspondiente donde se detallan las cuatro o cinco etapas principales.
2. Posteriormente es necesario identificar las salidas del proceso, las mismas son los resultados (bienes o servicios) que genera el proceso.
3. Seguidamente es necesario especificar los usuarios/clientes, que son quienes reciben o se benefician con las salidas del proceso.
4. A continuación, se establecen las entradas (materiales, información, etc.) que son necesarias para que el proceso funcione de manera adecuada.
5. Y para finalizar, se identifican proveedores, que corresponden a quienes proporcionan las entradas.

Diagrama matricial

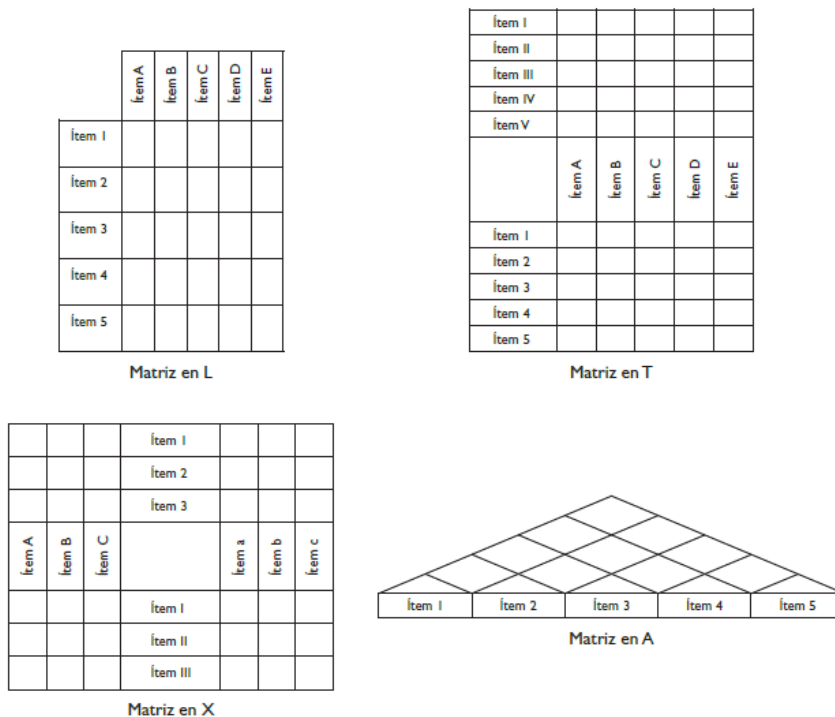
Camisón, Cruz y González (2006) determinan que un diagrama matricial es “una herramienta cuyo objetivo es establecer puntos de conexión lógica entre grupos de características, funciones o actividades, representándolos gráficamente.”, además los mismos autores mencionan

que por medio de matrices se cuenta con una manera sencilla y visual de identificar las distintas relaciones y el nivel de relación efectiva entre dos conjuntos diferentes de elementos. (pág. 1282)

Continuando con los autores se detalla a continuación los pasos para la construcción del diagrama matricial (DM):

1. Definir el objetivo de usar el DM: el objetivo puede ser expresado en forma de afirmación, por ejemplo: «mejorar las características del producto para satisfacer las expectativas de los clientes».
2. Formar el equipo de trabajo: se debe formar un equipo para la construcción del DM que requiere un esfuerzo y un tiempo de dedicación superior a otras herramientas. Las personas integrantes del grupo deben estar comprometidas con el proyecto y aportar todos los recursos necesarios, principalmente tiempo, para desarrollar esta actividad.
3. Generar los conjuntos de elementos a comparar: en la construcción de cualquier matriz, el primer paso es identificar todos los elementos o conjuntos a considerar. Para ello, el equipo puede partir de un Diagrama de Árbol realizado con anterioridad, en cuyo caso los conjuntos a comparar coincidirán con el nivel de más detalle en aquél (última fila). Si no, se puede realizar una lluvia de ideas entre todos los miembros del equipo.
4. Determinar el formato de la matriz: posteriormente, hay que elegir el tipo de matriz más adecuada para el análisis concreto. El número de conjuntos que participan en el análisis es el factor más influyente en la elección del tipo de matriz. Las matrices más utilizadas son las siguientes: matriz en L, matriz en A, matriz en T y matriz en X.

Figura 8 Tipos de matrices



Nota: Camisón, Cruz, & González

5. Construir la matriz: la matriz se construye situando un conjunto de elementos en las filas (horizontales) y otro en las columnas (verticales). En los puntos de intersección de filas y columnas se dibujan unos símbolos que indican de forma visual la fuerza de las relaciones existentes entre ambos elementos.

Figura 9 Símbolos empleados en un diagrama matricial

TIPO DE ANÁLISIS	SÍMBOLOS				
	●	○	△	×	*
Relación	Fuerte	Moderada	Débil		
Relación con signo	Fuerte positiva	Débil positiva		Débil negativa	Fuerte negativa
Responsabilidad	Principal	Secundaria	Informado		
Criticidad	El más crítico	Más crítico	Crítico		
Proceso de ensayo	Ensayo realizándose	Ensayo planificado	Posible ensayo		

Nota: Camisón, Cruz, & González

6. Análisis: el análisis del DM consiste en examinar detenidamente las relaciones representadas entre los elementos e identificar aspectos significativos. Principalmente, hay que observar si:
- Existen elementos que no tienen o tienen muy poca relación con otros.
 - Existen elementos que tienen mucha relación con los demás y además relaciones muy fuertes.
 - Hay zonas de la matriz con fuerte o débil relación entre conjuntos de elementos.

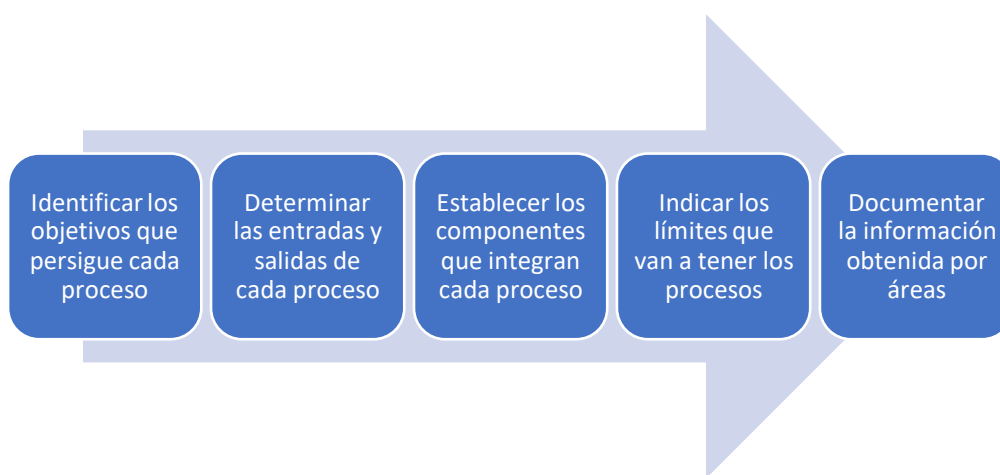
Las conclusiones obtenidas del análisis llevarán a la empresa a determinar líneas de actuación a seguir o a desarrollar planes de mejora, dependiendo de lo que se esté estudiando.

Mapeo de Procesos

Gutiérrez Pulido y De la Vara Salazar (2013), establecen que un mapeo de proceso es “hacer un diagrama de flujo más apegado a la realidad, en donde se especifiquen las actividades que efectivamente se realizan en el proceso”, además, se determina que existen mapeos de procesos a nivel macro que son una forma muy ventajosa para analizar el mismo, o bien mapeos a nivel micro para analizar minuciosamente una parte específica del proceso. (pág. 160).

Siguiendo con los autores, para determinar los pasos a seguir para realizar un mapeo de procesos es necesario obtener datos de los mismos mediante entrevistas, observaciones, análisis de datos que puedan brindar los expertos en cada proceso para una vez que se cuente con la información se proceda a realizar los pasos detallados en la Figura 10. (pág. 160).

Figura 10 Pasos para el mapeo de procesos



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Si para toda organización un mapeo de procesos permite brindar una estructura ordenada y clara de cómo se relacionan todas las actividades que realizan y determina cuales generan valor, para un ente que brinda servicios de salud es de vital importancia tenerlos mapeados y controlados.

Hoja de recolección de datos o verificación

Esta hoja tiene como función recopilar información de manera ordenada y estructurada, dicha información es importante y además útil, al elaborar una hoja de recolección de datos es necesario conocer el tipo de datos que se van a recoger y almacenar, y los puntos de recogida, adicionalmente todos los datos se deben de obtener de una manera simple, clara y ordenada. (Cuatrecasas, 2010, págs. 78-79).

Continuando con el autor, dicha hoja es de gran utilidad por los siguientes motivos:

- Recoge la información que es básica para el control de procesos y que sirve como soporte de otras técnicas o herramientas que se nutren de ella.
- Facilita la recogida de dicha información de forma homogénea y uniforme, independientemente de las diferentes personas que participen.
- Facilita el análisis y control de los datos sobre procesos. Permite observar el grado de cumplimiento de determinadas funciones, actividades, especificaciones o estándares.

González (2012), citado por Camacho Álvarez (2018) precisa los pasos necesarios para confeccionar la hoja de verificación donde inicialmente se debe determinar claramente el proceso que se va a observar, seguidamente se debe enfocar la atención hacia el análisis de las características que tiene el proceso, posteriormente definir el periodo de tiempo en el que se recolectaran los datos, a continuación se debe diseñar la plantilla clara y de fácil uso y para finalizar ser consistente con la obtención de los datos. (pág. 43).

La hoja de verificación diseñada para esta investigación se centra en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, para conocer el porcentaje o nivel de cumplimiento que tiene el hospital con respecto a cada uno de ellos se dará un nivel y posteriormente se estimará un promedio, con esto se podrá tener un panorama más claro y a su vez se tendrá noción de que requisitos son críticos para la certificación.

Análisis de riesgos

El análisis de riesgo en toda organización es necesario, sin embargo, en un hospital es parte fundamental tener detectados y analizados los riesgos para que los mismos no se materialicen, según Camisón, Cruz y González (2006) los riesgos en una organización se pueden prevenir a través de la herramienta Análisis Modal de Fallo y Efecto (AMFE), esta herramienta “permite identificar los posibles fallos de un producto o proceso, bien sea nuevo o ya existente, determinando sus causas.” (pág. 1302).

Del mismo modo, Cuatrecasas (2010) lo define como “una metodología que permite analizar la calidad, seguridad y/o fiabilidad del funcionamiento de un sistema, tratando de identificar los fallos potenciales que presenta su diseño y, por tanto, tratando de prevenir problemas futuros de calidad. (pág. 151).

Para efectos de esta investigación se toma en consideración lo establecido en la normativa ISO 9001:2015 con respecto a la evaluación y determinación de probabilidades y consecuencias, ya que es fundamental contar con la evaluación para que los procesos y el sistema de gestión trabajen adecuadamente sin perder el rumbo.

En el caso de las probabilidades se establece la Tabla 1 con la valoración, probabilidad y criterios para determinar la probabilidad de que ocurra el riesgo, para este caso es necesario tomar en cuenta los plazos antes de definir.

Tabla 1 Valoración de la probabilidad de riesgo

Valoración	Probabilidad	Criterios (probabilidad de ocurrencia del riesgo)
1	Rara	Poco probable que ocurra, pero posible
2	Improbable	Improbable, pero puede que se produzca
3	Posible	Ocurrirá varias veces
4	Probable	Ocurrirá con frecuencia
5	Casi seguro	continuamente con experiencia

Nota: ISO 9001:2015

Para las consecuencias que se llegan a evidenciar en la norma ISO 9001:2015 se establece la valoración, consecuencia y criterio que sería el impacto en la organización, la misma se detalla en la Tabla 2.

Tabla 2 Valoración de la consecuencia del riesgo

Valoración	Consecuencia	Criterio (Impacto del riesgo para el negocio)
1	Incidental	Impacto en el negocio Insignificante. Se puede remediar rápidamente. Nada reportable a la alta dirección. No hay productos o servicios no conformes. Mínima insatisfacción de personal o el cliente. La pérdida financiera hasta \$ X.
2	Menor	Impacto leve en el negocio. Daños localizados. Incidente reportable a la alta dirección. Afectación menor a la conformidad de productos y servicios. Algunos problemas de insatisfacción del personal o el cliente. Pérdida financiera de \$ X a \$ X.
3	Moderado	Impacto limitado en el negocio. Impacto moderado en ciertos recursos. Incidente reportable a la alta dirección con seguimiento. Correcciones en productos o servicios no conformes. Reportable a organismos legales con corrección. Problemas generalizados de insatisfacción del personal o el cliente. Pérdida financiera de \$ X a \$ X.
4	Mayor	Impacto serio en el negocio. Impacto serio en los recursos. Significativa pérdida de mercado. Reportable a la alta dirección con seguimiento de su parte y acción correctiva. Correcciones a grupos de productos y servicios no conformes. Intervención sería de organismos legales. Alta rotación de personal. Pérdida financiera de \$ X a \$ X.
5	Extremo	Impacto desastroso en el negocio. Daños mayores en gran cantidad de recursos. Dramática pérdida de mercado. Serios problemas legales (litigaciones, multas, cierre) Daños irreparables en la satisfacción de clientes y empleados. Cierre potencial del negocio, Pérdidas financieras de \$ X o más.

Nota: ISO 9001:2015

Al contar con la información de la probabilidad y el riesgo la ISO 9001:2015 establece que se debe aplicar una fórmula para determinar el índice de riesgo, dicha fórmula se establece en la Figura 11.

Figura 11 Índice de riesgo

$$\text{Riesgo} = \text{Consecuencia} \times \text{probabilidad}$$

Nota: ISO 9001:2015

Seguidamente de acuerdo a la matriz de riesgo definida en la Tabla 4 se puede determinar el índice de riesgo de acuerdo a la aplicación de la fórmula y este se categoriza de acuerdo al nivel de afectación que corresponde a los rangos detallados en la Tabla 3.

Tabla 3 Nivel de afectación

Nivel	Rango	Color
Bajo	(1-8)	Verde
Medio	(9-16)	Amarillo
Alto	(17-25)	Rojo

Nota: ISO 9001:2015

Tabla 4 Matriz índice de riesgo

		Rango de consecuencias >>>				
		1	2	3	4	5
Rango de probabilidad >>>	1	1	2	3	4	5
	2	2	4	6	8	10
	3	3	6	9	12	15
	4	4	8	12	16	20
	5	5	10	15	20	25

Nota: ISO 9001:2015

Para finalizar es necesario establecer medidas que permitan mitigar los riesgos, tomando en consideración la Tabla 5 donde se muestra el tipo, la opción y la descripción que determina que puede suceder.

Tabla 5 Tipos de medidas para mitigar riesgos

Tipo	Opción	Descripción
1	Evitar	Retirarse de la actividad
2	Eliminar	Elimine la fuente del riesgo
3	Cambiar	Cambio de probabilidad o consecuencia
4	Compartir	Externalizar riesgo o asegurarse contra él
5	Mantener	Acepta el riesgo, decisión directiva

Nota: ISO 9001:2015

Diagrama de flujo

Camisón, Cruz y González (2006) establecen que un diagrama de flujo o flujograma es una secuencia de pasos que muestran cómo se realiza un proceso y se dice que son muy útiles para

lograr describir procesos existentes o nuevos en una organización (pág. 1307), además dicha herramienta puede ser aplicada según los autores para:

- Realizar las descripciones formales de los procesos dentro de un sistema de gestión de la calidad.
- Identificar aspectos clave del proceso, a los que lógicamente se les deberá prestar mayor atención.
- Localizar posibles problemas, lo que permite llevar a cabo acciones de prevención.
- Buscar acciones o actividades omitidas, bien por error o bien por innecesarias.

Camisón, Cruz y González (2006) indican que:

Para asegurar la obtención de un Diagrama de Flujo preciso, en la mayoría de las ocasiones es necesario formar un equipo de trabajo, lo que contribuirá al compromiso con el desarrollo del proceso. En general, los pasos a seguir en la elaboración del diagrama son los siguientes:

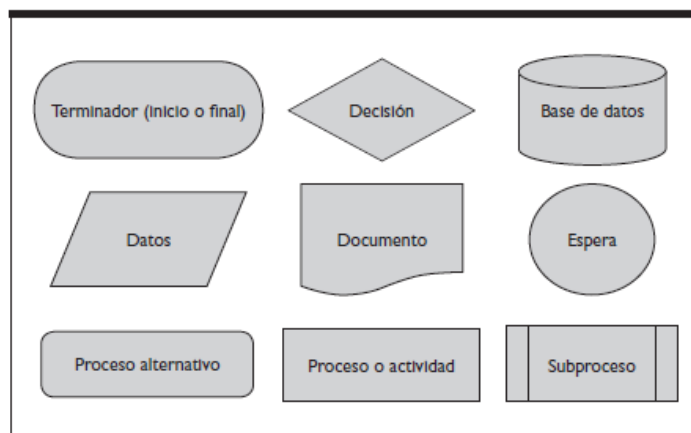
1. Elaborar una definición de proceso para el proceso que se esté analizando: en primer lugar, hay que identificar el proceso que va a ser representado, al que se debe poner un nombre. A menudo, las personas de la base operativa suelen conocer en detalle aspectos concretos del proceso que permiten completar correctamente el proceso. En el caso de procesos transversales, es probable que tengan que intervenir personas pertenecientes a la alta dirección.

El equipo de trabajo encargado de la elaboración del diagrama debe incluir personas implicadas en todas las partes del proceso, para garantizar una descripción real de cómo se está llevando a cabo el proceso y no cómo debería ser éste, es decir, una descripción idealizada.

2. Identificar la primera entrada (input) y a partir de ésta la primera actividad en el Diagrama de Flujo: se trata de determinar dónde comienza el proceso, que se indica en la parte superior del folio con un símbolo de «inicio» como el que muestra la Figura 12. A partir de aquí, el diagrama se va a dibujar en sentido vertical descendente, es decir, de arriba abajo.

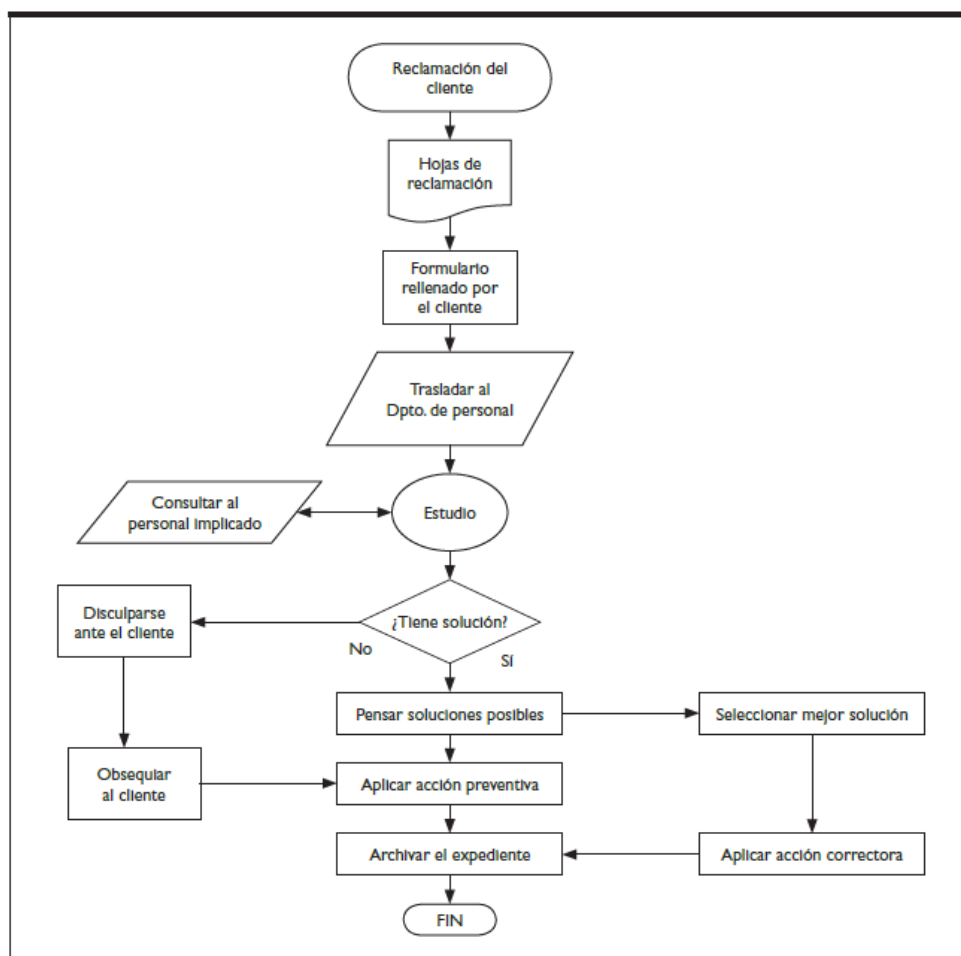
3. En esta fase, se debe empezar a rellenar el diagrama: en la elaboración de los diagramas se utilizan diferentes símbolos; entre los más comunes se encuentran los que se muestran en la Figura 12. El primer símbolo se incorpora tras la contestación a la pregunta: ¿Qué ocurre en primer lugar? Entonces, se selecciona el símbolo adecuado en función de la respuesta. Posteriormente se van añadiendo símbolos contestando sucesivamente a la pregunta: ¿Qué ocurre después? En la elaboración del diagrama hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones (Straker, 1995):
 - a. Utilizar descripciones cortas y sencillas. Es mejor emplear frases breves, como, por ejemplo, «comprobar la satisfacción del cliente», en vez de «investigar el nivel de satisfacción del cliente mediante el cuestionario».
 - b. Mantener un nivel constante de detalle en todo el diagrama.
 - c. Intentar que todo el diagrama quede recogido en una página. Esta limitación puede ser útil para restringir el nivel de detalle; como máximo, procurar que el diagrama no presente más de quince símbolos. De lo contrario, se complica enormemente su interpretación.
 - d. Identificar e incluir decisiones clave en el proceso.
 - e. Intentar dibujar el diagrama siempre de arriba abajo, con extensiones hacia la derecha siempre que sea necesario, reservando el margen izquierdo solamente para volver hacia arriba en el proceso, o bien cuando no quede espacio en el margen derecho. En cualquier caso, siempre debe predominar la claridad para su interpretación.
 - f. Terminar el proceso con un único output o símbolo final.
4. Identificar la actividad final y, con ello la última salida (output): se trata de determinar dónde termina el proceso para finalizar con el símbolo de «final».
5. Elaborar la versión final: tras una primera elaboración completa del Diagrama de Flujo, en ocasiones, es recomendable que el equipo reflexione para detectar posibles errores u omisiones que se hayan podido cometer y poder elaborar una versión final y definitiva del mismo.

Figura 12 Símbolos



Nota: Camisón, Cruz, & González

Figura 13 Ejemplo del diagrama de flujo



Nota: Camisón, Cruz, & González

Indicadores

Los indicadores representan una forma de medir y dar seguimiento a que los procesos y el sistema de gestión de calidad funcionan correctamente, con la aplicación de los mismos una organización se asegura tener control de las operaciones y del sistema, además los mismos son una fuente para toma de decisiones.

Según Mora (2012), citado por Camacho Álvarez (2018), se dice que:

“Lo que no se mide no se puede controlar, y lo que no se controla no se puede gestionar “además que el término indicador “se refiere a datos esencialmente cuantitativos, que nos permiten darnos cuenta de cómo se encuentran las cosas en relación con algún aspecto de la realidad que nos interesa conocer.

Continuando con el autor, se establecen una serie de pasos que permiten la implementación de los indicadores, inicialmente se dice que es necesario identificar el proceso a medir, seguidamente se debe definir el objetivo de lo que se desea medir, continuando con la recolección de la información necesaria del proceso, posteriormente se cuantifica y mide la variables, seguidamente se necesita comparar el indicador global, buscar retroalimentación con respecto a las mediciones y para finalizar buscar la mejora continua.

Medios documentales

La documentación en un sistema de gestión permite brindar un respaldo de la manera en que se realizan las cosas en una organización, el contar con documentación hace que los procesos se encuentren normalizados ya que todo personal que ejecute una parte del proceso lo realizará de la misma manera, de acuerdo al procedimiento o instructivo además utilizando instrumentos como formularios que también formen parte del sistema de gestión documental.

De acuerdo con Cuatrecasas (2010) “La implantación de un sistema de calidad requiere un esfuerzo importante de documentación, puesto que todo debe estar controlado, documentado y registrado”, partiendo de esto para efectos del proyecto se establecerán plantillas para procedimientos, instructivos, formularios y el manual de calidad que permitan al hospital estandarizar la documentación.

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

Este capítulo presenta la metodología con la cual se desarrolla el proyecto en el Hospital Clínico Central de San José, la misma permite detallar los componentes o actividades utilizados para el estudio de los próximos capítulos donde se desarrolla el análisis de la situación actual y la propuesta.

Enfoque

Hernández, Fernández y Baptista (2014) determinan en su libro que se pueden dar tres enfoques, el cuantitativo, cualitativo y el mixto, mismos que se detallan a continuación:

El enfoque cuantitativo se dice que representa un conjunto de procesos, se da de manera secuencial y es probatorio, las etapas preceden una de la otra por lo que no es posible saltar o evitar pasos. Las fases pueden ser redefinidas a pesar del riguroso orden que se establece. Los autores establecen que “parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica.” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, págs. 4-5)

Además, de las preguntas se logra establecer una hipótesis y la determinación de variables; se crea un plan para probarlas que se conoce como el diseño; las variables son medidas en un determinado contexto, son analizadas las mediciones obtenidas por medio de métodos estadísticos, y de acuerdo con la hipótesis se obtienen una serie de conclusiones. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, págs. 4-5)

El enfoque cualitativo es guiado también por áreas o temas significativos de investigación, con la diferencia de que en este estudio se pueden desarrollar interrogantes e hipótesis antes, durante o después de la recolección y análisis de datos. Las actividades en muchas ocasiones sirven para revelar las interrogaciones de investigación más importantes para posteriormente perfeccionarlas y darles respuesta. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 7)

Adicionalmente, se dice que “la acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación”, dando como resultado un proceso circular donde la secuencia no siempre es la misma ya que varía en cada estudio. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 7)

Continuando con Hernández et al (2014), se determina que:

Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. (pág. 534)

Por otra parte, se puede decir que los enfoques mixtos “utilizan evidencia de datos numéricos, verbales, textuales, visuales, simbólicos y de otras clases para entender problemas en las ciencias”. Hernández et al (2014, pág. 534)

Enfoque seleccionado para la investigación

El enfoque seleccionado para este proyecto en el Hospital Clínico Central de San José es el cuantitativo ya es un proceso metódico, donde por medio de una serie de pasos se busca generar una hipótesis, se delimitan los datos para posteriormente recolectarlos y que los mismos permitan fundamentar el problema y los objetivos planteados con el respaldo de mediciones y números que generen datos estadísticos.

Alcance

De acuerdo con Hernández et al (2014) el alcance se establece como el resultado de la revisión de literatura y de la perspectiva que tenga el estudio, y además va a depender de los objetivos planteados (pág. 90). Dado lo anterior y de acuerdo a la selección del enfoque cuantitativo se detallan a continuación los alcances para este tipo de investigación:

El exploratorio se da cuando “el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado”, por lo tanto, se desencadenan muchas dudas que no se han abordado antes, lo cual significa que con la literatura se encuentran ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien que es posible aplicar este alcance cuando se busca indagar sobre temas y áreas desde una perspectiva nueva. Hernández et al (2014, pág. 91)

Continuando con los autores, el alcance descriptivo busca especificar propiedades, características y perfiles, ya sea de personas, grupos, procesos, comunidades, objetos o cualquier otro fenómeno sometido a análisis. Este alcance busca medir o recolectar información de manera

independiente o conjunta de conceptos o variables a las que se refieren, sin tener como objetivo como se relacionan entre sí. (pág. 92)

Por otra parte, se dan los alcances correlacionales que, de acuerdo a Hernández et al (2014) buscan dar respuesta a interrogantes de investigación, con el propósito de conocer “la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular”. (pág. 93)

Adicionalmente, Hernández et al (2014) determinan que:

Para evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, en los estudios correlacionales primero se mide cada una de éstas, y después se cuantifican, analizan y establecen las vinculaciones. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba. (pág. 93)

Para concluir, de acuerdo con los autores Hernández et al, el alcance explicativo va más allá de una descripción de conceptos, fenómenos, o establecimiento de relación entre conceptos, este estudio se encuentra dirigido a responder por las causas de los acontecimientos y fenómenos físicos o sociales. Además, según los autores se dice que:

Las investigaciones explicativas son más estructuradas que los estudios con los demás alcances y, de hecho, implican los propósitos de éstos (exploración, descripción y correlación o asociación); además de que proporcionan un sentido de entendimiento del fenómeno a que hacen referencia. Hernández et al (2014, pág. 96)

Alcance seleccionado para la investigación

El alcance seleccionado ya que se ajusta al proyecto es el explicativo, este alcance permite establecer las causas del problema planteado en el Hospital Clínico Central de San José y su sistema de gestión actual ya que es más estructurado y, por ende, permite desarrollar los objetivos planteados en serie, cuenta con una hipótesis y un marco teórico más precisos; y permitir el establecimiento de muestras, variables, instrumentos, procesos de recolección, entre otros.

Diseño

El diseño corresponde a un plan o estrategia concebidos con el fin de obtener la información necesaria para dar respuesta al planteamiento del problema y poder obtener al final del estudio resultados con mayor probabilidad de generar conocimiento. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 128)

De acuerdo con Hernández et al (2014), para una investigación cuantitativa existen los diseños experimentales y los no experimentales, los mismos se desarrollan a continuación:

Los diseños experimentales se dividen en preexperimentos, experimentos puros y cuasiexperimentos, “se utilizan cuando el investigador pretende establecer el posible efecto de una causa que se manipula, una o más variables independientes (causas) para analizar las consecuencias de tal manipulación sobre una o más variables dependientes (efectos).” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 130)

Para los diseños experimentales Hernández et al (2014), detallan que este tipo de diseño se desarrolla de acuerdo a los siguientes pasos principales:

Paso 1: Decidir cuántas variables independientes y dependientes deberán incluirse. No necesariamente el mejor experimento es el que incluye el mayor número de variables; deben incluirse las variables que sean necesarias para probar las hipótesis, alcanzar los objetivos y responder las preguntas de investigación.

Paso 2: Elegir los niveles o modalidades de manipulación de las variables independientes y traducirlos en tratamientos experimentales.

Paso 3: Desarrollar el instrumento o instrumentos para medir las variables dependientes.

Paso 4: Seleccionar una muestra de casos o personas del tipo o perfil que nos interesa.

Paso 5: En el caso de que sean individuos, reclutarlos. Esto implica ponerse en contacto con ellos, darles las explicaciones necesarias, obtener su consentimiento e indicarles lugar, día, hora y persona con quien deben presentarse. Es conveniente proporcionarles facilidades para que acudan al experimento (si se les puede brindar transporte, entregarles un mapa con los señalamientos precisos, etc.). También hay

que darles cartas (a ellos o alguna institución a la que pertenezcan para facilitar el apoyo; por ejemplo, en escuelas a los directivos, maestros y padres de familia) y recordarles su participación el día anterior a la realización del experimento.

Paso 6: Seleccionar el diseño experimental o cuasiexperimental apropiado para nuestras hipótesis, objetivos y preguntas de investigación.

Paso 7: Planear cómo vamos a manejar los casos o a los participantes. Con personas, elaborar una ruta crítica sobre qué van a hacer desde que llegan al lugar del experimento hasta que se retiran.

Paso 8: En el caso de experimentos “puros”, dividirlos al azar o emparejarlos; y en el caso de cuasiexperimentos, analizar cuidadosamente las propiedades de los grupos intactos.

Paso 9: Aplicar las prepruebas (cuando las haya), los tratamientos y las pospruebas.

Asimismo, resulta conveniente tomar nota del desarrollo del experimento, llevar una bitácora minuciosa de todo lo ocurrido. (págs. 151-152)

En cuanto a los diseños no experimentales, estos se clasifican en transeccionales y longitudinales; y se definen como investigaciones que se realizan sin manipular adrede las variables, son estudios en los que no se modifican de forma intencional las variables independientes para visualizar su efecto en otras variables y se busca observar los fenómenos tal y como se muestran en su contexto natural para realizar el análisis. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 152)

Con respecto a los diseños de investigación transeccional o transversal se dice que describen variables y analizan su incidencia e interrelación en determinado momento, lo que busca es tomar una “fotografía” de algo que sucede, recolectando datos en un tiempo único. Esta investigación se divide en exploratorios, descriptivos y correlacionales-causales. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 155)

Por otro lado, continuando con los autores se dice que los diseños de investigación longitudinal o evolutiva se dividen en diseños y tendencia, diseño de análisis evolutivo de grupos y diseño panel; y se definen como estudios que permiten recolectar datos en distintos puntos del

tiempo para realizar deducciones acerca de la evolución del problema de investigación o fenómeno, sus causas raíces y sus efectos. (pág. 159)

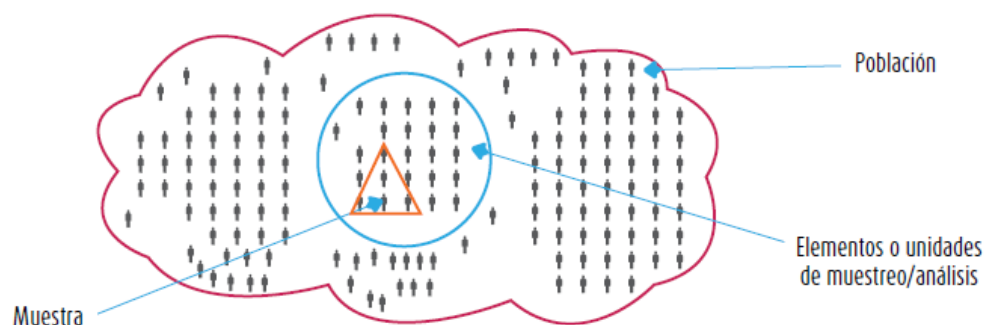
Diseño seleccionado para la investigación

El diseño seleccionado para esta investigación es el no experimental transeccional ya que se busca estudiar las variables sin alteraciones para determinar lo que sucede, recolectando datos en un único tiempo que respalden y fundamente el problema planteado en este proyecto, la selección del diseño se realiza tomando en consideración el enfoque y alcance seleccionados para que exista una concordancia en la investigación.

Muestra De Investigación

La muestra se define como “un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse y delimitarse de antemano con precisión, además de que debe ser representativo de la población” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 173), a continuación se presenta en la Figura 14 la muestra como subgrupo.

Figura 14 Representación de una muestra

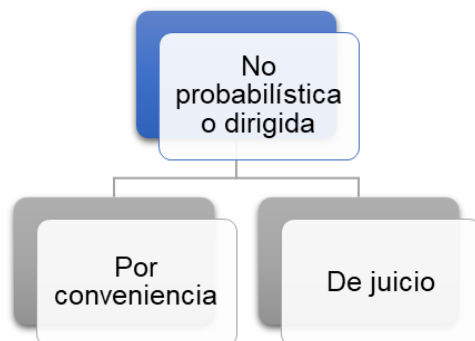


Nota: Hernández, Collado y Baptista

Ahora bien, continuando con los autores la muestra tiene dos tipos, no probabilística o dirigida que representa un subgrupo de la población donde la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación (págs. 175-176). Una muestra no probabilística se establece que se da por conveniencia y “están formadas por los casos disponibles a los cuales tenemos acceso” Hernández et al (2014, pág. 390), o de juicio donde se limita o determina que se estudia cierta población.

A continuación, se detalla en la Figura 15 el esquema para las muestras no probabilísticas o dirigidas.

Figura 15 Esquema de muestras no probabilísticas o dirigidas

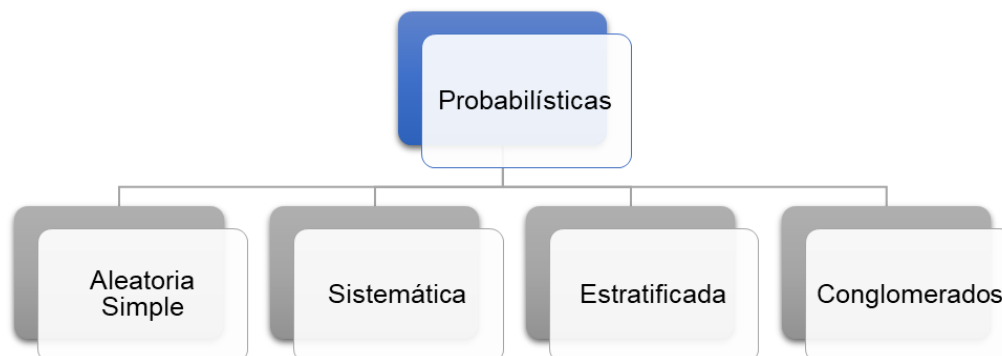


Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Con respecto a la muestra probabilística, según Hernández et al, se entiende como un subgrupo de la población en el que todos los elementos cuentan con la misma posibilidad de ser seleccionados. Esta muestra se divide en aleatoria simple donde todos tienen la misma posibilidad de ser seleccionados, sistemática donde se empieza y calcula una muestra proporcionada, estratificada donde el muestreo de la población se divide en segmentos y se selecciona una muestra para cada uno de los segmentos, y conglomerados donde las unidades se hallan encapsuladas en ciertos lugares físicos. (págs. 175-183).

A continuación, se detalla en la Figura 16 el esquema para las muestras probabilísticas.

Figura 16 Esquema de muestras Probabilísticas



Nota: Ana Catalina Vargas Torres.

Muestra seleccionada para la investigación

La muestra seleccionada para esta investigación es la no probabilística de juicio ya que la población se limita a gerentes y personas involucradas actualmente con el funcionamiento del sistema de gestión con el que cuenta el Hospital Clínico Central de San José, a esta población seleccionada se le realizan entrevistas para lograr la determinación de las causas que fundamentan la problemática planteada.

También se aplica la muestra probabilística estratificada para dividir la población de acuerdo con su perfil profesional como clínicos y administrativos, de esta manera se busca poder aplicar una encuesta que permita determinar cuáles de ellos conocen más sobre temas de calidad, esto para evidenciar la falta de cultura de calidad que existe en la organización y poder atacar las áreas donde laboran estos profesionales y que presentan la mayor falta de conocimiento.

Variables o Unidades De Análisis

Hernández et al (2014) definen una variable como “una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse” y adquieren valor para la investigación cuando se llegan a relacionar con otras variables conformando una teoría o una hipótesis. (pág. 105)

Variables para la investigación

Las variables para este proyecto en el Hospital Clínico Central de San José, son el sistema de gestión actual, la estructura de la organización, la estrategia planteada actualmente, los recursos con los que cuenta el hospital, responsables del sistema, la cultura de calidad, procesos y documentación con la que se cuenta actualmente. A continuación, se detallan en la Tabla 6 las variables de acuerdo al planteamiento de los objetivos específicos para el desarrollo del capítulo del análisis de la situación actual.

Tabla 6 Variables de investigación en Hospital Clínico Central de San José

Objetivos Específicos	Variable	Conceptual	Operacional	Instrumental
Describir el Sistema de Gestión actual en el Hospital Clínico Central de San José.	Sistema de gestión	Manera mediante la cual se administran los procesos y recursos que son claves para el éxito de una organización.	Se requiere medir los requisitos actuales del sistema de gestión que se cumplen, entre los requisitos de un sistema de gestión. $\frac{\text{Total de requisitos de un SG cumplidos}}{\text{Total de requisitos de un SG}}$	Hoja de recolección de datos

Objetivos Específicos	Variable	Conceptual	Operacional	Instrumental
		(Ancasi Flores & Romero Mendoza, 2018, pág. 14)		
Evaluar el método de trabajo del Sistema de Gestión actual en el Hospital Clínico Central de San José.	Método de trabajo	Estrategias, procedimientos y técnicas que determinan la forma y el camino de llevar a cabo el trabajo (Barreto Acosta, Benavides Erazo, Garavito Jiménez, & Gordillo Forero, 2003, pág. 14)	Se requiere evaluar los requisitos que cumple el sistema de gestión actual, entre los requisitos que debe cumplir. $\frac{\text{Requisitos mínimos que cumple el sistema}}{\text{Requisitos que debe cumplir}}$	Mapeo de procesos Matriz de riesgos Hoja de recolección de datos Encuesta
Analizar el nivel de cumplimiento del Sistema de Gestión actual con respecto a la norma ISO 9001:2015.	Nivel de cumplimiento	Se define como la conformidad de un requisito (ISO, 2015, pág. 23)	Se requiere evaluar con respecto a la norma ISO 9001:2015 el total cumplidos, entre el total de requisitos de la norma. $\frac{\text{Requisitos que cumple}}{\text{Total de requisitos de la norma}}$	Hoja de recolección de datos
Proponer un Sistema de Gestión de Calidad para el Hospital Clínico Central de San José.	Requisitos para el Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2015	“Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria” (ISO, 2015, pág. 23)	Se requiere evaluar el total de requisitos pendientes, entre el total de requisitos de la norma. $\frac{\text{Total de requisitos pendientes}}{\text{Total de requisitos de la norma}}$	Hoja de recolección de datos Medios documentales
Diseñar controles que permitan la gestión del Sistema.	Control del sistema de gestión de calidad	Consiste en comprobar el trabajo que se realiza de acuerdo a políticas, órdenes, planes y normas (Ishikawa, 1994, pág. 40)	Se requiere evaluar el total de los indicadores diseñados, entre el total de indicadores propuestos. $\frac{\text{Total de indicadores diseñados}}{\text{Total de indicadores propuestos}}$	Matriz de indicadores

Nota: Ana Catalina Vargas Torres.

Instrumentos

Un instrumento es “aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente”, además es indispensable que toda medición o instrumento de recolección de datos reúna tres requerimientos fundamentales: confiabilidad, validez y objetividad. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, págs. 199-200)

Instrumentos para la investigación

Los instrumentos para este proyecto en el Hospital Clínico Central de San José contribuyen en la determinación de la situación actual del sistema de gestión y se busca mediante los mismos

lograr crear la propuesta de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015. A continuación, se muestran en los indicadores establecidos para el desarrollo del proyecto, los instrumentos, recursos y beneficios.

Tabla 7 Instrumentos para recolectar datos en Hospital Clínico Central de San José

Indicador	Instrumento	Recursos Requeridos	Beneficios Esperados
Se requiere medir los requisitos actuales del sistema de gestión que se cumplen, entre los requisitos de un sistema de gestión. $\frac{\text{Total de requisitos de un SG cumplidos}}{\text{Total de requisitos de un SG}}$	Hoja de recolección de datos	Programa Excel	Determina la situación actual del Sistema de Gestión existente.
Se requiere evaluar los requisitos que cumple el sistema de gestión actual, entre los requisitos que debe cumplir. $\frac{\text{Requisitos mínimos que cumple el sistema}}{\text{Requisitos que debe cumplir}}$	Mapeo de procesos Hoja de recolección de datos Matriz de riesgos Encuesta	Programa Visio Programa Excel Programa Excel Programa Word y Excel	Establece un panorama más claro sobre el Sistema de Gestión actual. Establece la cantidad de documentos existentes y su estado de actualización. Identifica riesgos y oportunidades del Sistema de Gestión actual. Valida el nivel de cultura de calidad de los trabajadores de la organización.
Se requiere evaluar con respecto a la norma ISO 9001:2015 el total cumplidos, entre el total de requisitos de la norma. $\frac{\text{Requisitos que cumple}}{\text{Total de requisitos de la norma}}$	Hoja de recolección de datos	Programa Excel	Identifica la brecha de cumplimiento del Sistema de Gestión actual con respecto a la norma ISO 9001:2015.
Se requiere evaluar el total de requisitos pendientes, entre el total de requisitos de la norma. $\frac{\text{Total de requisitos pendientes}}{\text{Total de requisitos de la norma}}$	Hoja de recolección de datos Medios documentales	Programa Excel Programa Word	Establece medios documentales, responsabilidades, recursos, entre otros.
Se requiere evaluar el total de los indicadores diseñados, entre el total de indicadores propuestos. $\frac{\text{Total de indicadores diseñados}}{\text{Total de indicadores propuestos}}$	Matriz de indicadores	Programa Excel	Establece el seguimiento y cumplimiento de políticas y lineamientos definidos a para controlar el sistema de gestión de calidad.

Nota: Ana Catalina Vargas Torres.

Proceso Para Recolección De Datos

La recolección de datos implica la selección de uno o varios métodos o instrumentos que se puedan adaptar o desarrollar, para el enfoque seleccionado en el proyecto recolectar datos es lo mismo que medir buscando asociar conceptos con indicadores que permitan el desarrollo de la investigación. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 262)

De acuerdo Hernández et al citado por Camacho (2018), existe una serie de pasos que permiten la recolección de datos en una investigación. A continuación, se presentan los pasos a seguir:

1. Validar las variables del estudio
2. Definir el tipo de variable
3. Identificar indicadores de las variables
4. Determinar cómo evaluar los indicadores
5. Establecer como codificar la información
6. Probar los instrumentos seleccionados
7. Codificar la información
8. Aplicar instrumentos para obtención de datos
9. Organizar los datos y prepararlos para el análisis.

Recolección de datos para la investigación

La recolección de datos para este proyecto en el Hospital Clínico Central de San José se da de acuerdo a los siguientes puntos:

1. Validación del sistema de gestión actual como variable de estudio.
 - a) Identificación de requerimientos que componen el sistema actual.
 - b) Identificación de documentación desactualizada.
 - c) Identificar responsabilidades, recursos, procesos, procedimientos que componen el sistema actual.
 - d) Medición del conocimiento sobre calidad en la organización a través de encuestas.
2. Definición del tipo de variable.
3. Identificación de indicadores para el sistema actual.
4. Definición de la evaluación de los indicadores.

5. Definición de la codificación de la información.
6. Prueba de instrumentos.
 - a) Entrevistas a Gerentes involucrados con el sistema de gestión actual.
 - b) SIPOC.
 - c) Diagrama matricial.
 - d) Mapeo de procesos.
 - e) Diagrama de flujo.
 - f) Matriz de riesgo.
 - g) Hoja de recolección de datos.
7. Codificación de la información.
8. Aplicación de los instrumentos.
9. Formación y análisis de los datos.

Método De Análisis

De acuerdo con Hernández et al (2014) el método de análisis cuantitativo de los datos se da en la actualidad por medio de computadoras debido a que ya no se aplica de manera manual por la cantidad de datos que se obtienen. (pág. 272)

Para el análisis de los datos obtenidos en el Hospital Clínico Central de San José se busca determinar que el sistema de gestión existente cuenta muchas deficiencias, mediante la aplicación de distintas herramientas se fundamenta el problema planteado, entre esas herramientas se encuentra un mapeo de procesos donde se detallan los procesos involucrados con el sistema de gestión para tener un panorama más claro de cómo funciona la organización.

A continuación, mediante la aplicación de un diagrama SIPOC que contribuye con la determinación de las entradas, el proceso, las salidas y los usuarios relacionados con el sistema de gestión actual, seguidamente de acuerdo con los requerimientos de un sistema de gestión se busca determinar cuáles requisitos cumple la organización respaldado con entrevistas a gerentes y al encargado del departamento de calidad.

Luego mediante la aplicación de una encuesta con una muestra probabilística estratificada se determina por área dentro del hospital el nivel de cultura de calidad que tiene la población en la organización, además de validar el nivel de documentos con los que cuenta la organización y su

estado, la información obtenida será tabulada mediante Excel para procesar la información y realizar el análisis correspondiente.

Cronograma

El cronograma en un proyecto permite visualizar de una manera más ordenada y cronológica el plan de trabajo que se sigue, detallando las actividades y la duración de estas, para el presente proyecto en el Hospital Clínico Central de San José se establecen un Diagrama de Gantt y la Estructura Desagregada de Trabajos del proyecto.

Diagrama de Gantt

En la Figura 17 se muestra el desglose de los capítulos del proyecto en el Hospital Clínico Central de San José y la duración para el desarrollo de cada uno de esos capítulos de acuerdo con las semanas establecidas.

Figura 17 Diagrama de Gantt del proyecto en Hospital Clínico Central de San José

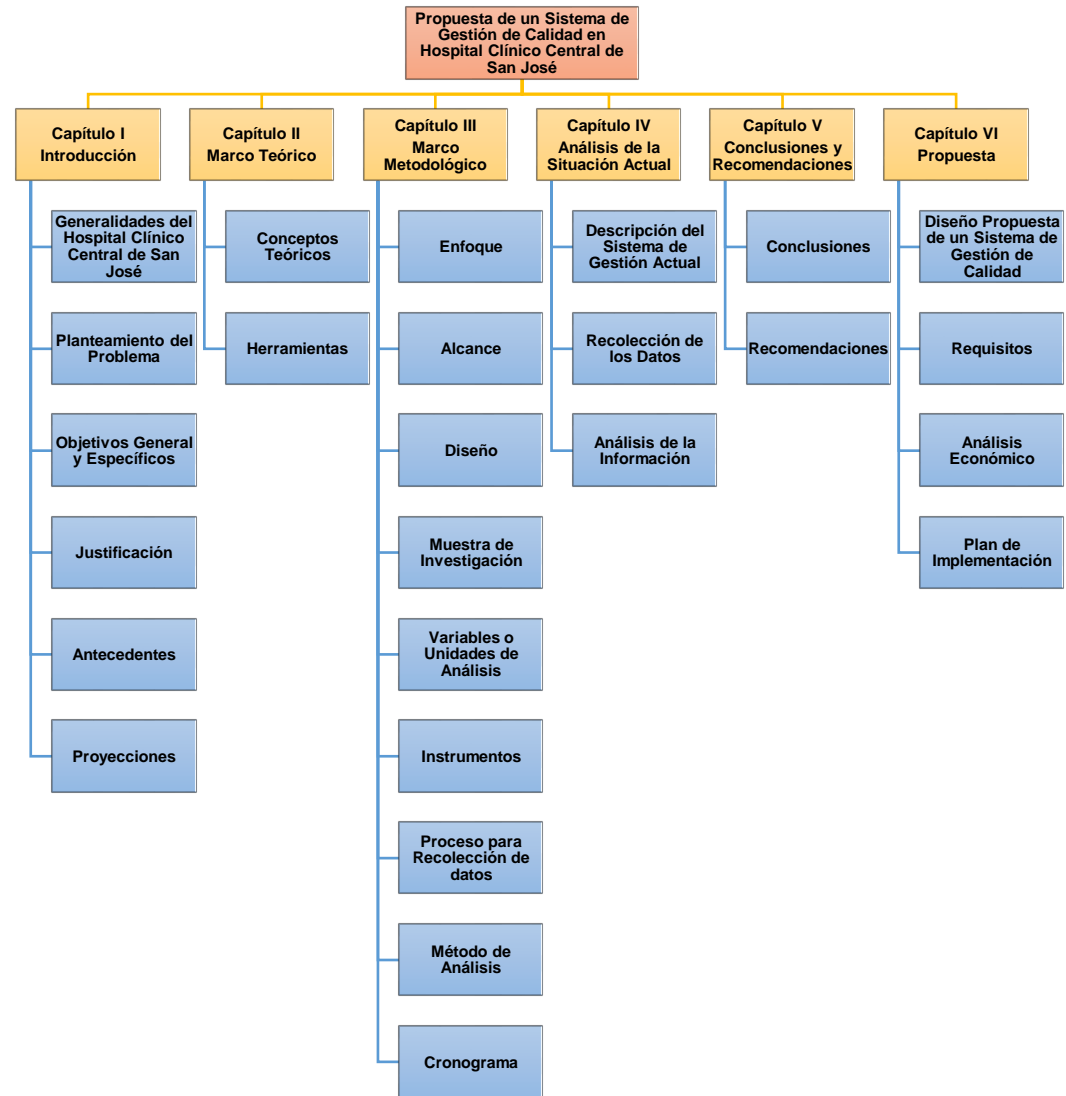
Capítulos	Semanas																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
CAPÍTULO I	■	■																						
Generalidades del Hospital Clínico Central de San José	■																							
Planteamiento del Problema	■																							
Definición de Objetivo General y Específicos	■																							
Justificación		■																						
Antecedentes		■																						
Proyecciones		■																						
CAPÍTULO II			■	■																				
Conceptos Teóricos			■																					
Herramientas			■	■																				
CAPÍTULO III					■	■																		
Enfoque					■																			
Alcance					■																			
Diseño					■																			
Muestra de Investigación					■																			
Variables o Unidades de Análisis					■																			
Instrumentos					■																			
Proceso para Recolección de Datos					■																			
Método de Análisis					■																			
Cronograma					■																			
CAPÍTULO IV							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Recolección de los Datos							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Descripción del Sistema de Gestión Actual								■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Análisis de la Información									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
CAPÍTULO IV																								
Conclusiones																					■			
Recomendaciones																					■			
CAPÍTULO VI																								
Diseño de la Propuesta de un Sistema de Gestión de Calidad																						■	■	■
Requisitos																							■	■
Análisis Económico																								■
Plan de Implementación																								■

Nota: Ana Catalina Vargas Torres.

Estructura desagregada de trabajos (EDT)

En la Figura 18 se muestra presentada a continuación se muestra el proyecto por niveles, donde el primer nivel corresponde a la totalidad del proyecto, el segundo nivel a los capítulos y el tercer nivel a cada tema dentro de los capítulos.

Figura 18 EDT del proyecto en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres.

CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Este capítulo permite el desarrollo del análisis de la situación actual del Hospital Clínico Central de San José con relación a su sistema de gestión actual, que incluye la responsabilidad de la dirección, la gestión de recursos, prestación de servicios, análisis del riesgo, análisis de indicadores de gestión y de la documentación existente, todo esto para lograr identificar el nivel de cumplimiento con la norma ISO 9001:2015 y las posibles causas que generan la brecha de cumplimiento.

Diagrama SIPOC

El diagrama SIPOC es una herramienta que permite un mayor entendimiento de la forma en que se realizan los procedimientos que conforman los procesos en una organización, brindando una descripción de lo que se hace de acuerdo con los proveedores, las entradas, el proceso, las salidas y los clientes. Para lograr la elaboración de estos diagramas se efectúan entrevistas al personal involucrado en cada proceso donde se les realizan las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son los proveedores del proceso? Tomando en consideración que un proveedor es un sujeto o proceso que genera un aporte esencial de recursos al proceso.
2. ¿Cuáles son las entradas para que se dé el proceso? Tomando en consideración que son todos los datos o elementos que se necesitan para que el proceso se pueda hacer.
3. ¿Cuáles son los pasos o actividades que conforman el proceso en un orden lógico? Tomando en consideración que son las actividades desde la entrada hasta la salida del proceso.
4. ¿Cuáles son las salidas del proceso? Tomando en consideración que son el resultado final que se obtiene de las actividades realizadas.
5. ¿Cuáles son los clientes? Tomando en consideración que un cliente es una persona o proceso a quien se le dan los resultados finales con calidad.

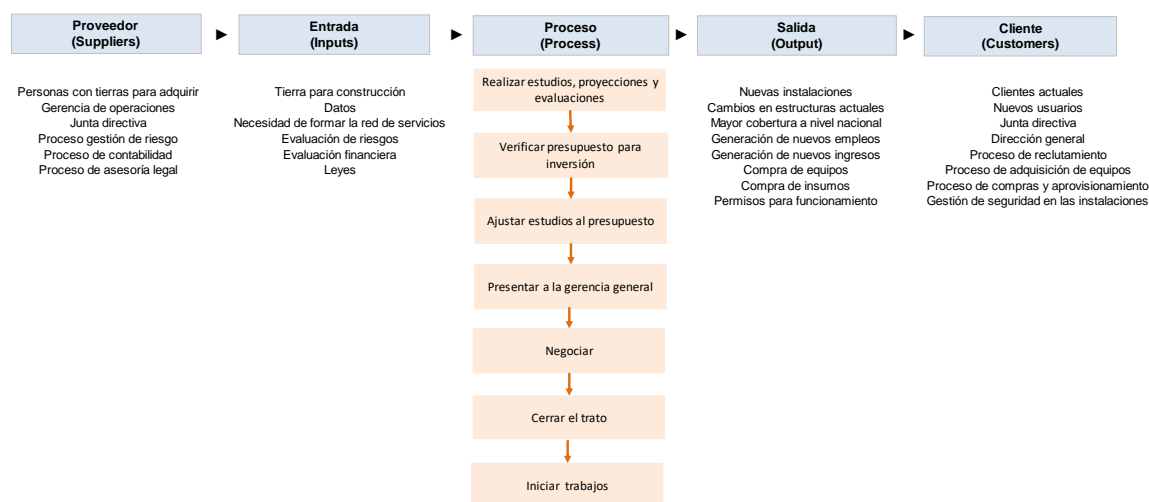
Una vez que se obtiene cada dato con respecto a las preguntas realizadas y a los procesos establecidos se crean la serie de diagramas presentados a continuación, con los mismos se busca establecer tareas o actividades macros que se repiten en varios procesos y cuáles de las mismas se pueden tomar para la estandarización de los procedimientos o procesos dentro del hospital, además de poder identificar la interrelación existente.

Diagramas relacionados con procesos estratégicos

Diagrama SIPOC del proceso de expansión.

A continuación, se presenta la Figura 19 donde se establece el diagrama correspondiente al proceso de expansión del hospital que conforma el macroproceso estratégico de la organización.

Figura 19 Diagrama SIPOC del proceso de expansión en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Para este proceso se identifican como proveedores a todas las personas que posean tierras dispuestas a venderlas, la gerencia de operaciones que es la encargada de los proyectos de expansión de la red de servicios a nivel nacional, la junta directiva que es la que genera la necesidad de conformar una red de servicios para el crecimiento de la organización, el proceso de gestión de riesgos ya que es necesario realizar la evaluación y análisis desde el inicio, el proceso de contabilidad ya que es necesario realizar las evaluaciones de presupuesto y el proceso de asesoría legal que tiene que ver con toda la parte de leyes que deben ser acatadas para el funcionamiento de un hospital; entre las entradas que son los elementos que permiten llevar a cabo el proceso están las tierras para construcción, datos, la necesidad de formar la red de servicios, la evaluación de riesgos, la evaluación financiera y las leyes.

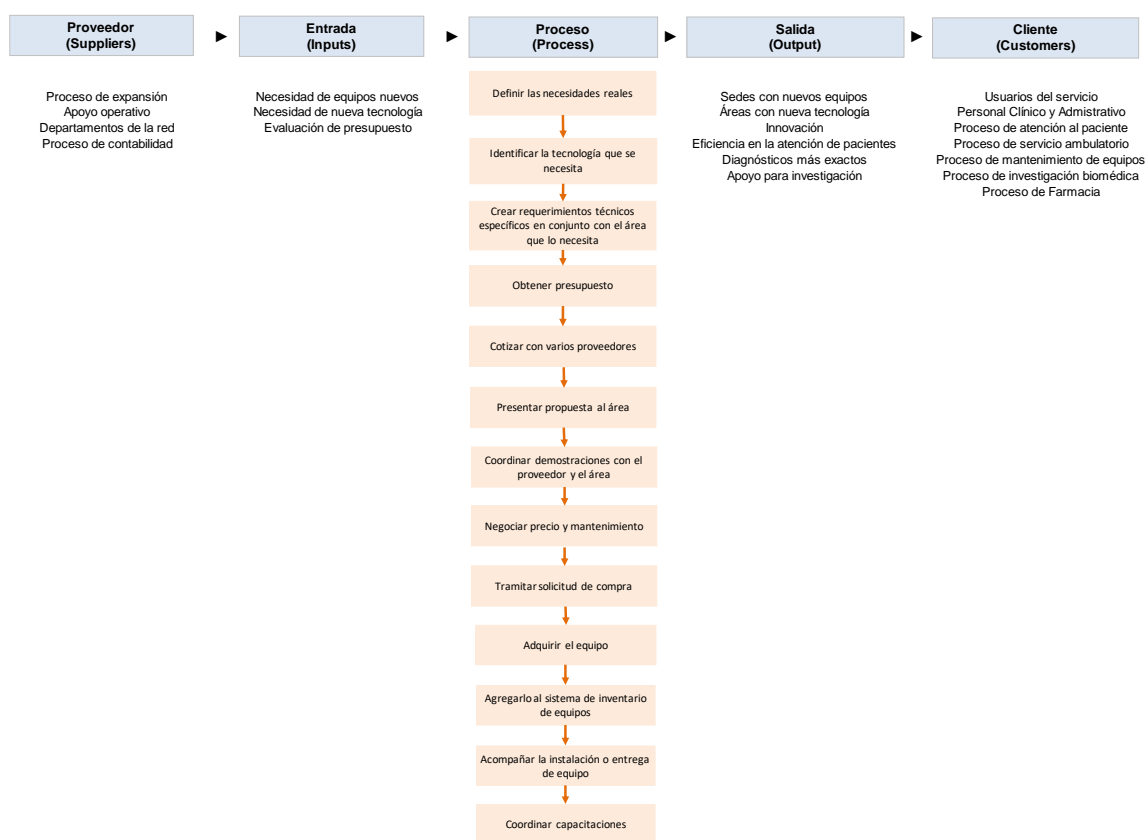
Dentro del proceso se deben realizar estudios, proyecciones y evaluaciones, verificar el presupuesto de inversión, ajustar los estudios al presupuesto y presentarlo a la gerencia general para posteriormente negociar, cerrar el trato y comenzar con los trabajos, con este proceso las salidas generadas son nuevas instalaciones, cambios en estructuras actuales, mayor cobertura a

nivel nacional, generación de nuevos ingresos, compra de equipos, compra de insumos y permisos para funcionamiento; todo esto para la satisfacción de los clientes actuales y nuevos, nuevo personal, la junta directiva y la dirección general, además este proceso de expansión cuenta con una relación directa con el proceso de adquisición de equipos, el de compras y aprovisionamiento, reclutamiento y el de gestión de seguridad en las instalaciones.

Diagrama SIPOC del proceso de adquisición de equipo.

A continuación, se presenta la Figura 20 donde se establece el diagrama correspondiente al proceso de adquisición de equipo para el hospital que conforma el macroproceso estratégico de la organización.

Figura 20 Diagrama SIPOC del proceso de adquisición de Equipo en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Para este proceso se identifican como proveedores el proceso de expansión ya que todo proyecto de expansión requiere de adquisición de nuevos equipos, los procesos de apoyo operativo,

los departamentos de la red de servicios que generan la entrada de necesidad de nueva tecnología para el hospital y el proceso de contabilidad que da como insumo la evaluación de presupuesto.

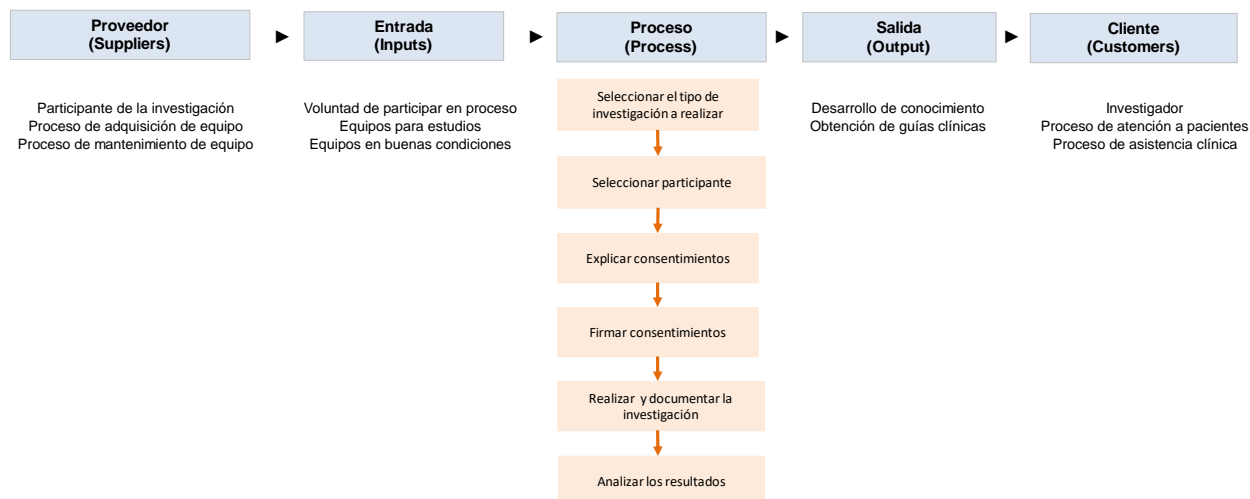
Dentro del proceso es necesario definir las necesidades reales, identificar la tecnología que se necesita, crear los requerimientos técnicos en conjunto con el departamento que o área que lo requiere, obtener el presupuesto, cotizar con los proveedores que sea posible, coordinar para presentar la propuesta al área, coordinar las demostraciones con el proveedor y el área que requiere, negociar el precio y el mantenimiento que se requiere, tramitar la solicitud de compra, adquirir el equipo, agregarlo al sistema de inventario de equipo con el que cuenta el hospital, brindar acompañamiento en la instalación o entrega del equipo y coordinar las capacitaciones necesarias para el adecuado uso.

Toda esta serie de pasos que conforman el proceso tienen como salida sedes de la red de servicios con nuevos equipos, áreas o departamentos que se encuentran operando con nueva tecnología que permita innovar, ser más eficientes y diagnósticos más exactos debido a la nueva tecnología para obtener la satisfacción de los clientes externos e internos del hospital, del personal clínico y administrativo, además se determina la relación directa con los procesos de expansión, apoyo operativo, atención al paciente, servicio ambulatorio, mantenimiento de equipos, investigación biomédica y con el proceso de farmacia.

Diagrama SIPOC del proceso investigación biomédica.

A continuación, se presenta la Figura 21 donde se establece el diagrama correspondiente al proceso de investigación biomédica para el hospital que conforma el macroproceso estratégico de la organización.

Figura 21 Diagrama SIPOC del proceso de investigación biomédica en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

La investigación biomédica beneficia grandemente los avances en la medicina ya que son estudios que se realizan para contribuir con el conocimiento médico regulados por la Ley N° 9234 “Ley Reguladora de Investigación Biomédica, como parte de los proveedores de este proceso se determina que son todos los participantes de la investigación que tengan la voluntad de participar del proceso, el proceso de adquisición de equipo nuevo para los estudios y el proceso de mantenimiento de equipo para que los equipos existentes estén en buenas condiciones y que se puedan dar las actividades donde los investigadores deben proceder a seleccionar de entre los participantes los que mejor se ajusten a la investigación, explicar y firmar consentimientos, proceder con la investigación y documentación para finalizar con el análisis de los resultados.

Todo este proceso genera el desarrollo de conocimiento médico que es parte fundamental de la estrategia de la organización ya que permite avances en la medicina y el desarrollo de guías clínicas que fundamentan de acuerdo a los estudios realizados una serie de pasos que los médicos tienen la opción de seguir para distintas enfermedades para el beneficio del personal clínico pero sobre todo para el beneficio de los usuarios ya que las dolencias son tratadas de forma estandarizada en la medida que sea posible.

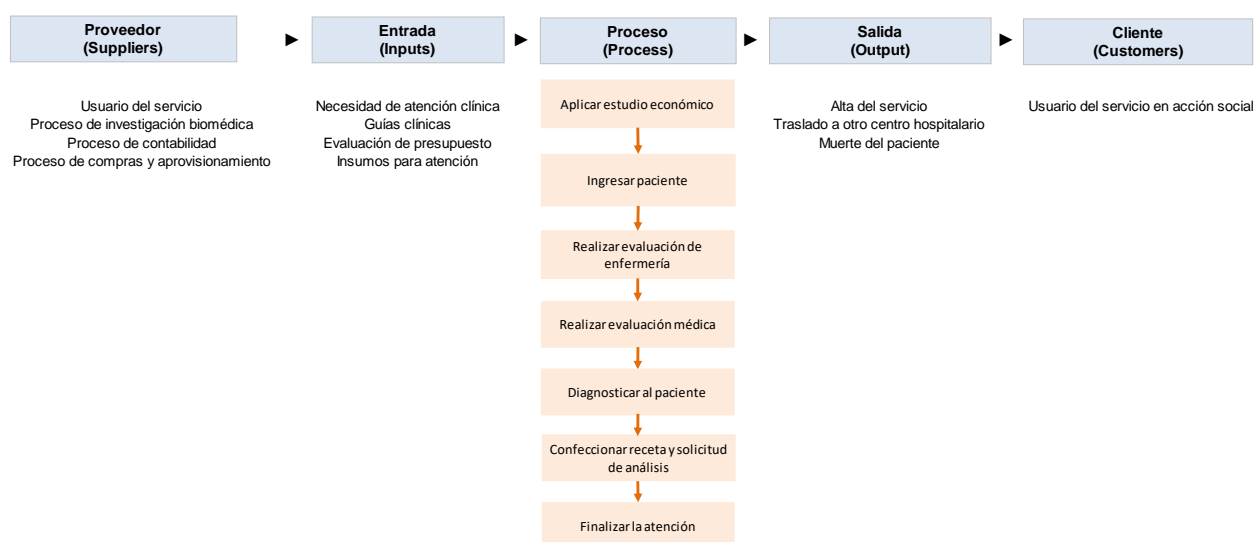
Con la definición de este diagrama se evidencian como clientes el investigador que desarrolla su conocimiento, el proceso de atención de pacientes tanto los de escasos recursos como

los que pueden pagar el servicio y los procesos de asistencia clínica tales como el servicio ambulatorio, el de consulta externa y farmacia.

Diagrama SIPOC del proceso de atención de pacientes de escasos recursos.

A continuación, se presenta la Figura 22 donde se establece el diagrama correspondiente al proceso de investigación biomédica para el hospital que conforma el macroproceso estratégico de la organización.

Figura 22 Diagrama SIPOC del proceso de atención de pacientes de escasos recursos en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

La acción social es parte fundamental de la misión del hospital por lo que brindar la ayuda que necesitan las personas de bajos recursos es parte de la estrategia de la organización, esta ayuda es financiada gracias a los servicios que el hospital cobra.

Como proveedores se tienen los usuarios de servicio que requieren atención médica gratuita, el proceso de investigación biomédica que genera como entrada las guías clínicas y el proceso de contabilidad con la evaluación del presupuesto y el de compras y aprovisionamiento que brinda los insumos para la atención, para iniciar el proceso se realiza un estudio económico que permite evaluar la posibilidad del paciente de poder pagar los servicios ya que lo importante y prioritario es brindar la atención a los más necesitados, seguidamente de la evaluación económica se toman los datos del paciente en su ingreso, se realizan evaluaciones de enfermería y médicas, se

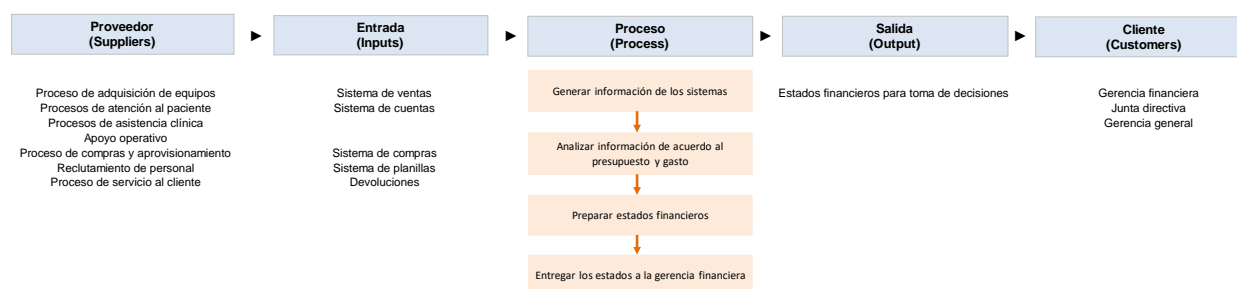
diagnostica al paciente, se le confecciona una receta o se le envían exámenes de acuerdo a su necesidad y se finaliza la atención.

Esta serie de actividades generan como salida del proceso el alta o mejoría del paciente, el traslado a otro centro de salud o la muerte del paciente y como cliente al que se busca satisfacer se encuentran los usuarios del servicio.

Diagrama SIPOC del proceso de contabilidad.

A continuación, se presenta la Figura 23 donde se establece el diagrama correspondiente al proceso de contabilidad que conforma el macroproceso estratégico de la organización.

Figura 23 Diagrama SIPOC del proceso de contabilidad en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

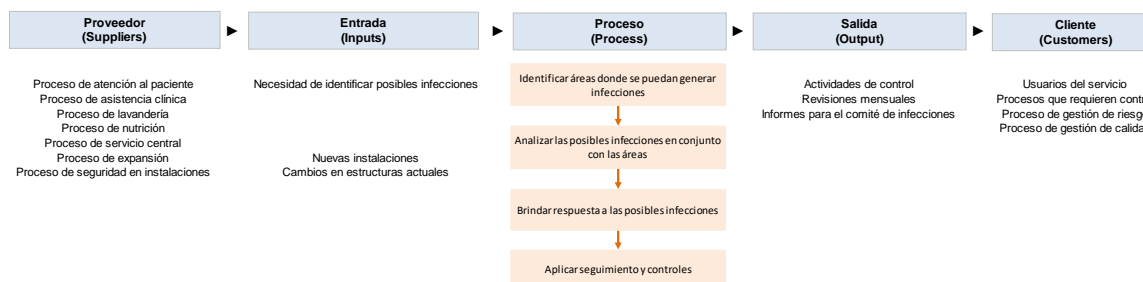
El proceso de contabilidad tiene como proveedores los procesos de adquisición de equipos, atención al paciente, asistencia clínica, apoyo operativo, compras y aprovisionamiento, reclutamiento de personal y el proceso de servicio al cliente que generan como entrada al proceso información en algunos sistemas que se manejan en el hospital, estos sistemas son el insumo para que se generen datos que se analizan de acuerdo al presupuesto y al gasto, se preparen estados financieros y se entreguen a la gerencia financiera para que sean presentados a la gerencia general y a la junta directiva que permiten la toma de decisiones.

Diagramas relacionados con procesos claves

Diagrama SIPOC del proceso de control de infecciones.

A continuación, se presenta la Figura 24 donde se establece el diagrama correspondiente al proceso de control de infecciones para el hospital que conforma el macroproceso clave de la organización.

Figura 24 Diagrama SIPOC del proceso de control de infecciones en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

El control de infecciones en un hospital es de vital importancia para el funcionamiento del mismo, es un proceso que conlleva distintas estrategias y acciones para prevenir la transmisión de infecciones dentro de la organización por lo que para el proceso de control de infecciones se establece como proveedores los procesos de atención al paciente, asistencia clínica, lavandería, nutrición, servicio central que generan como entrada la necesidad de identificar posibles infecciones, el proceso de expansión con nuevas instalaciones para evaluar y seguridad en las instalaciones con cambios en estructuras actuales.

El proceso consiste en identificar las áreas donde se pueden generar infecciones, analizar esas posibles infecciones con el personal experto del área, brindar respuesta a las posibles infecciones que permita indicar como se van a atacar esas infecciones y aplicar seguimiento y control a las áreas y a las infecciones.

La gestión de este proceso en el hospital opera de manera muy similar con a la gestión de riesgo y genera como salidas actividades de control, revisiones mensuales e informes para el comité de infecciones que dado el mapeo con este diagrama se logra detectar que la información que se genera para el comité no es elevada a la gerencia general ni a la junta directiva por lo que no es información que genere valor para la toma de decisiones, pero si es necesaria de escalar.

Par finalizar con este diagrama se evidencia que el proceso de control de infecciones tiene como clientes a los usuarios del servicio, a todo proceso que requiera control de infecciones y que se encuentre relacionado directamente con pacientes, el proceso de gestión de riesgo y calidad.

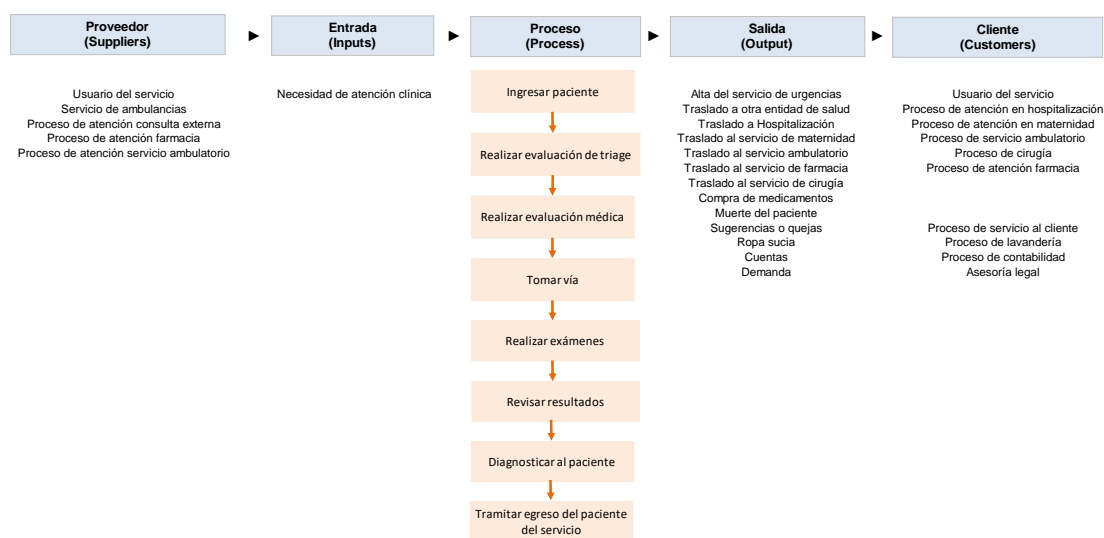
Diagramas SIPOC relacionados con la atención del paciente y asistencia clínica.

A continuación, se presentan los siguientes diagramas:

- Procesos del servicio de urgencias en la Figura 25.
- Proceso de hospitalización en la Figura 26.
- Proceso de maternidad en la Figura 27.
- Proceso de cirugía en la Figura 28.
- Proceso de consulta externa en la Figura 29.
- Proceso de servicio ambulatorio en la Figura 30.
- Proceso de farmacia en la Figura 31.

Estos procesos cuentan con una fuerte relación ya que tienen que ver con la atención de pacientes por lo que para la continuidad de un servicio de calidad se encuentran directamente relacionados.

Figura 25 Diagrama SIPOC del servicio de urgencias en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

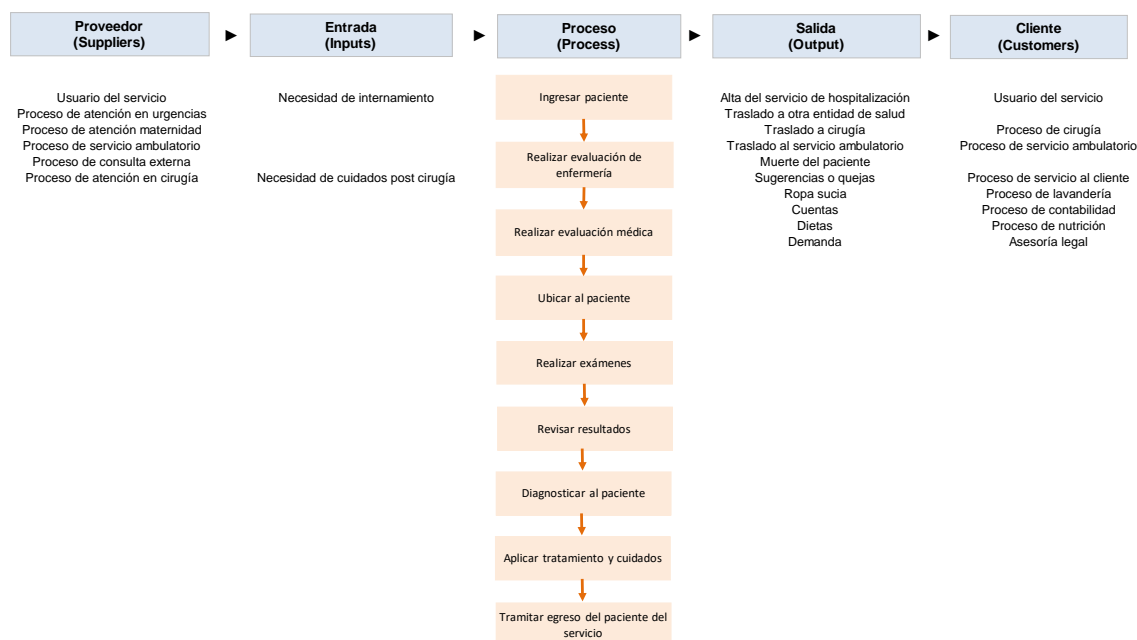
El proceso de atención del servicio de urgencias presentado en la Figura 25 tiene como proveedores a los usuarios del servicio, servicio de ambulancias y los procesos de atención de consulta externa, de atención en farmacia y atención de servicio ambulatorio, todos ellos generan como entrada la necesidad de atención clínica.

Las actividades propias del proceso dan inicio con el ingreso del paciente, seguidamente se realiza la evaluación de triage para evaluar la prioridad de atención que se le debe brindar al paciente, posteriormente se realiza la evaluación médica, se toma una vía, se realizan exámenes, se da la revisión de los resultados y se diagnostica para posteriormente tramitar el egreso del paciente del servicio.

El proceso de atención de pacientes en el servicio de urgencias genera como resultado el alta del servicio de urgencias, el traslado a otra entidad de salud, al servicio de hospitalización, al servicio de maternidad, al servicio ambulatorio, al servicio de farmacia, al servicio de cirugía para continuar con la atención requerida, compra de medicamentos recetados, la muerte del paciente, sugerencias o quejas, ropa sucia, cuentas y demandas.

Para finalizar este diagrama se establece como clientes a todo usuario del servicio, el proceso de atención de hospitalización, maternidad, ambulatorio, cirugía, farmacia, servicio al cliente, lavandería, contabilidad y asesoría legal.

Figura 26 Diagrama SIPOC del proceso de hospitalización en Hospital Clínico Central de San José

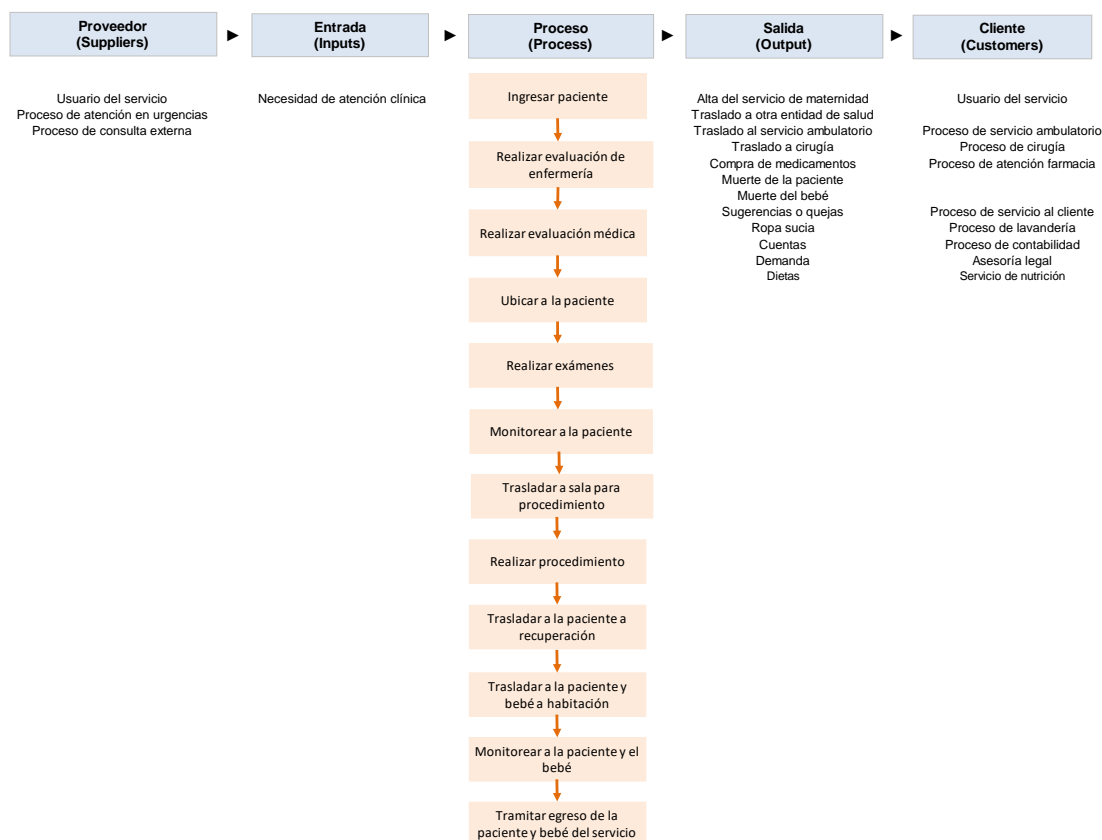


Nota: Ana Catalina Vargas Torres

El proceso de hospitalización presentado en la Figura 26 tiene como proveedores a los usuarios del servicio, el proceso de atención de en urgencias, maternidad, servicio ambulatorio, consulta externa o el de cirugía que generan como insumos para el proceso la necesidad de internamiento o cuidados post cirugía para que el proceso de inicio se ingresa al paciente, se realiza la evaluación de enfermería, la evaluación médica y se ubica al paciente, posteriormente se realizan exámenes y se revisan los resultados para diagnosticar al paciente, se aplica el tratamiento y cuidados, y para finalizar se tramita el egreso del paciente del servicio.

Entre las salidas del proceso se identifican el alta del servicio de hospitalización, traslado a otra entidad de salud, cirugía, servicio ambulatorio, también la muerte del paciente, sugerencias o quejas, ropa sucia, cuentas, dietas y demandas. Además, se establece que los clientes del proceso son los usuarios del servicio, el proceso de cirugía y el servicio ambulatorio, el proceso de atención de servicio al cliente, lavandería, contabilidad, nutrición y asesoría legal.

Figura 27 Diagrama SIPOC del proceso de atención en Servicio de Maternidad en Hospital Clínico Central de San José



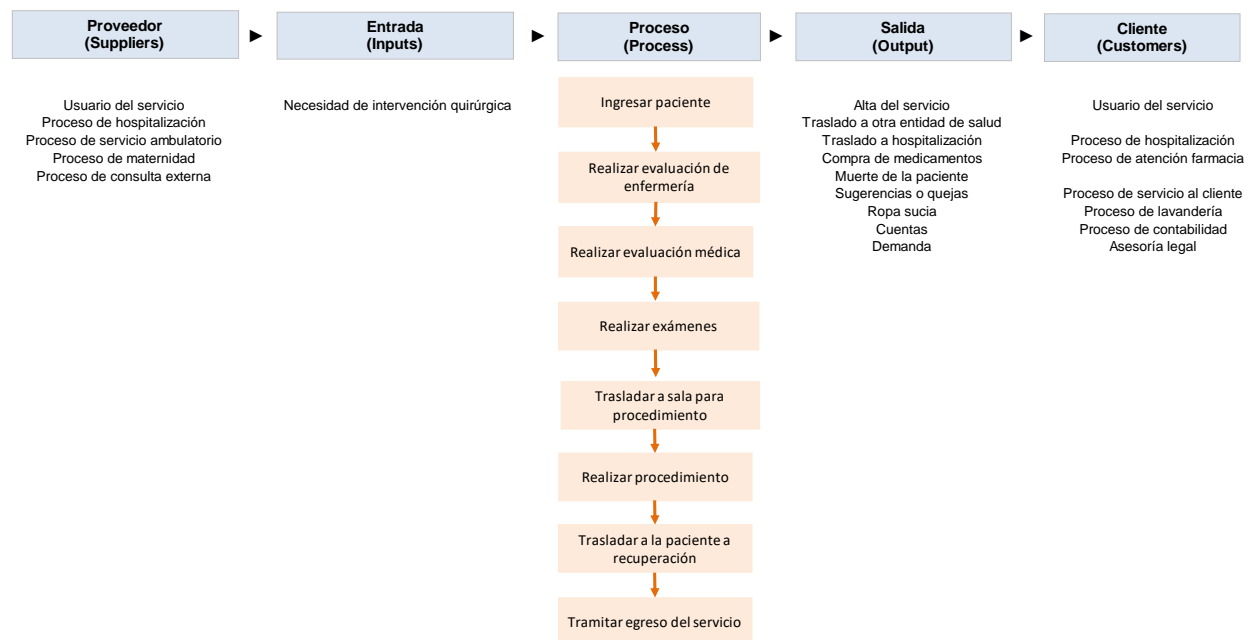
Nota: Ana Catalina Vargas Torres

El proceso de atención en el servicio de maternidad presentado en la Figura 27 tiene como proveedores del proceso a los usuarios del servicio, el proceso de atención en urgencias y el de consulta externa que generan como entrada la necesidad de una atención más avanzada. Se inicia con el ingreso del paciente al servicio donde se le realizan la evaluación de enfermería y la evaluación médica para posteriormente ubicar a la paciente, seguidamente se le realizan exámenes y se monitorea al paciente para después trasladarla a sala para el procedimiento, se realiza el procedimiento y se traslada a la paciente a recuperación, una vez que la paciente se encuentra bien se traslada junto al bebé a la habitación, se realiza monitoreo de ambos y se tramita el egreso de la paciente y el bebé del servicio.

Como salidas del proceso se generan el alta del servicio de maternidad, el traslado a otra entidad de salud, al servicio ambulatorio o a cirugía, compra de medicamentos, la muerte de la paciente o la del bebé, sugerencias o quejas, ropa sucia, cuentas, demandas y dietas, también se

establecen como clientes los usuarios del servicio, el proceso de servicio ambulatorio, cirugía, farmacia, servicio al cliente, lavandería, contabilidad, asesoría legal y nutrición.

Figura 28 Diagrama SIPOC del proceso de cirugía en Hospital Clínico Central de San José

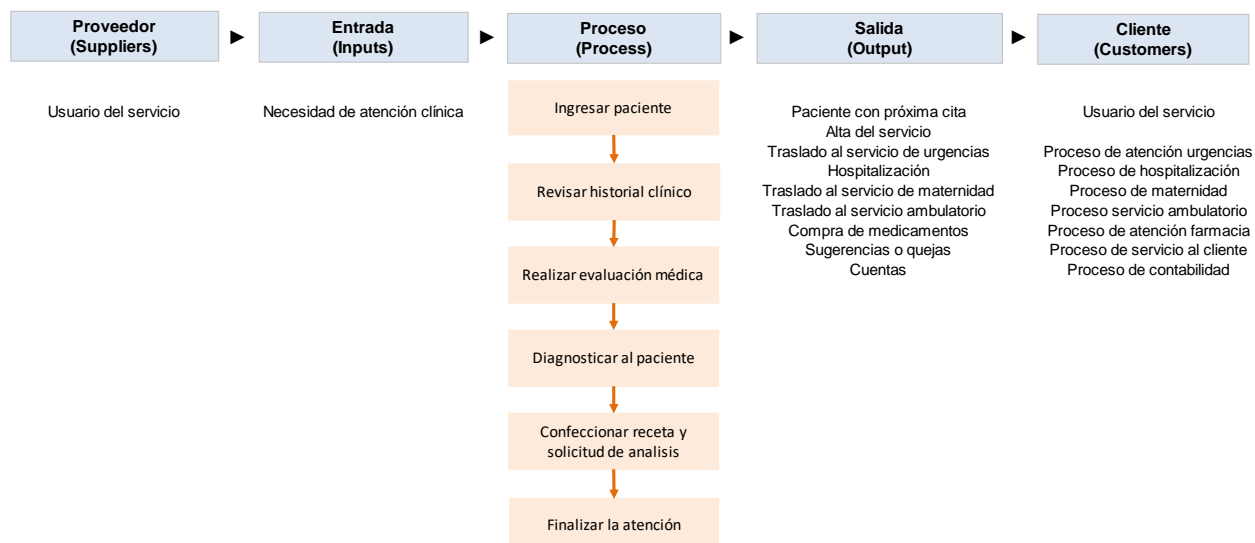


Nota: Ana Catalina Vargas Torres

El proceso del servicio de cirugía presentado en la Figura 28 tiene como proveedores al usuario del servicio, el proceso de hospitalización, servicio ambulatorio, maternidad y consulta externa que generan la necesidad de intervención quirúrgica como entrada al proceso que inicia con el ingreso del paciente, seguidamente se realizan las evaluaciones de enfermería y médicas, exámenes y se traslada al paciente a sala para el procedimiento, una vez en sala se realiza el procedimiento para posteriormente trasladarlo recuperación y tramitar el egreso del servicio.

Entre las salidas del proceso se identifican el alta del servicio, el traslado a otra entidad de salud, el traslado a hospitalización compra de medicamentos, muerte del paciente, sugerencias o quejas, ropa sucia, cuentas y demandas, para los clientes se establece que son el usuario del servicio, el proceso de servicio ambulatorio, cirugía, farmacia, servicio al cliente, lavandería, contabilidad y asesoría legal.

Figura 29 Diagrama SIPOC del proceso de consulta externa en Hospital Clínico Central de San José

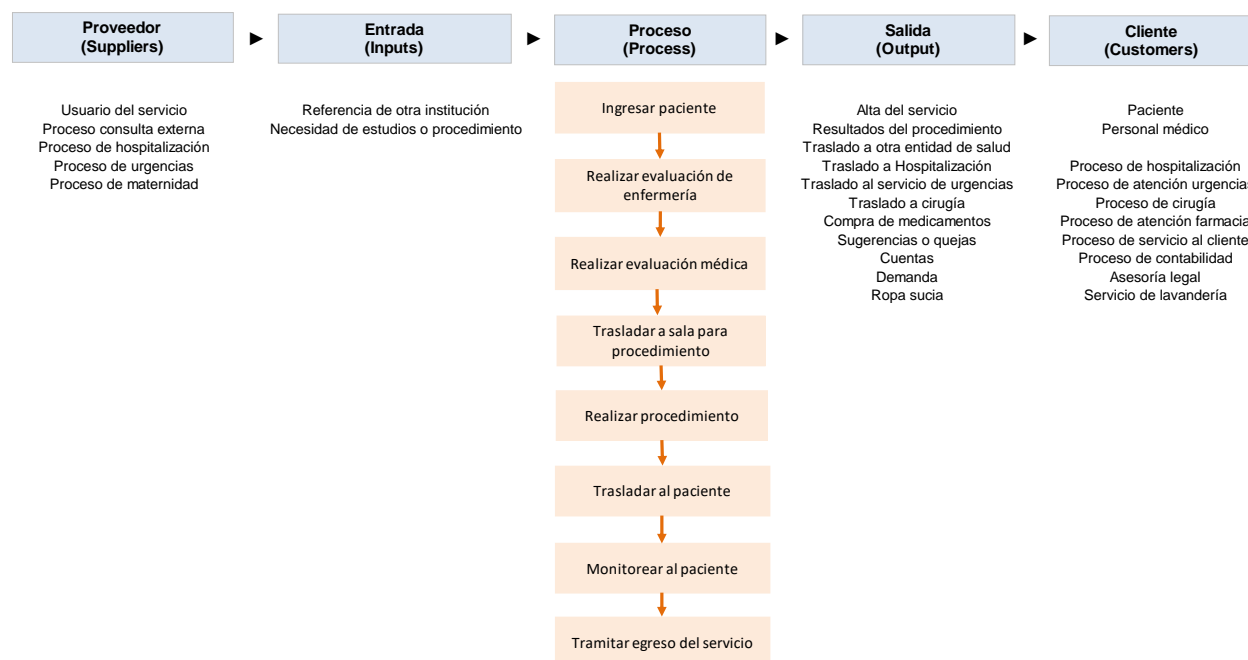


Nota: Ana Catalina Vargas Torres

El proceso de consulta externa presentado en la Figura 26 tiene como proveedor al usuario del servicio que genera como entrada del proceso la atención clínica. Para iniciar con la consulta externa se ingresa al paciente, se revisa su historial clínico y posteriormente se realiza la evaluación médica para diagnosticar al paciente y confeccionarle las recetas y solicitudes de análisis necesarias y con esto finalizar la atención.

Como salidas del proceso se identifican una próxima cita, el alta del servicio, el traslado al servicio de urgencias, hospitalización, maternidad, al servicio ambulatorio, compra de medicamentos, sugerencias o quejas y cuentas. También se identifican como clientes del proceso el usuario del servicio, el proceso de atención en urgencias, hospitalización, maternidad, el servicio ambulatorio, farmacia, servicio al cliente y contabilidad.

Figura 30 Diagrama SIPOC del proceso del servicio ambulatorio en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

El proceso de atención del servicio ambulatorio presentado en la Figura 30 tiene como proveedores para poder llevar a cabo las actividades del proceso a los usuarios del servicio que llegan con referencias de otras instituciones para realizarse los estudios y los procesos de consulta externa, hospitalización, urgencias y maternidad que tienen como entrada la necesidad de realizar estudios o un procedimiento donde el tiempo de duración sea menos a 24 horas.

Como parte de las actividades se establece inicialmente ingresar al paciente, realizar la evaluación de enfermería y médica, trasladar a sala para el procedimiento, realizar el procedimiento, trasladar al paciente, monitorearlo y para finalizar tramitar su egreso del servicio. Todo esto da como resultado las salidas que son el alta del servicio, resultados del procedimiento, traslado a otra entidad de salud, hospitalización, urgencias, cirugía, la compra de medicamentos, sugerencias o quejas, cuentas, demandas y ropa sucia.

Además, se identifican como clientes a los pacientes, personal médico, el proceso de hospitalización, urgencias, cirugía, farmacia, servicio al cliente, contabilidad, asesoría legal y servicio de lavandería.

Del total de actividades que se realizan en los diagramas anteriores se genera la Tabla 8 para detectar en cuales de los procesos se repiten las actividades y se identifican con colores los totales, el rojo corresponde a las que se repiten entre cinco y tres veces, las amarillas se repiten dos veces y las verdes que son únicas para cada servicio.

Tabla 8 Tareas de procesos para identificación y estandarización de procedimientos

Actividad o Tarea	Servicio de Urgencias	Hospitalización	Maternidad	Consulta Externa	Servicio Ambulatorio	Totales
Ingresar de paciente	x	x	x	x	x	5
Revisar historial clínico				x		1
Realizar evaluación triage	x					1
Realizar evaluación de enfermería		x	x		x	3
Realizar Evaluación médica	x	x	x	x	x	5
Toma de vía	x					1
Ubicar al paciente		x	x			2
Realizar exámenes	x	x	x			3
Monitorear al paciente			x		x	2
Trasladar a sala para procedimiento			x		x	2
Revisar resultados	x	x				2
Realizar procedimiento			x		x	2
Trasladar a recuperación			x		x	2
Trasladar a habitación			x			1
Diagnosticar al paciente	x			x		2
Confeccionar receta y solicitud de análisis				x		1
Aplicar tratamientos y cuidados		x				1
Tramitar egreso del paciente	x	x	x		x	4
Finalizar atención				x		1

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

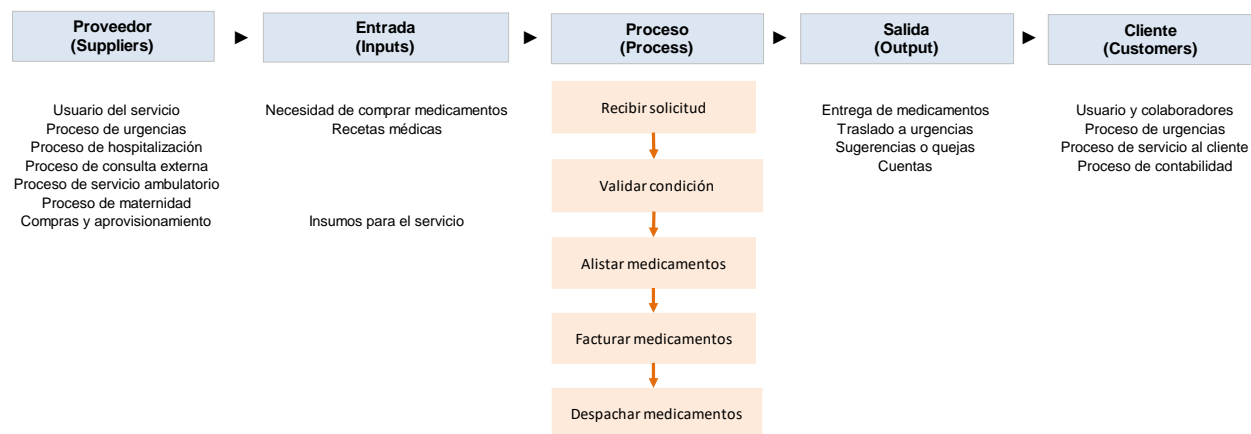
De acuerdo a la información presentada en la Tabla 8 la tarea de ingreso al paciente y evaluación médica se repite en todos los servicios del hospital por lo que de los procedimientos existentes se puede realizar un único procedimiento o proceso que permita el trámite del ingreso al paciente y la evaluación como estandarizados para todas las áreas o departamentos.

Lo mismo con la tarea o actividad de tramitar el egreso del paciente que se realiza en cuatro de los servicios y para la evaluación de enfermería.

Diagrama SIPOC del proceso del servicio de farmacia.

A continuación, se presenta la Figura 31 donde se establece el diagrama correspondiente al proceso del servicio de farmacia para el hospital que conforma el macroproceso clave de la organización.

Figura 31 Diagrama SIPOC del proceso del servicio de farmacia en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

El proceso de atención en el servicio de farmacia presentado en la Figura 31 tiene como proveedores a los usuarios del servicio que sean externos y tengan la necesidad de adquirir medicamentos, el proceso de urgencias, hospitalización, consulta externa, servicio ambulatorio, maternidad que generan como entrada recetas médicas internas y compras y aprovisionamiento que brinda insumos para el servicio.

La serie de actividades que se realizan inician al recibir una solicitud, seguidamente se debe validar la condición de la receta tomando en consideración la legibilidad de esta, se procede con el alistado de los medicamentos, se facturan los medicamentos y despachan. Como salidas se cuenta con la entrega de medicamentos, el traslado al servicio de urgencias, sugerencias o quejas y cuentas.

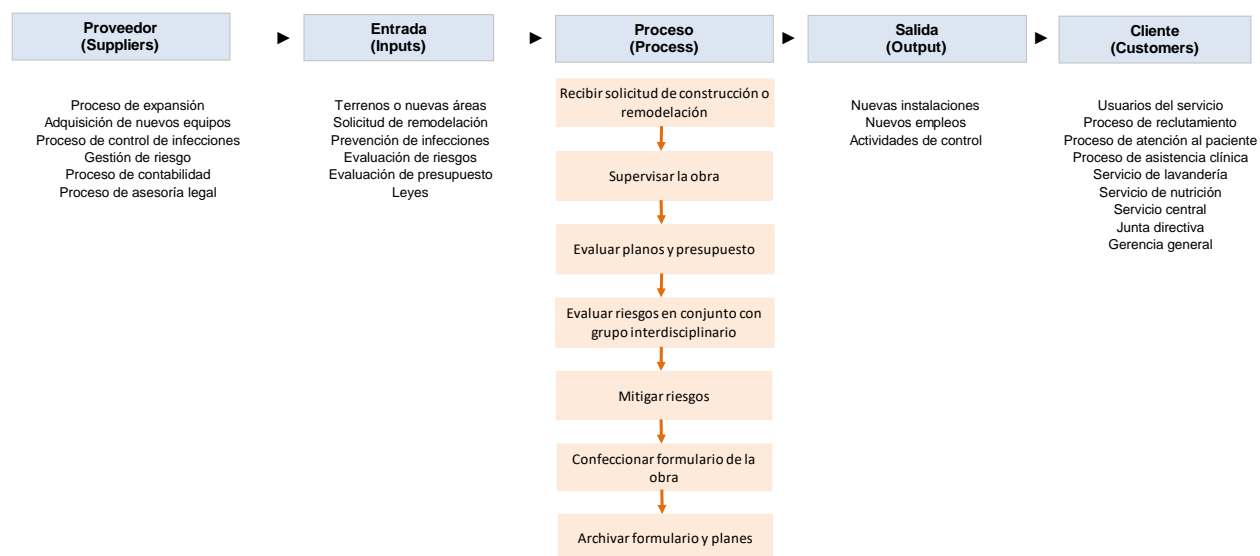
Para finalizar con este diagrama los clientes identificados son los usuarios y colaboradores, el proceso de urgencias, servicio al cliente y contabilidad.

Diagramas relacionados con procesos de apoyo

Diagrama SIPOC del proceso de seguridad en las instalaciones.

A continuación, se presenta la Figura 32 donde se establece el diagrama correspondiente al proceso de seguridad en las instalaciones que conforma el macroproceso de apoyo de la organización.

Figura 32 Diagrama SIPOC del Proceso de Gestión de Seguridad en las Instalaciones en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Este diagrama permite identificar los proveedores para el proceso de seguridad en las instalaciones, misma que dentro de la organización se identifica como un proceso relacionado con la infraestructura de los edificios que conforman el hospital y sus sedes, entre los proveedores se establecieron, el proceso de expansión que genera como entrada terrenos o nuevas áreas, el proceso de adquisición de nuevos equipos que generan la necesidad de solicitar una remodelación, control de infecciones para la prevención de las mismas, gestión de riesgo para la evaluación que se requiere en la organización, el proceso de contabilidad que da como entrada la evaluación de presupuesto y asesoría legal que brinda como entrada leyes y regulaciones para acatamiento.

El proceso en este caso inicia cuando se recibe una solicitud de construcción o remodelación, posteriormente se supervisa la obra, se evalúan planos y presupuesto, se evalúan

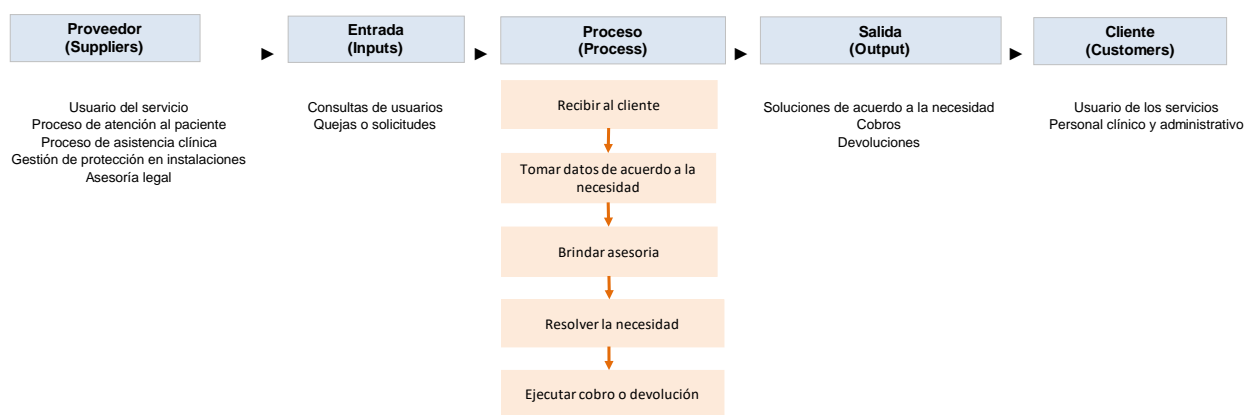
riesgos, se mitigan los riesgos para posteriormente confeccionar un formulario y proceder con el archivo de este junto con los planos.

Las salidas para este proceso son las nuevas instalaciones, nuevos empleos y actividades de control que dan satisfacción a los clientes como usuarios del servicio, el proceso de reclutamiento, atención al paciente, asistencia clínica, lavandería, nutrición, servicio central y a la junta directiva y gerencia general.

Diagrama SIPOC del proceso de gestión de servicio al cliente.

A continuación, se presenta la Figura 33 donde se establece el diagrama correspondiente al proceso de gestión de servicio al cliente que conforma el macroproceso de apoyo de la organización.

Figura 33 Diagrama SIPOC del Proceso de Gestión de Servicio al Cliente en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

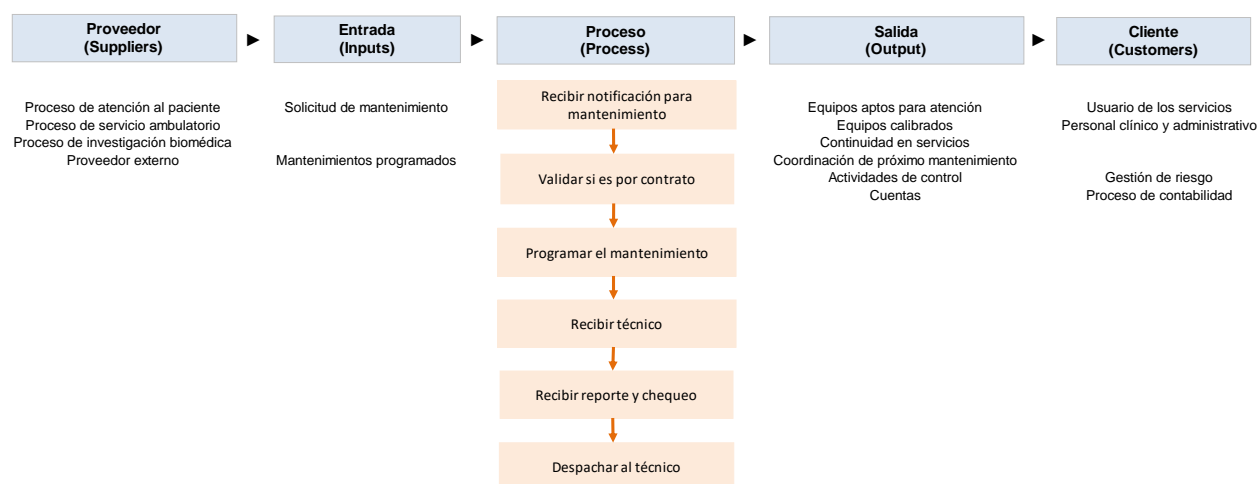
Este proceso tiene como proveedores a los usuarios del servicio, proceso de atención al paciente, asistencia clínica, protección en instalaciones y asesoría legal que brindan las entradas como consultas de usuarios y quejas o solicitudes para que el área de contraloría de servicios inicie el proceso recibiendo la solicitud, tomando los datos necesarios de acuerdo con la necesidad para brindar una asesoría, resolver la necesidad y ejecutar un cobro o devolución en caso de que sea necesario.

Este proceso genera como salidas soluciones adaptadas de acuerdo con las necesidades de los usuarios del servicio, cobros o devoluciones y como clientes se identifican los usuarios del servicio y el proceso de contabilidad.

Diagrama SIPOC del proceso de mantenimiento de equipo médico.

A continuación, se presenta la Figura 34 donde se establece el diagrama correspondiente al proceso de mantenimiento de equipo médico que conforma el macroproceso de apoyo de la organización.

Figura 34 Diagrama SIPOC del Proceso de Mantenimiento de Equipo Médico en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Este proceso tiene como proveedores los procesos de atención al paciente, servicio ambulatorio, investigación biomédica que generan una solicitud de mantenimiento como entrada y los proveedores externos que generan como entrada mantenimientos programados y pactados, el proceso da inicio con la recepción de una notificación por medio de un sistema para el mantenimiento o atención de equipos, se procede a validar si es por contrato, se programa el mantenimiento, se recibe al técnico, se recibe la boleta de chequeo y el reporte y se despacha el técnico.

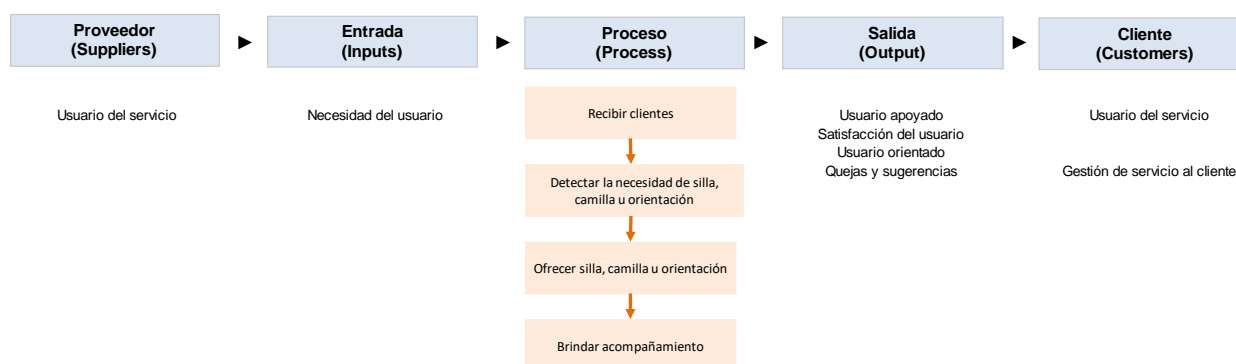
Todas estas actividades generan como salida del proceso equipos aptos para atención, equipos calibrados, continuidad en los servicios, coordinación de próximos mantenimientos, actividades de control y cuentas para la satisfacción de los clientes que son en este caso los usuarios

de los servicios y el personal médico y clínico de la organización, el proceso de gestión de riesgo y de contabilidad.

Diagrama SIPOC del proceso de gestión de protección en las instalaciones.

A continuación, se presenta la Figura 35 donde se establece el diagrama correspondiente al proceso de gestión de protección en las instalaciones que conforma el macroproceso de apoyo de la organización.

Figura 35 Diagrama SIPOC del proceso de gestión de protección en las Instalaciones en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

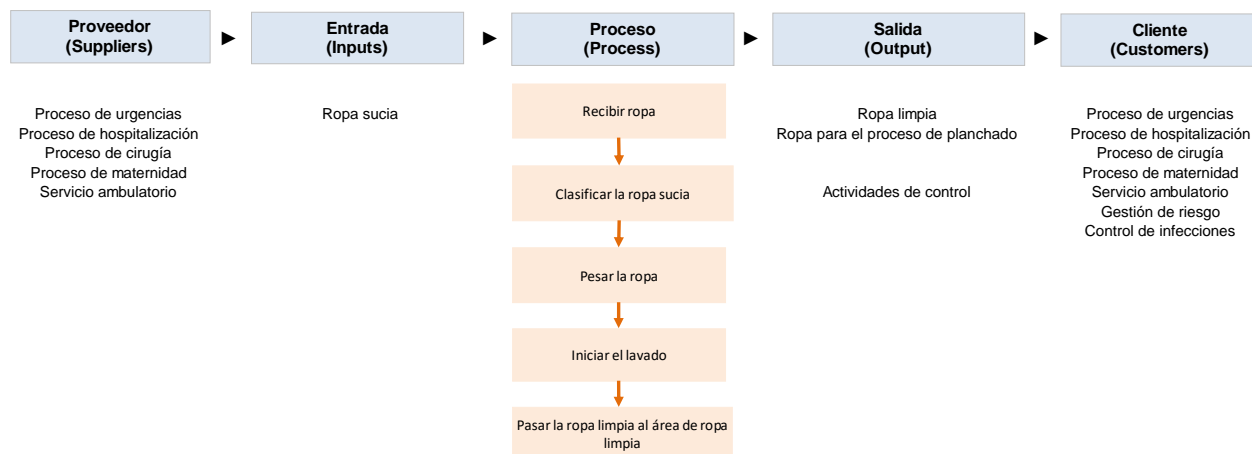
La protección en las instalaciones brinda seguridad a los pacientes, visitantes y colaboradores por lo que es de vital importancia en toda organización, el proceso de gestión de protección en las instalaciones tiene como proveedor a los usuarios de los servicios que brinda la red hospitalaria que generan una necesidad como entrada al proceso, de entre todos los procesos de seguridad el primer contacto con los clientes es de los que más generan valor.

Dado lo anterior el proceso de protección inicia con la recepción de los clientes en los distintos puestos o entradas del hospital, se detecta la necesidad o bien el usuario la indica, se ofrece la ayuda necesaria y se brinda un acompañamiento, como salidas del proceso se identifican el usuario apoyado, orientado y satisfecho, o bien quejas y sugerencias, además como clientes se determina que son los usuarios del servicio y el proceso de gestión de servicio al cliente.

Diagrama SIPOC del proceso de servicio de lavandería.

A continuación, se presenta la Figura 36 donde se establece el diagrama correspondiente al proceso de servicio de lavandería que conforma el macroproceso de apoyo de la organización.

Figura 36 Diagrama SIPOC del proceso de servicio de lavandería en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

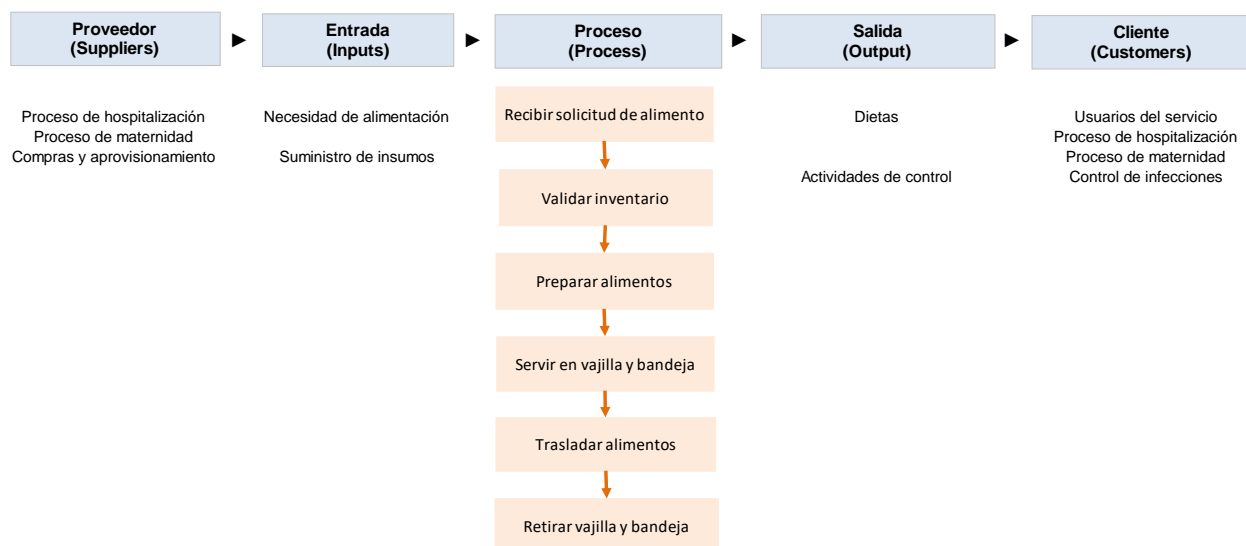
El servicio de lavandería se encuentra entre los procesos de apoyo operativo dentro del mapeo de procesos, este servicio se encuentra estrechamente relacionado con los procesos claves y tiene como proveedores el proceso de urgencias, hospitalización, cirugía, maternidad y ambulatorio donde se genera ropa sucia como entrada para el proceso que da inicio con la recepción de ropa sucia, para posteriormente clasificarla, pesarla, iniciar el proceso de lavado y pasar la ropa ya limpia al área correspondiente.

Ya finalizado el proceso entre las salidas generadas se encuentra la ropa limpia, ropa lista para el proceso de planchado y actividades de control para los clientes que son el proceso de urgencias, hospitalización, cirugía, maternidad y ambulatorio, además de la gestión de riesgo y control de infecciones.

Diagrama SIPOC del proceso de servicio de nutrición.

A continuación, se presenta la Figura 37 donde se establece el diagrama correspondiente al proceso de servicio de nutrición que conforma el macroproceso de apoyo de la organización.

Figura 37 Diagrama SIPOC del proceso de servicio de nutrición en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

El servicio de nutrición se encuentra estrechamente relacionado con los procesos de hospitalización y maternidad que generan como entrada la necesidad de alimentación, y al proceso de compras y aprovisionamiento que genera como entrada el suministro de los insumos que requieran en la cocina.

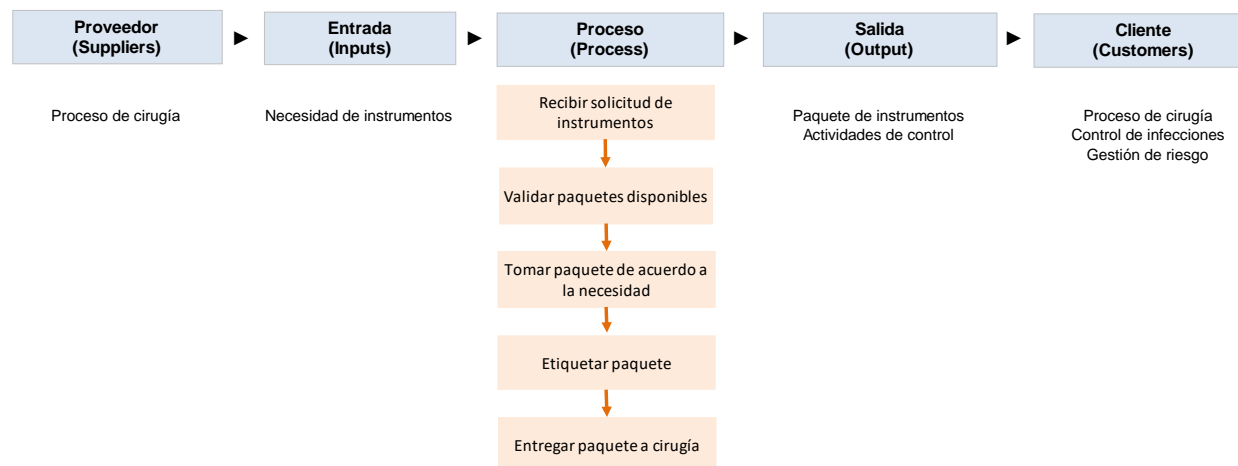
El proceso inicia con la recepción de una solicitud de alimento, esta solicitud puede traer ciertas condiciones especiales de acuerdo con la condición de los pacientes, seguidamente se valida el inventario, se preparan los alimentos, se sirven en la vajilla y esta es colocada en una bandeja, se trasladan los alimentos a las habitaciones para posteriormente retirar la vajilla y la bandeja generando como salida suplir las dietas y actividades de control.

Este proceso cuenta con una relación muy estrecha con el control de infecciones ya que para cualquier visita que se realice a las habitaciones se deben seguir una serie de pasos para velar por la seguridad de los pacientes y de los colaboradores.

Diagrama SIPOC del proceso de servicio central.

A continuación, se presenta la Figura 38 donde se establece el diagrama correspondiente al proceso de servicio central que conforma el macroproceso de apoyo de la organización.

Figura 38 Diagrama SIPOC del proceso de servicio central en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

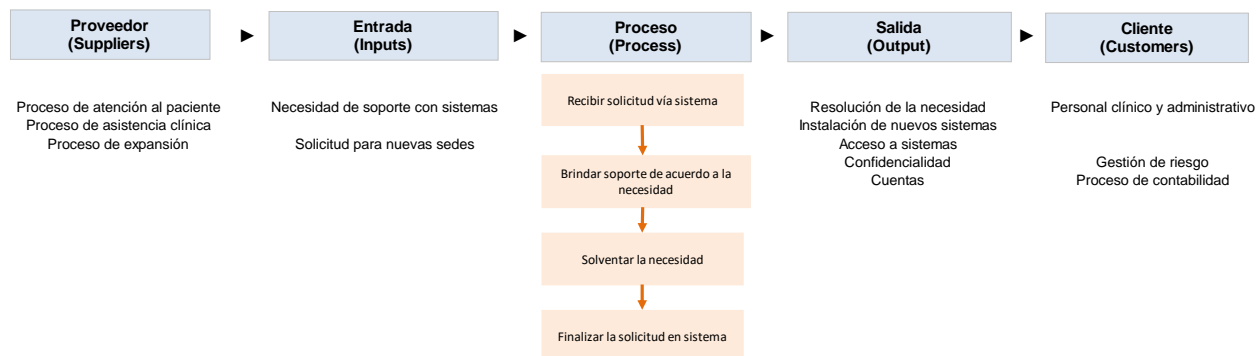
El servicio central es el área donde se realiza la esterilización de instrumentos que son necesarios para el proceso de cirugía dentro del hospital por lo que el proveedor de este proceso es cirugía que genera la necesidad de instrumentos como entrada, la solicitud es recibida por parte de los colaboradores del servicio, seguidamente se valida que existan paquetes disponibles, se toma el paquete de acuerdo con la necesidad y se etiqueta para posteriormente entregarlo en cirugía.

Como salidas del servicio se obtienen los paquetes de instrumentos para el proceso de cirugía y actividades de control relacionadas con los procesos de control de infecciones y gestión de riesgo.

Diagrama SIPOC del proceso de informática.

A continuación, se presenta la Figura 39 donde se establece el diagrama correspondiente al proceso de informática que conforma el macroproceso de apoyo de la organización.

Figura 39 Diagrama SIPOC del proceso de informática en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

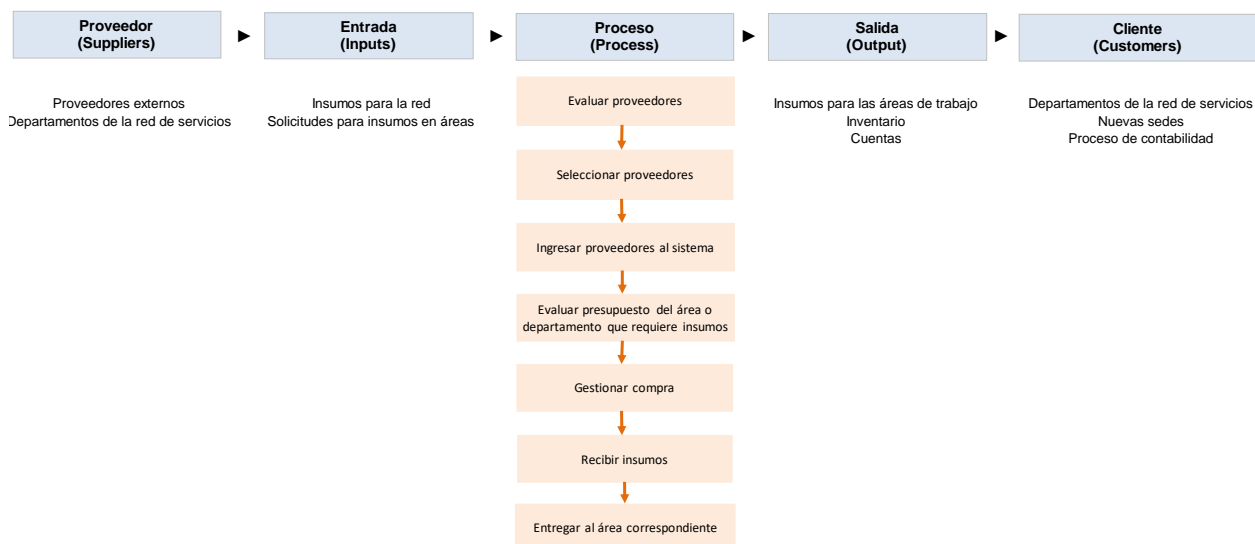
El departamento de informática es el encargado de velar por el buen funcionamiento de los sistemas, la confidencialidad y el uso de estos por los usuarios adecuados. El proceso establecido para informática tiene como proveedor los procesos de atención al paciente, asistencia clínica y expansión que cuentan con la necesidad de soporte con los sistemas o con nuevas solicitudes para nuevas sedes por lo cual generan la entrada del proceso.

Seguidamente el proceso inicia con la recepción de una solicitud vía sistema, se brinda el soporte de acuerdo con la necesidad, se solventa la necesidad y se finaliza la solicitud en el sistema; este proceso genera como salida la resolución de la necesidad, instalación de nuevos sistemas, acceso a sistemas, confidencialidad y cuentas, para la satisfacción del personal clínico y administrativo que son los clientes junto con el proceso de gestión de riesgo y contabilidad.

Diagrama SIPOC del proceso de compras y aprovisionamiento.

A continuación, se presenta la Figura 40 donde se establece el diagrama correspondiente al proceso de seguridad en las instalaciones que conforma el macroproceso de apoyo de la organización.

Figura 40 Diagrama SIPOC del proceso de compras y aprovisionamiento en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

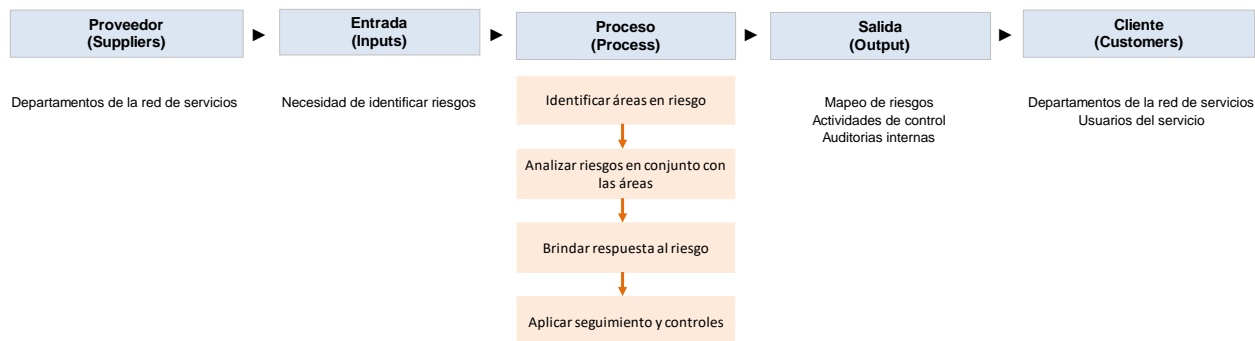
El proceso de compras y aprovisionamiento supe de insumos o suministros a toda la red de servicios del Hospital Clínico Central de San José, dentro de este proceso se establecen como proveedores a los proveedores externos que brindan los insumos y a los departamentos que generan solicitudes de insumos como entradas del proceso.

El proceso de compras y aprovisionamiento inicia con la evaluación de los proveedores donde se busca que los mismos velen por la calidad de lo que fabrican o distribuyen, seguidamente se seleccionan los proveedores, se ingresan al sistema, se evalúa el presupuesto del área que requiere insumos, se gestiona la compra, se reciben insumos y se entregan a las áreas correspondientes. Todo este proceso genera como salidas los insumos para las áreas de trabajo, inventario y cuentas para los clientes que son los departamentos y los colaboradores, el proceso de expansión y contabilidad.

Diagrama SIPOC del proceso de gestión de riesgo.

A continuación, se presenta la Figura 41 donde se establece el diagrama correspondiente al proceso de gestión de riesgo que conforma el macroproceso de apoyo de la organización.

Figura 41 Diagrama SIPOC del proceso de gestión de riesgo en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

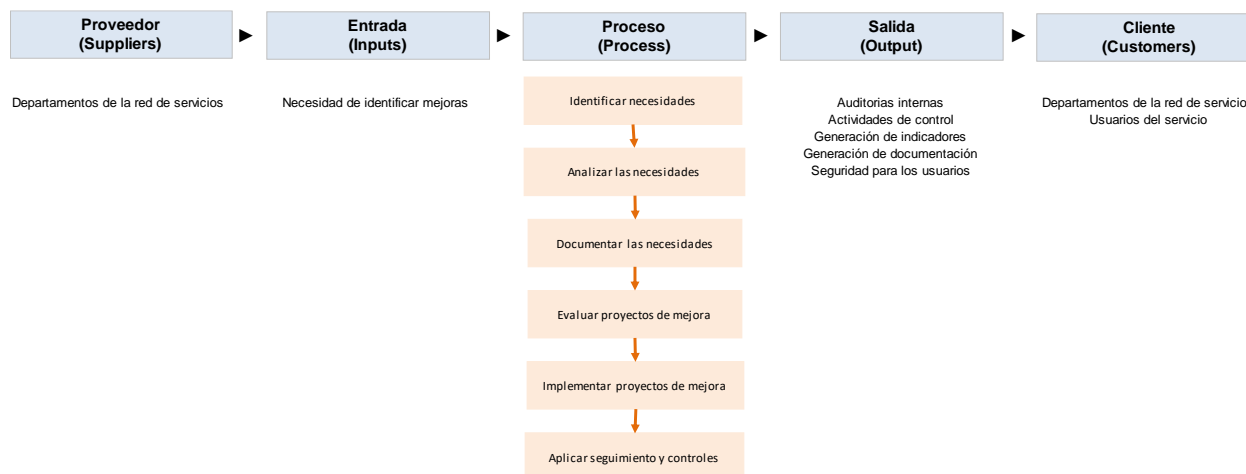
Este proceso de gestión de riesgo se encuentra altamente relacionado con todos los procesos del hospital, se establece como proveedores los departamentos o áreas de la red de servicios que tienen como necesidad identificar los riesgos y esto permite generar la entrada del proceso.

Para la ejecución de este proceso es necesario identificar las áreas en riesgo, analizar los riesgos en conjunto con las áreas y expertos en cada una de ellas, brindar respuesta al riesgo para saber cómo se va a controlar o mitigar y aplicar seguimiento y controles generando como salidas el mapeo de riesgos de la organización, actividades de control y auditorías internas para velar por la satisfacción de los usuarios de los servicios y buen funcionamiento de los departamentos.

Diagrama SIPOC del proceso de gestión de calidad.

A continuación, se presenta la Figura 42 donde se establece el diagrama correspondiente al proceso de gestión de calidad que conforma el macroproceso de apoyo de la organización.

Figura 42 Diagrama SIPOC del proceso de gestión de Calidad en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

La gestión de la calidad en el hospital se encuentra dirigida a la seguridad de los pacientes, visitantes y colaboradores, donde el departamento de calidad tiene como proveedores a los departamentos de la red que de acuerdo a una necesidad de identificar mejoras acuden a este departamento para que se dé el proceso donde inicialmente se identifican las necesidades, se analizan, se documentan, se evalúan los proyectos de mejora, se implementan y se da el seguimiento y control de los mismos.

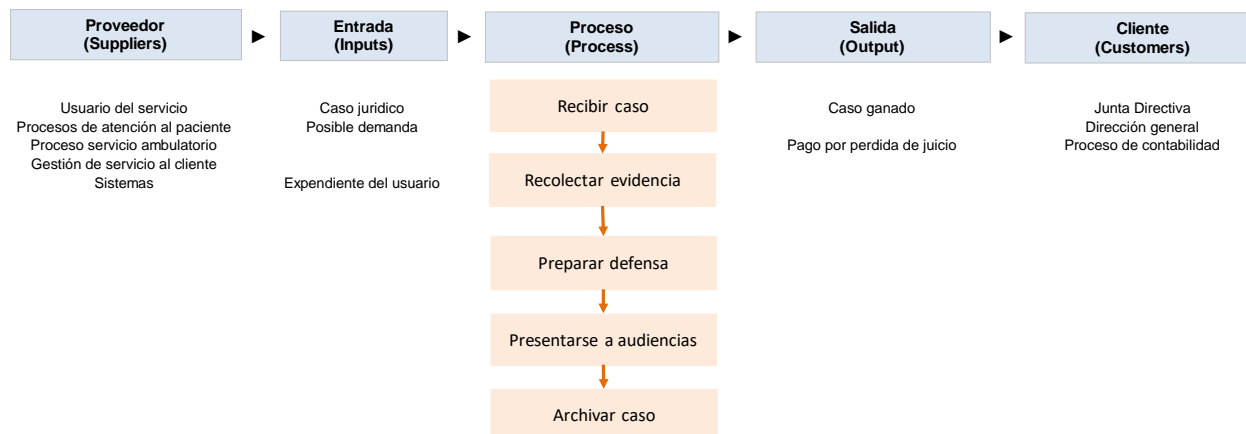
De acuerdo con el proceso se establece que las salidas corresponden a auditorías internas, actividades de control, generación de indicadores, documentación y seguridad para los usuarios, además se establecen los clientes como los departamentos de la red y los usuarios de los servicios.

Este proceso se encuentra establecido en la organización a través de un procedimiento, sin embargo, no es realizado de acuerdo con lo escrito ya que el departamento de calidad es el que busca a las áreas para generar la necesidad de mejora.

Diagrama SIPOC del proceso de asesoría legal.

A continuación, se presenta la Figura 43 donde se establece el diagrama correspondiente al proceso de asesoría legal que conforma el macroproceso de apoyo de la organización.

Figura 43 Diagrama SIPOC del proceso de asesoría legal en Hospital Clínico Central de San José



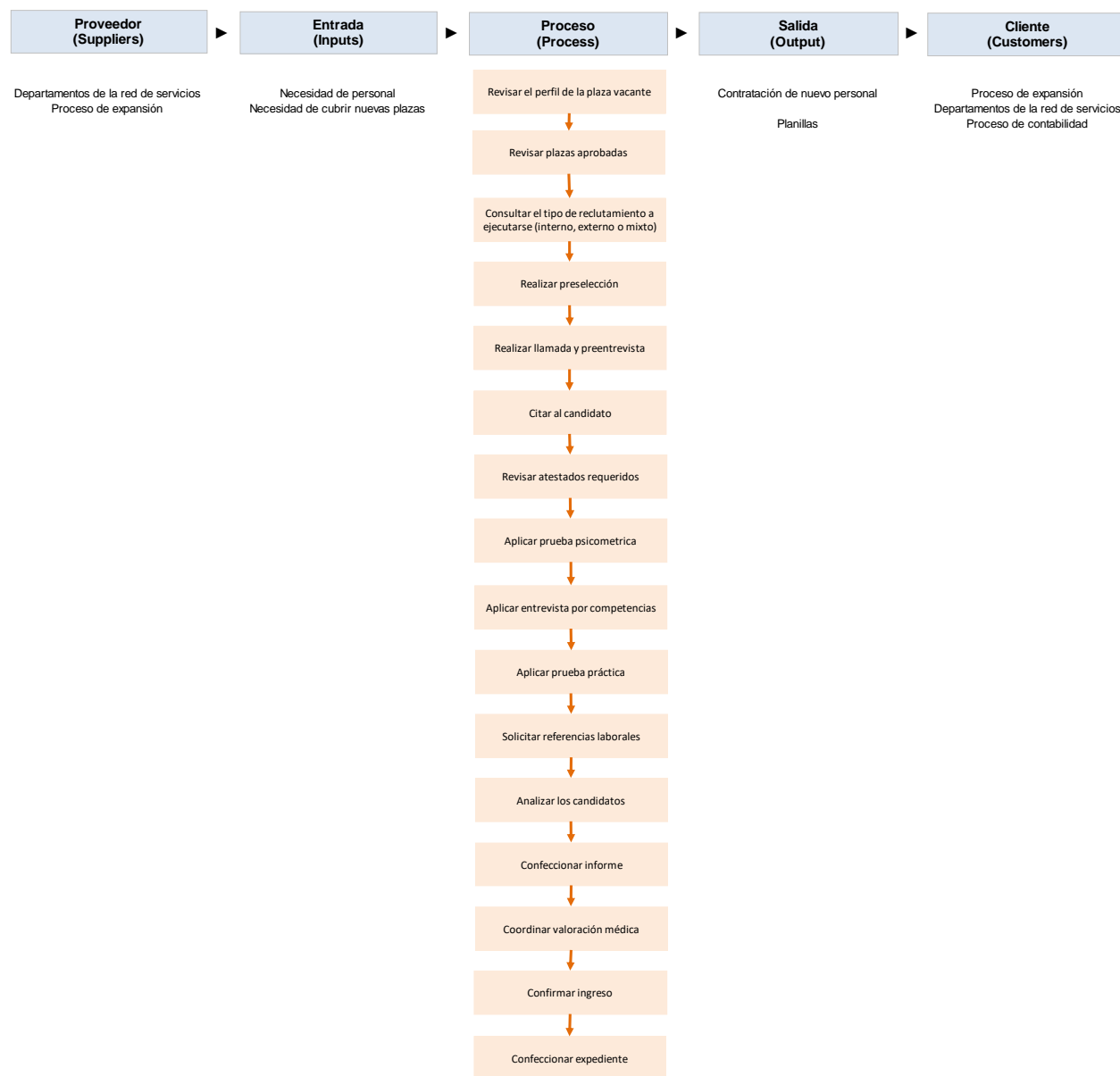
El proceso de asesoría legal tiene como proveedores del servicio usuarios del servicio que generan un proceso jurídico en contra del hospital, los procesos de atención al paciente, servicio ambulatorio y la gestión de servicio al cliente que generan como entrada una posible demanda y los sistemas que permiten tener acceso al expediente del usuario, el proceso inicia con recibir el caso, recolectar la evidencia correspondiente, preparar la defensa, presentarse a audiencias y finaliza archivando el caso.

Entre las salidas del proceso se identifican ganar el caso o pagar por pérdida de juicio y como clientes del proceso se establece que son la junta directiva, dirección general y el proceso de contabilidad.

Diagrama SIPOC del proceso de reclutamiento de personal.

A continuación, se presenta la Figura 44 donde se establece el diagrama correspondiente al proceso de reclutamiento de personal que conforma el macroproceso de apoyo de la organización.

Figura 44 Diagrama SIPOC del Proceso de Reclutamiento de Personal en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

La selección de personal en el Hospital Clínico Central de San José busca contar con personal comprometido con las labores y la organización, es por esta razón que el proceso de reclutamiento de personal es de apoyo vital para todos los procesos de la organización y tiene como proveedores los departamentos de la red de servicios que generan como entrada la necesidad de más personal calificado, además del proceso de expansión que forma parte de los estratégicos de la organización que genera como entrada la necesidad de cubrir nuevas plazas.

El proceso da inicio con la revisión del perfil de la plaza vacante, posteriormente se da la revisión de las plazas aprobadas, se consulta el tipo de reclutamiento ya que puede ser para concurso interno, externo o mixto, se realiza una preselección, se realiza llamada y preentrevista, se cita al candidato, se revisan los atestados requeridos, se aplica prueba psicométrica, se aplica la entrevista por competencias, la prueba práctica, se solicitan referencias, se analizan los candidatos, se confecciona informe, se coordina valoración médica, se confirma el ingreso y por último se confecciona el expediente.

Todo este proceso da como salida la contratación de nuevo personal y planillas donde los clientes a los que se busca satisfacer son el proceso de expansión, los departamentos de la red de servicios y el proceso de contabilidad.

Diagrama Matricial

El diagrama matricial es una herramienta que permite evaluar el grado o nivel de relación entre dos conjuntos de elementos, es una matriz de gran ayuda para el análisis de la situación actual ya que permite tener de manera integrada todos los subprocesos establecidos en los diagramas SIPOC y con esto obtener de manera visual el nivel de relación que existe entre cada uno de ellos, cada proceso se toma como información base para construir una matriz tipo A y se establecen los criterios de relación detallados en Tabla 9 para representar los niveles de relación.

Tabla 9 Criterios de relación

Criterios de relación	Símbolo
Fuerte: existe una dependencia entre ambos procesos ya que se relacionan directamente.	●
Moderada: eventualmente se da una relación de los procesos.	○
Débil: no existe relación entre los procesos.	△

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

De acuerdo con la matriz presentada en la Figura 45 se puede evidenciar que existen procesos de apoyo que se encuentran relacionados de manera moderada o débil con los procesos claves y estratégicos de la organización, a su vez se evidencia la fuerte relación que existe entre los procesos claves que esta relacionados directamente con la atención de pacientes y con los procesos de asistencia clínica del hospital.

Parte importante de este análisis es determinar cómo se relacionan los procesos actualmente con la gestión de calidad, riesgo y la toma de decisiones en la organización ya que se busca contar con esta información para establecer planes de mejora que permitan al Hospital Clínico Central de San José optar por la certificación en la norma ISO 9001:2015, de acuerdo con el diagrama la relación con la gestión de calidad, gestión del riesgo y procesos estratégicos que permitan la toma de decisiones se da eventualmente o bien no existe.

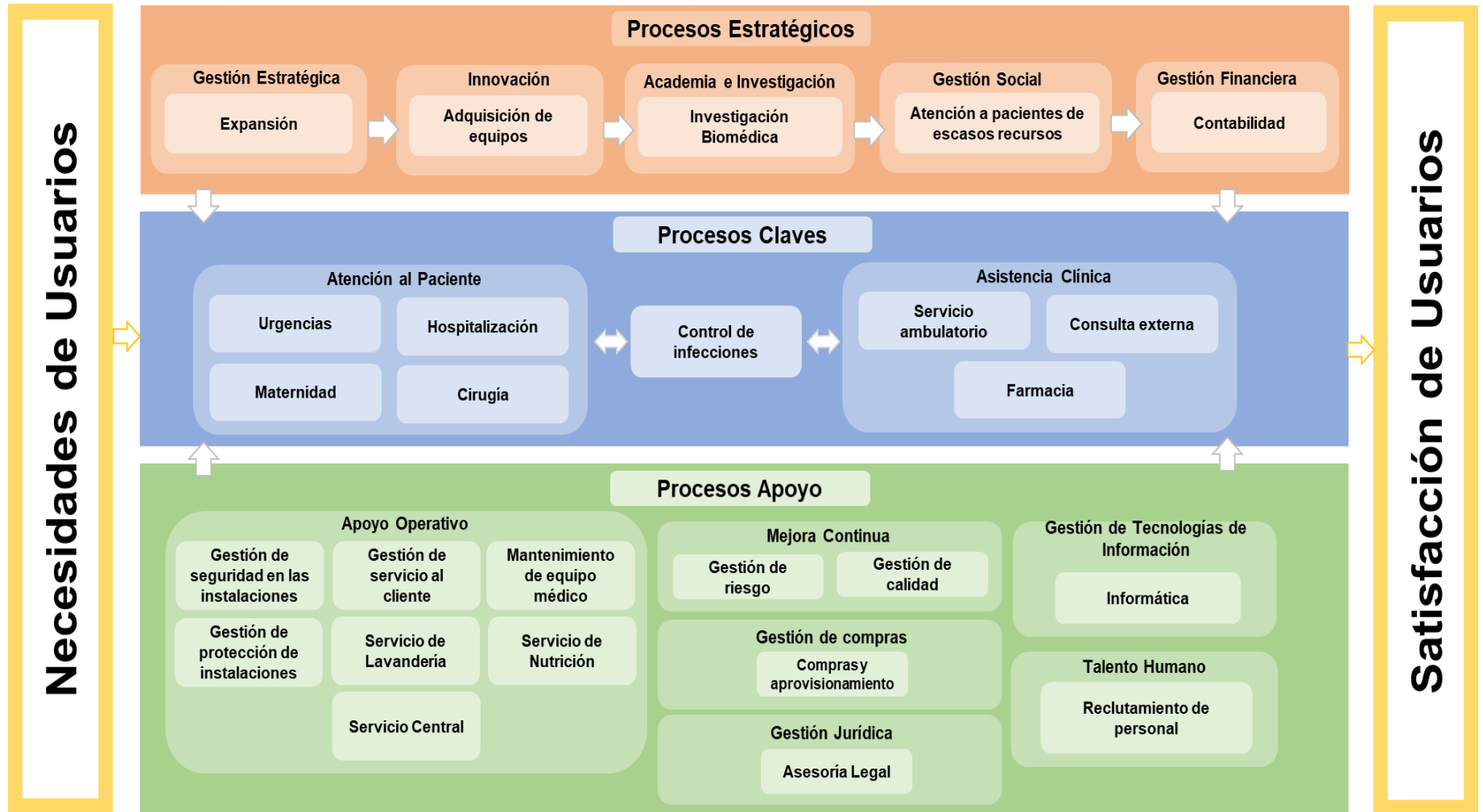
Mapeo De Procesos

El mapeo de procesos para el análisis de la situación actual en el Hospital Clínico Central de San José permite identificar, conocer y entender mejor los procesos relacionados con el funcionamiento de toda la organización para de acuerdo con la necesidad de los usuarios de los servicios mejorar la satisfacción de los mismos y del personal que labora en el hospital, este mapeo es esencial para lograr una mejora en la calidad de los servicios que se brindan.

Para la construcción del mapeo se realiza una reunión con las jefaturas de área y el director general de la organización, inicialmente se les plantea la necesidad de definir los procesos que se consideran importantes en la organización y que generan valor a la misma para comprender las relaciones existentes entre ellos o bien la falta de relación que se tiene hoy en día por lo que se les explican las definiciones de los macro procesos, procesos y sub procesos, seguidamente se proponen distintos procesos y sub procesos mediante una lluvia de ideas y se llega a un consenso por parte de los involucrados para la elaboración del mapeo presentado a continuación en la Figura 46.

Figura 46 Diagrama Mapeo de Procesos en Hospital Clínico Central de San José

Mapeo de Procesos en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres.

Procesos Estratégicos

Los procesos estratégicos permiten conocer todo lo relacionado con la parte gerencial de la organización, estos procesos son de suma importancia ya que conocerlos permite entender mejor cuales son los objetivos de la organización y hacia a donde se dirige, para el hospital dentro de los procesos estratégicos se encuentran el proceso de gestión estratégica relacionado con la expansión de la red de servicios hospitalarios en distintas provincias y cantones del país, este proceso de expansión ya se encuentra en marcha con la nueva sede en Santa Ana y se busca la construcción de nuevos hospitales en la provincia de Heredia y en el sector de Tres Ríos.

También como parte de los procesos estratégicos se encuentra el proceso de innovación que conlleva la adquisición de nuevos equipos y nueva tecnología que permita al hospital contar con lo mejor en el mercado para la atención de los pacientes, con estas nuevas tecnologías o adquisiciones la organización apunta a mejorar tiempos de espera para entrega de resultados, detección más precisa en algunas enfermedades, entre otros.

Parte de la estrategia también cuenta con el proceso relacionado a la academia e investigación donde se busca fortalecer el instituto para universitario con más carreras que permitan que más jóvenes se inscriban y puedan formarse como profesionales, además el hospital busca realizar investigación biomédica que permite generar guías clínicas para el uso del personal médico.

Así mismo entre los procesos estratégicos se encuentra el proceso de gestión social, el cual de acuerdo con la historia del hospital es uno de los fundamentos por el cual fue creada la organización y permite que día a día se cumpla la misión de la misma, este proceso se centra en la atención de personas de bajos recursos, con esto se apoya a muchas personas que lo necesitan y no pueden obtener atención médica; y el proceso de gestión financiera que tiene el sub proceso de contabilidad donde se gestiona todo tipo de información contable que generan los sistemas para la toma de decisiones.

A nivel de los procesos estratégicos se identifica la relación existente entre el proceso de expansión con el de adquisición de nuevos equipos ya que al abrir nuevas sedes se debe adquirir nueva tecnología para el equipamiento de dichos hospitales, la relación del proceso de adquisición de equipos con el de investigación biomédica ya que la nueva tecnología o nuevos equipos permiten un mejor desarrollo de las investigaciones y por ende de la elaboración de guías clínicas y el

proceso de investigación biomédica se encuentra relacionado con la atención a pacientes de escasos recursos ya que la atención puede ser dada con el apoyo de las guías. El proceso de contabilidad se relaciona eventualmente con todos los procesos.

Procesos Claves

Los procesos claves son los procesos relacionados directamente con el servicio que se brinda en el hospital, son los procesos encauzados a la atención de las necesidades de los usuarios para generar la satisfacción de los mismos, en el Hospital Clínico Central de San José se cuenta con tres procesos que son el proceso de control de infecciones, el de atención al paciente y asistencia clínica, donde el primero de ellos abarca toda la organización y los dos últimos cuentan con sub procesos determinantes para la atención de los usuarios.

El proceso de atención al paciente se centra en el servicio de urgencias, hospitalización, maternidad y cirugía ya que son servicios que tienen que ver con pacientes más delicados, mujeres que buscan el hospital para dar a luz o bien pacientes que requieran algún tipo de cirugía mayor. Luego se cuenta con el proceso de control de infecciones ya que mediante este proceso se vela por la seguridad de los pacientes, visitantes y colaboradores de la organización para prevenir cualquier tipo de brote que se pueda llegar a dar.

Luego se cuenta con el proceso de asistencia clínica, en este proceso se encuentran sub procesos relacionados con el servicio ambulatorio que tienen que ver con tratamientos que no necesitan hospitalización tales como diagnóstico por imágenes, medicina nuclear, laboratorio, entre otros; también el servicio de consulta externa donde el hospital cuenta con más de 50 especialidades médicas para la atención de los pacientes y el servicio de farmacia que suple las necesidades de clientes externos e internos.

A nivel de los procesos claves, los mismos se encuentran altamente relacionados ya que existe entre ellos en muchas ocasiones dependencia para lograr completar la atención de los pacientes.

Procesos de apoyo

El macroproceso de apoyo es el que brinda soporte a los estratégicos y claves de una organización, en el hospital se cuenta con muchos procesos que se pueden determinar de apoyo,

sin embargo, para la realización del mapeo se toman en consideración los que generan más valor y aportan más a los demás procesos.

Para lograr determinar los procesos de apoyo se establecen los siguientes cinco procesos:

- Apoyo operativo.
- Mejora continua.
- Gestión de compras.
- Gestión jurídica.
- Gestión de tecnologías de información.
- Talento humano.

El proceso de apoyo operativo cuenta con los sub procesos de gestión de seguridad en las instalaciones donde se tiene que ver con la infraestructura de los edificios que conforman la red de servicios, la gestión de servicio al cliente relacionada con la atención de todas las sugerencias, consultas o quejas que puedan llegar a tener los usuarios, el mantenimiento de equipo médico que es un proceso fundamental para el funcionamiento de la organización, la gestión de protección de instalaciones que tiene que ver con el cuidado y guía de toda persona que se encuentre dentro de las instalaciones, el servicio de lavandería que contribuye al control de infecciones, el servicio de nutrición que vela por la alimentación de los pacientes hospitalizados y en el servicio de maternidad, para finalizar el servicio central que es donde se da el proceso de esterilización de instrumental para cirugías y es vital para el control de infecciones.

Además, se cuenta con el proceso de mejora continua se encuentra ubicado como un proceso de apoyo y dentro del mismo se encuentra el subproceso de gestión de riesgo y gestión de la calidad, ambos procesos se realizan en conjunto con las distintas áreas del hospital buscando la mejora continua, controlar los riesgos, la seguridad y calidad en los servicios.

El proceso de gestión de compras cuenta con el subproceso de compras y aprovisionamiento donde se gestiona todo lo relacionado con suministros e insumos necesarios para la continuidad de los servicios dentro del hospital y el proceso de gestión jurídica donde se identifica el proceso de asesoría legal en diversos temas del hospital que se pueden llegar a dar aún más por la relación directa con la atención de la salud.

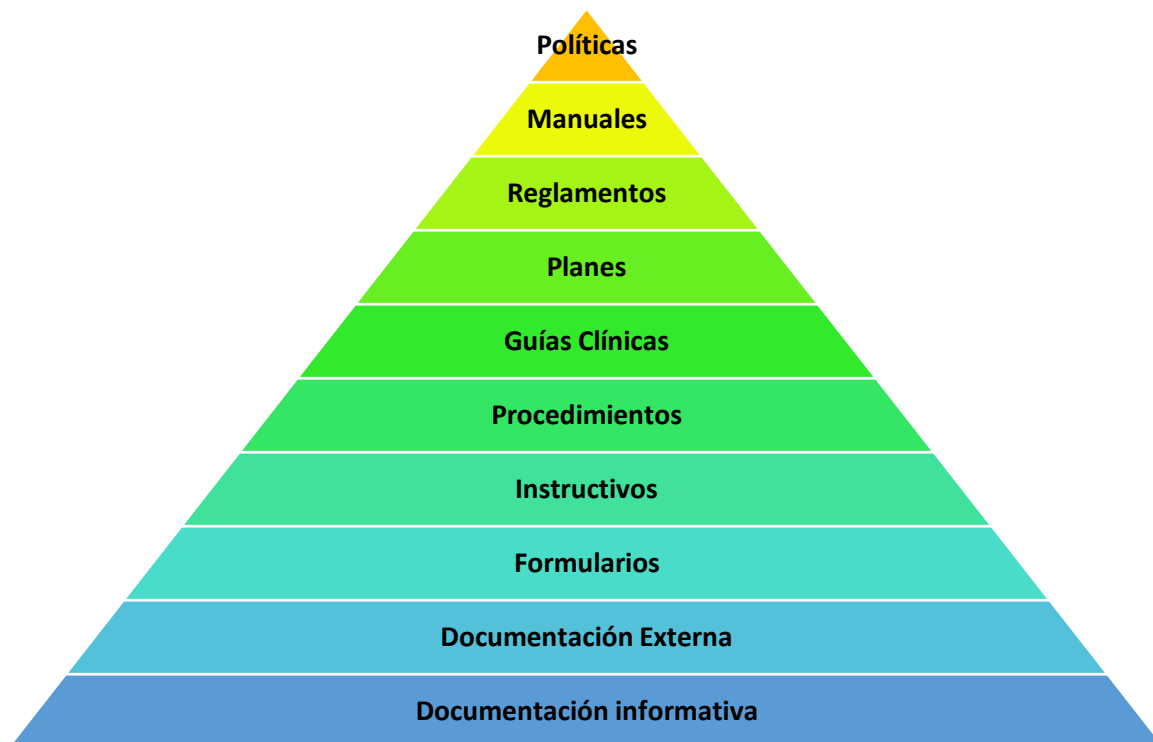
Así mismo el proceso de gestión de tecnologías de información que cuenta con el sub proceso de informática y donde dicho proceso es de vital importancia para velar por los sistemas con los que cuenta la organización, accesos y sobre todo la confidencialidad de la información que se genera en los mismos, y por último el proceso de talento humano donde el sub proceso que genera más valor a la organización es el de reclutamiento de personal ya que es la selección del recurso humano que conforma la organización y que brinda los servicios a todos los usuarios que los necesitan.

Evaluación Y Análisis De La Documentación Actual

A nivel de documentación el Hospital Clínico Central de San José cuenta con una estructura poco funcional para la gestión documental ya que todos los documentos se enlistan en un documento de Excel por el departamento, el código raíz o nomenclatura, el consecutivo, el estado de actualización, nombre y versión.

A continuación, en la Figura 47, se detallan los tipos de documentos existentes en el sistema de gestión documental actual del hospital.

Figura 47 Pirámide documental del SGC actual en el Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Tal y como se puede apreciar en la pirámide documental representada en la Figura 47 en la cima de la misma se encuentran las políticas que aunque actualmente son pocas las que se encuentran documentadas son parte fundamental de la organización, posteriormente los manuales y reglamentos que dentro de la organización suelen confundirse entre si, además de generar confusión con las políticas que deben gobernar la organización, también se cuenta con planes que son documentos donde se establecen objetivos y metas para los comités existentes, las guías clínicas que son un apoyo vital para la atención de pacientes, los procedimientos e instructivos donde se detallan actividades de las áreas o departamentos, los formularios que permiten respaldar registros por área o departamento, la documentación externa como manuales de los equipos, documentación relaciona al Ministerio de Salud, entre otras y para finalizar la documentación informativa que se genera para educar al visitante, por lo general son panfletos con información importante como por ejemplo cuidados que se deben tener antes o después de un determinado procedimiento.

En el hospital existe un procedimiento para la gestión de la documentación el cual detalla que los cambios en la documentación se pueden dar en el momento que se requieran o bien pasados dos años desde la creación del mismo, dentro del Excel llamado matriz documental se manejan documentos actualizados que corresponden a los documentos modificados que requerían la modificación, desactualizados que son los documentos que no han requerido cambios desde su creación y que no han sido revisados después de dos años e inactivos que corresponden a documentos eliminados del sistema de gestión documental y que aún se conserva el registro.

Dado lo anterior y la revisión de la matriz documental se puede decir que lo descrito en el procedimiento no se cumple ya que existe documentación desactualizada desde hace mucho tiempo y además otra que ni siquiera se tiene en cuenta entre los documentos mapeados que hoy en día generan 1707 documentos a nivel de todo el hospital.

Para lograr una evaluación del porcentaje de actualización general de la documentación mapeada en la matriz de documentos se generó la Tabla 10 donde se clasificaron los documentos como actualizados, desactualizados e inactivos.

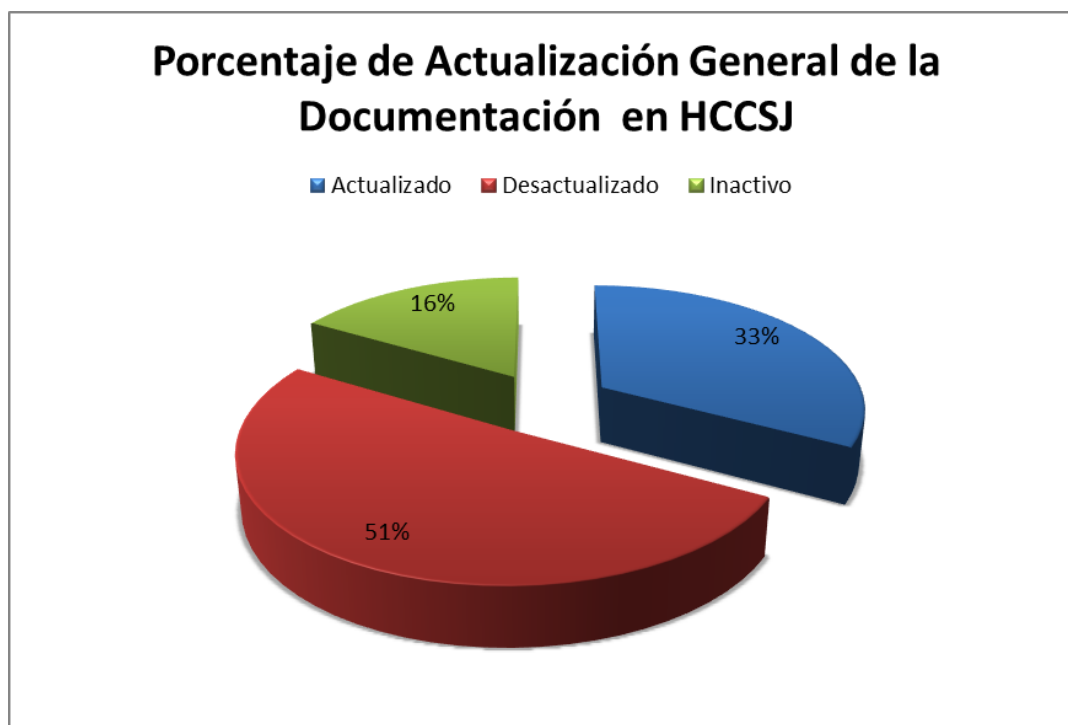
Tabla 10 Estado de actualización de la documentación en Hospital Clínico Central de San José

Estado del Documento	Cantidad
Actualizado	561
Desactualizado	864
Inactivo	282
Total:	1707

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Esta tabla permite demostrar gráficamente el estado de la documentación de acuerdo con la clasificación dada y la información se muestra en la Figura 48.

Figura 48 Porcentaje de actualización general de la documentación en HCCSJ



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Actualmente en el hospital de los 1707 documentos mapeados se cuenta con un 51% de la documentación desactualizada en todos los tipos de documentos. Al evaluar los distintos problemas que se están generando actualmente o que se pueden generar y poner en riesgo la organización se determina lo siguiente:

- Falta de normalización o estandarización en las actividades realizadas, el problema se da ya que el personal en algunas áreas de la organización trabaja bajo la experiencia y conocimiento adquirido, y no sobre la documentación establecida ya la mayoría esta desactualizada.
- La falta de actualización en los documentos representa la falta de compromiso por respaldar información valiosa de la organización y por ende genera falta de interés por conocer su ubicación para realizar las labores correspondientes.
- Al rotar al personal clínico a otras áreas donde le es posible desempeñarse le toma más tiempo poder realizar sus labores ya que no ubica la documentación actualizada y recurre a otro recurso del área para que le retroalimiente sobre las actividades que debe realizar.
- Contar con la documentación desactualizada representa un gran riesgo para la organización ya que ante cualquier demanda los documentos son el respaldo para que asesoría legal trabaje la defensa de un posible caso.

Adicionalmente a la evaluación general de la documentación se realiza una evaluación de los documentos por tipo de documento para identificar la cantidad correspondiente a cada uno de ellos, esta información se encuentra en la Tabla 11.

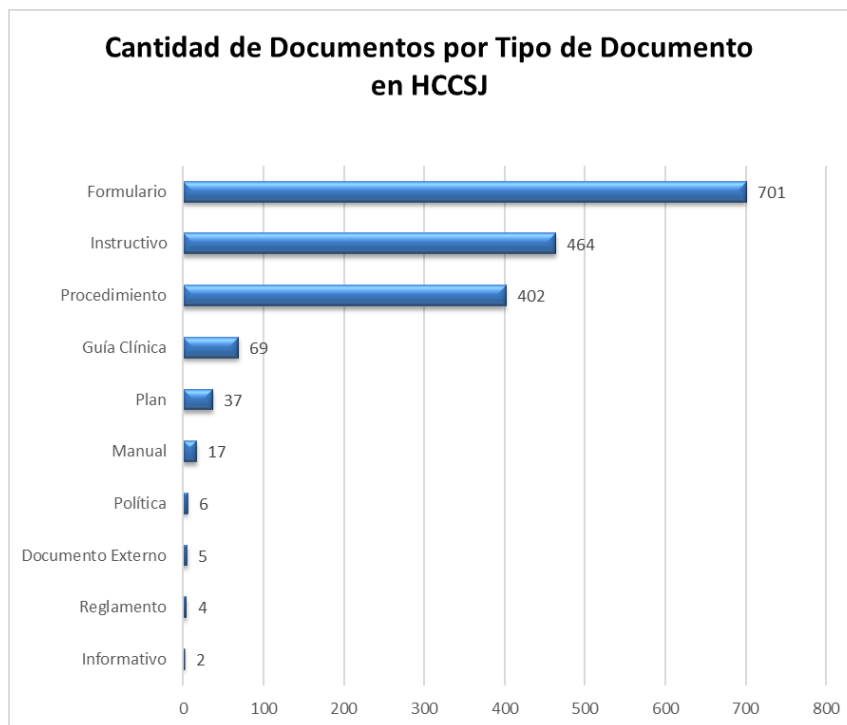
Tabla 11 Cantidad de Tipos de Documentos Existentes en HCCSJ

Tipo de Documento	Cantidad
Informativo	2
Reglamento	4
Documento Externo	5
Política	6
Manual	17
Plan	37
Guía Clínica	69
Procedimiento	402
Instructivo	464
Formulario	701
Total:	1707

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Ahora bien, de acuerdo con los datos de la Tabla 11 se confecciona la gráfica de la Figura 49 para determinar la cantidad por tipo de documento de una forma más visual.

Figura 49 Gráfica de cantidad de tipo de documentos existentes en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

En la actualidad de todos los tipos existentes en el hospital la gran mayoría corresponde a formularios ya sea que se completan de manera electrónica o para imprimir y completar a mano, instructivos que brindan una serie de pasos para completar determinada tarea y procedimientos que también brindan una serie de pasos a nivel macro del proceso para completar determinado proceso, seguidamente se cuenta con una cantidad considerable de guías clínicas que son elaboradas de acuerdo a investigación y son funcionales para la atención de pacientes, además de los planes que de acuerdo a lo establecido por el ente internacional actual son necesarios para cumplir con algunos lineamientos de lo detallado en la norma.

Además, se cuenta con manuales, políticas, documentación externa, reglamentos y documentos informativos pero la cantidad de cada uno de ellos es mínima y no son de consulta recurrente por parte de los colaboradores de la institución.

Para complementar y finalizar el análisis documental se considera importante determinar la cantidad de documentos por dirección o gerencia por lo que se realiza la Tabla 12 donde se enlistan

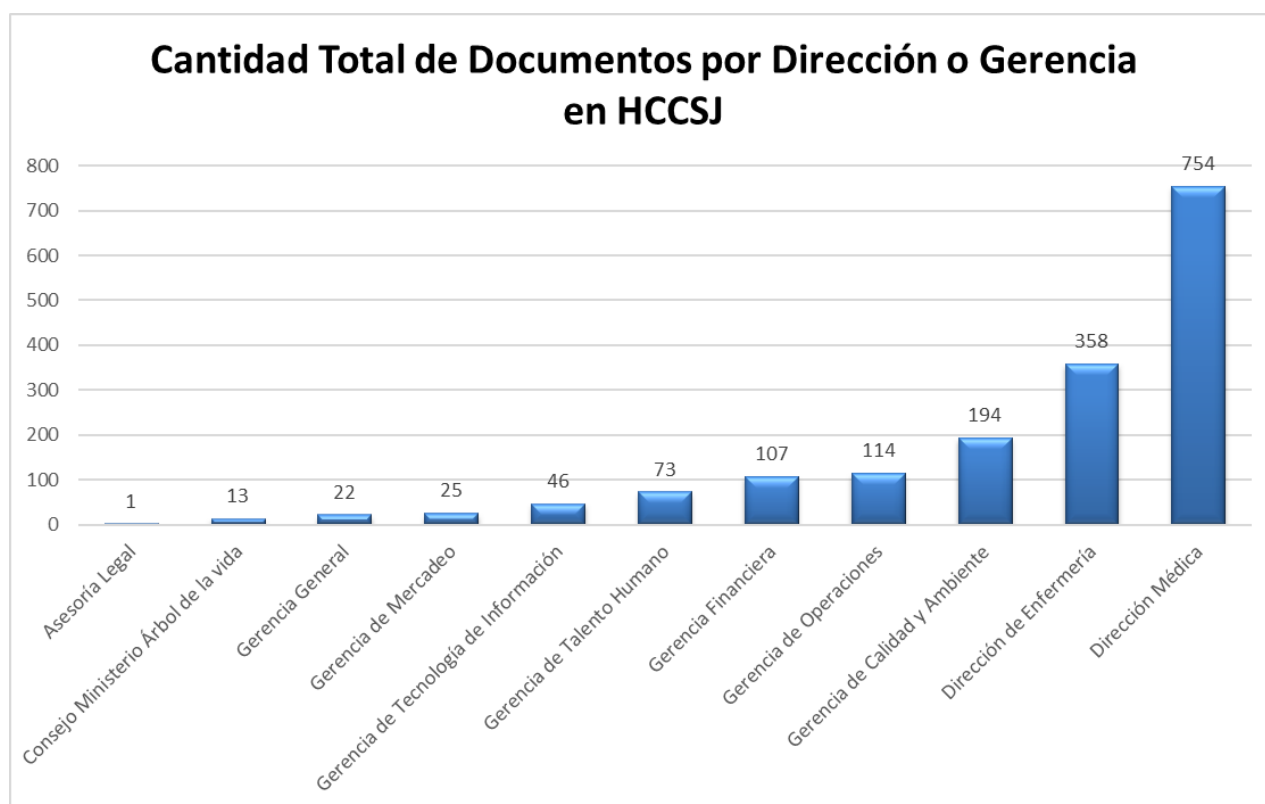
las direcciones o gerencias existentes en el hospital y la cantidad de documentos por cada uno de ellos.

Tabla 12 Cantidad de documentos por dirección o gerencia

Dirección o Gerencia	Cantidad
Asesoría Legal	1
Consejo Ministerio Árbol de la vida	13
Gerencia General	22
Gerencia de Mercadeo	25
Gerencia de Tecnología de Información	46
Gerencia de Talento Humano	73
Gerencia Financiera	107
Gerencia de Operaciones	114
Gerencia de Calidad y Ambiente	194
Dirección de Enfermería	358
Dirección Médica	754
Total:	1707

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Figura 50 Gráfica cantidad de documentos por dirección o gerencia



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Como se muestra en la gráfica presentada en la Figura 50 la mayor cantidad de documentación que existe en el hospital le corresponde a la dirección de enfermería y la dirección médica del hospital ya que estas dos direcciones conforman los servicios principales que se brindan relacionados con la atención de los pacientes.

Encuesta Sobre La Cultura De Calidad

A nivel de cultura de calidad en la organización se busca conocer de entre una muestra aleatoria estratificada de la población el nivel de conocimiento que presentan con respecto a temas como el código de ética y otros manuales existentes en la organización, misión y visión, valores institucionales, las normas en las cuales se encuentra certificado el hospital, sobre el sistema de gestión de calidad actual, entre otras.

Resultados de la encuesta

La aplicación de la encuesta busca poder evidenciar la falta de cultura de calidad en el hospital o el enfoque que se le ha dado a la calidad en la misma durante años, dado lo anterior se aplicaron las siguientes preguntas:

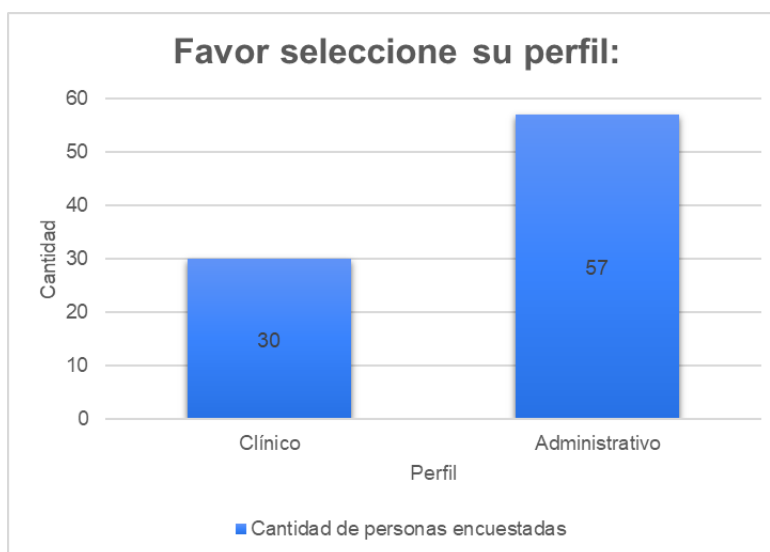
1. Selección del perfil: al seleccionar el perfil se busca poder identificar la población que se encuentra más relacionada con los temas de la organización y calidad, a continuación, en la Tabla 13 se detallan los perfiles y la cantidad de personas de acuerdo con el cálculo arrojado por la muestra.

Tabla 13 Perfil profesional

Categoría (Perfil)	Cantidad de Población
Clínico	30
Administrativo	57
Total:	87

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A continuación, en la Figura 51 se presenta la información del perfil mostrada en la Tabla 13 de manera gráfica.

Figura 51 Gráfica perfil profesional

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Dado que la mayor población es administrativa se puede observar en la gráfica de la Figura 51 que la mayor cantidad de encuestados corresponde a personal que labora en áreas como cajas, oficinas administrativas, contabilidad, lavandería, limpieza, seguridad, entre otras.

2. Antigüedad en la organización: la antigüedad en el hospital permite identificar si personal con mayor cantidad de años o personal nuevo conocen realmente sobre temas importantes en la organización y de la calidad.

Tabla 14 Antigüedad en la organización

Antigüedad	Porcentaje
Menos de 1 año	29%
De 1 a 5 años	28%
Más de 15 años	26%
De 6 a 15 años	17%
Total:	100%

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A continuación, en la Figura 52 se presenta la información porcentual sobre la antigüedad de los encuestados en el hospital, esta información se toma de la Tabla 14.

Figura 52 Antigüedad en la organización

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Tal y como se puede apreciar en la gráfica de la Figura 52 los encuestados fueron una muestra muy variada con respecto al tiempo que tienen de laborar para el Hospital Clínico Central de San José.

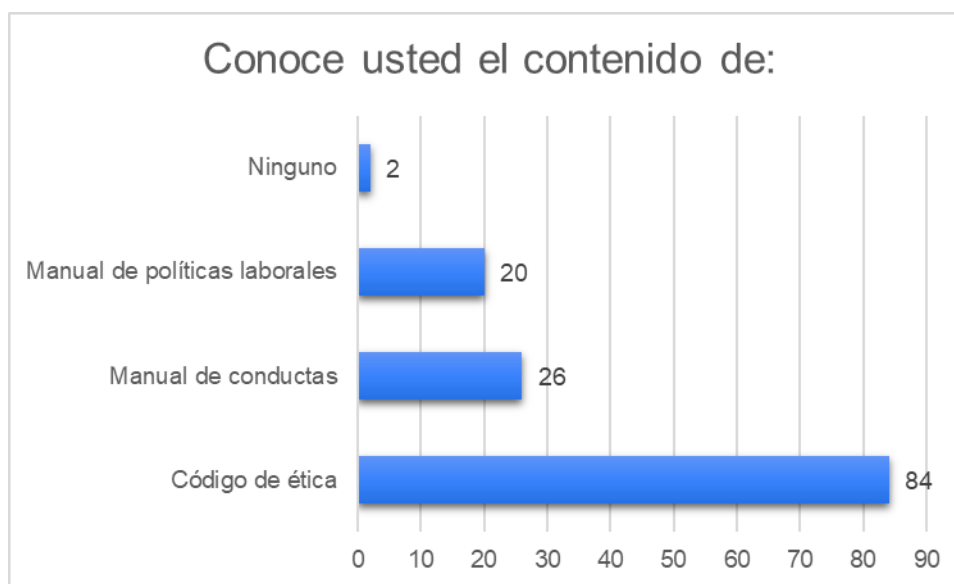
3. Conocimiento de contenido: se le presentan cuatro opciones a los encuestados para determinar cuáles de ellos son de su conocimiento.

Tabla 15 Conocimiento de contenido

Conocimiento de contenido sobre:	Cantidad
Código de ética	84
Manual de conductas	26
Manual de políticas laborales	20
Ninguno	2
Total:	110

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A continuación, en la Figura 53 se presenta la información de manera gráfica de acuerdo a los temas de la Tabla 15 donde se busca evaluar si se conoce el código de ética, el manual de conductas y el de políticas laborales.

Figura 53 Conocimiento de contenido

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

De acuerdo con la información presentada en la gráfica la mayoría de los encuestados conoce sobre el código de ética que es uno de los temas que se dan cuando se recibe la inducción en la organización.

- Enunciado sobre la misión y visión: al formar parte de una organización el personal que la conforma debe conocer y encontrarse comprometido con la misión y visión de la organización, por esta razón se realiza la consulta a los encuestados sobre este tema. Inicialmente se les brindan las opciones presentadas en la Tabla 16 para que con respecto al enunciado que representa la misión del hospital los colaboradores encuestados la identifiquen.

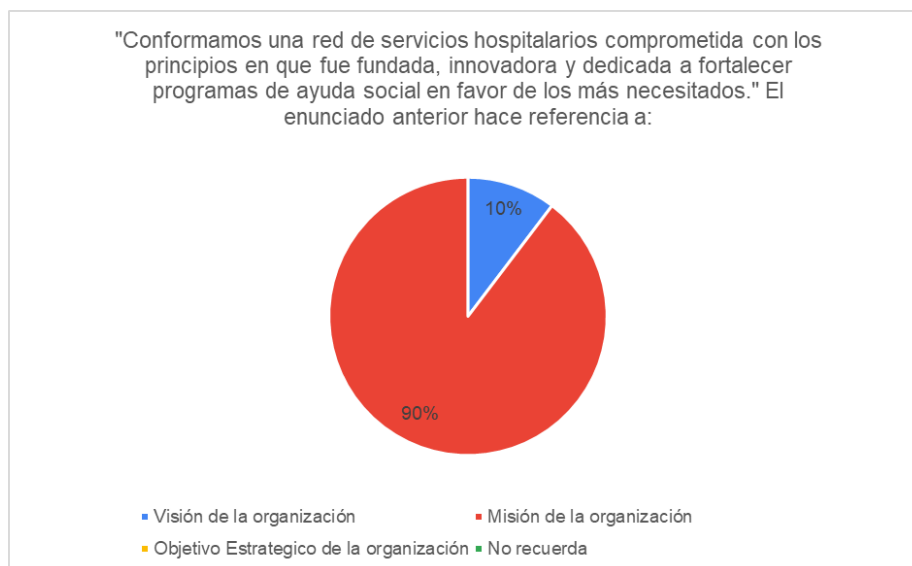
Tabla 16 Conocimiento sobre la misión

Opciones	Porcentaje
Visión de la organización	10%
Misión de la organización	90%
Objetivo Estratégico de la organización	0%
No recuerda	0%
Total:	100%

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A continuación, en la Figura 54 se representa de manera gráfica y porcentual de acuerdo con la información presentada en la Tabla 16 el porcentaje de conocimiento sobre la misión del hospital.

Figura 54 Conocimiento sobre la misión



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Como se puede apreciar en la gráfica de la Figura 54 el 90% de la muestra encuestada conoce perfectamente la misión del hospital a pesar de haber sufrido cambios mínimos con el cambio de gerente general que se dio hace poco en la organización.

A continuación, en la Tabla 17 se presentan las opciones relacionadas con el enunciado de la visión del hospital para determinar si es del conocimiento de todos los encuestados.

Tabla 17 Conocimiento sobre la visión

Opciones	Porcentaje
Visión de la organización	75%
Misión de la organización	7%
Objetivo Estratégico de la organización	18%
No recuerda	0%
Total:	100%

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A continuación, en la Figura 55 se representa de manera gráfica y porcentual de acuerdo con la información presentada en la Tabla 17 el porcentaje de conocimiento sobre la misión del hospital.

Figura 55 Conocimiento sobre la visión



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Como se puede apreciar en la gráfica de la Figura 55 la mayoría de los encuestados conocen la visión de la organización, sin embargo, el 18% de ellos indica que es un objetivo estratégico de la organización y es un porcentaje considerablemente alto, esto se debe a que la visión del hospital cambió al darse el cambio de gerente y la misma no ha sido comunicada adecuadamente a toda la población.

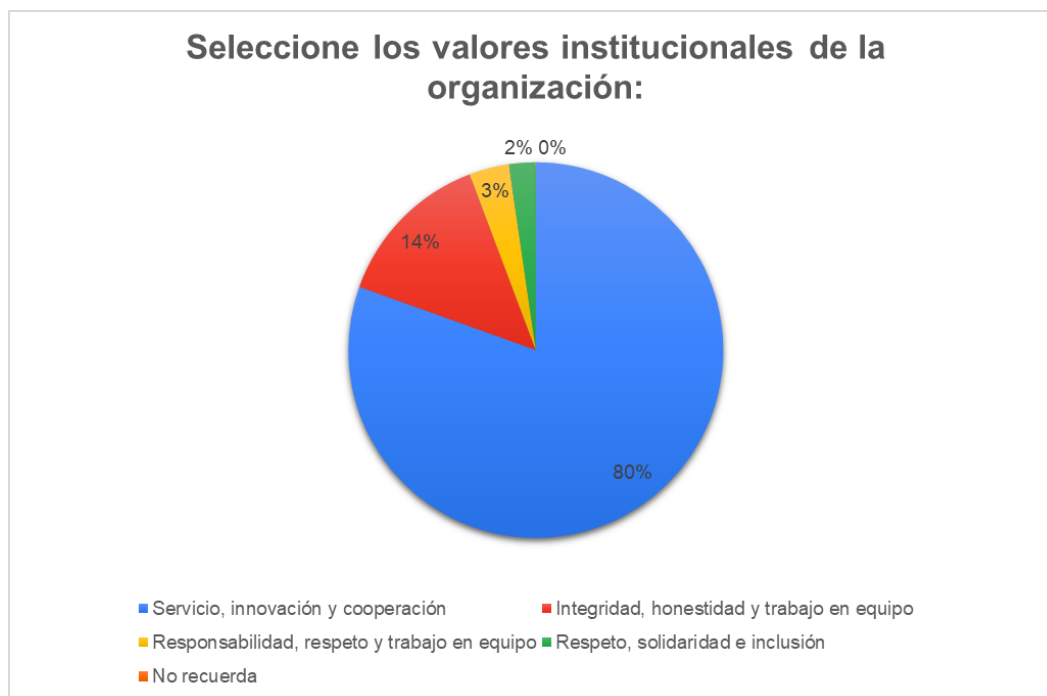
5. Valores institucionales: los valores son parte de lo que es una organización y lo que debe reflejar el colaborador que labora en la institución, es por esta razón que parte de la encuesta busca identificar el porcentaje de personas que conocen sobre los valores institucionales definidos.

Tabla 18 Valores institucionales

Opciones	Porcentaje
Servicio, innovación y cooperación	80%
Integridad, honestidad y trabajo en equipo	14%
Responsabilidad, respeto y trabajo en equipo	3%
Respeto, solidaridad e inclusión	2%
No recuerda	0%
Total:	100%

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A continuación, en la Figura 56 se representa de manera gráfica y porcentual de acuerdo con la información presentada en la Tabla 18 el porcentaje de conocimiento sobre los valores institucionales.

Figura 56 Valores institucionales

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

De acuerdo con la gráfica de la Figura 56 el 80% de los encuestados conocen perfectamente los valores institucionales del hospital, mismos que se le brindan a la población en la inducción que se da para el ingreso a la organización.

6. Inducción: dado que para laborar en la organización es necesaria la inducción se busca con esta pregunta conocer cuántos de los encuestados la han recibido por parte de Talento Humano.

Tabla 19 Inducción

Opciones	Porcentaje
Sí	75%
No la ha recibido	11%
No recuerda	9%
Se encuentra programada	5%
No	0%
Total:	100%

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A continuación, en la Figura 57 se representa de manera gráfica y porcentual de acuerdo con la información presentada en la Tabla 19 los porcentajes de los encuestados sobre la inducción a la organización.

Figura 57 Inducción



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

El 75% de la población recibió la inducción para ingresar a la organización, sin embargo, existe un 11% que se debe considerar y validar ya que no la han recibido y ya se encuentran laborando dentro del hospital y dentro de las políticas de ingreso se encuentra establecido que la inducción se debe recibir antes de comenzar a laborar.

7. Capacitación sobre ética y calidad: esta pregunta busca evidenciar el porcentaje de la población que cuenta con capacitación sobre ética y calidad en el hospital, además del tiempo que tienen de haberla recibido.

Tabla 20 Capacitación sobre ética y calidad

Opciones	Porcentaje
Menos de 1 año	9%
Más de 1 año	41%
No recuerda	33%
No lo ha recibido	15%
Total:	100%

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A continuación, en la Figura 58 se representa de manera gráfica y porcentual de acuerdo con la información presentada en la

Tabla 20 el dato con respecto al tiempo que tienen los encuestados de haber recibido la capacitación de ética y calidad.

Figura 58 Capacitación sobre ética y calidad



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

De acuerdo con la información presentada en la gráfica de la Figura 58 el 41% de la población recibió hace más de 1 año la capacitación o bien el 33% de los encuestados no recuerda ni siquiera haberla recibido, es importante destacar que de acuerdo con lo establecido en la organización esta capacitación debe ser anual

8. Sistema de gestión de calidad: con esta pregunta se busca conocer si los encuestados tienen conocimiento sobre el sistema de gestión de calidad actual en la organización.

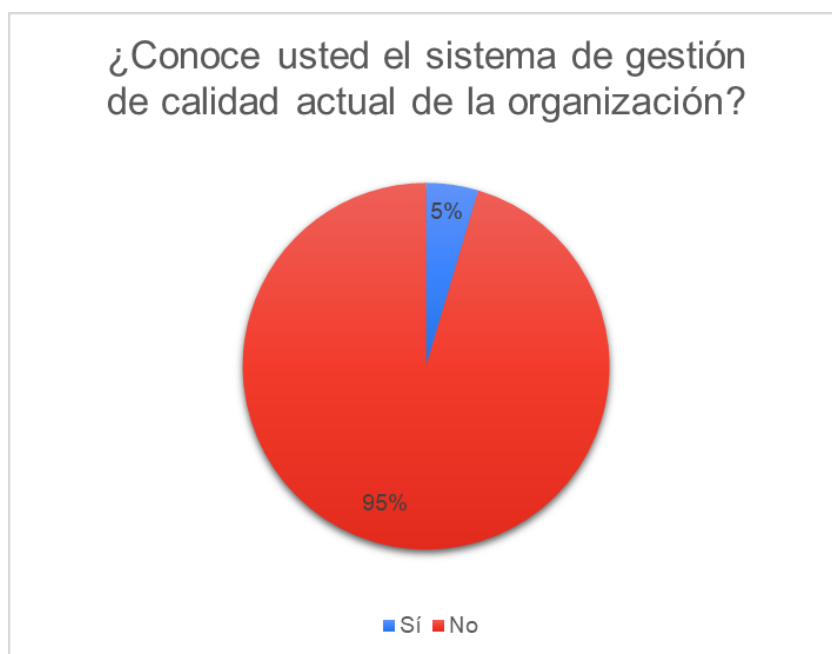
Tabla 21 Sistema de gestión de calidad

Opciones	Porcentaje
Sí	5%
No	95%
Total:	100%

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A continuación, en la Figura 59 se representa de manera gráfica la información presentada en la Tabla 21 sobre el conocimiento de los encuestados del sistema de gestión de calidad actual.

Figura 59 Sistema de gestión de calidad



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Como se puede apreciar en la gráfica de la Figura 59 el 95% de la población desconoce que dentro del hospital existe un sistema de gestión de calidad.

9. Normativas: con esta pregunta se busca conocer si los encuestados conocen las certificaciones con las que cuenta el hospital.

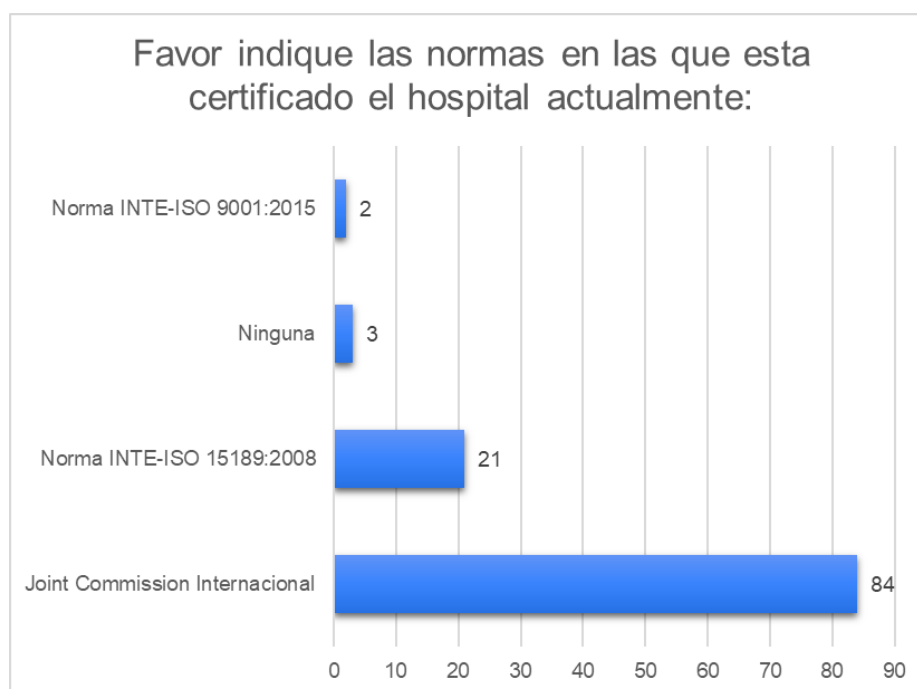
Tabla 22 Normativas

Opciones	Cantidad
Joint Commission Internacional	84
Norma INTE-ISO 15189:2008	21
Ninguna	3
Norma INTE-ISO 9001:2015	2
Total:	110

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A continuación, en la

Figura 60 se representa de manera gráfica la información presentada en la Tabla 22 sobre el conocimiento de los encuestados con respecto a las certificaciones con las que cuenta el hospital.

Figura 60 Normativas

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Como se puede apreciar en la gráfica de la Figura 60 de los encuestados la mayoría conoce que existen Joint Commission Internacional como ente certificador del hospital, sin embargo, muy poca gente conoce que el hospital también cuenta con la certificación INTE-ISO 15189:2008 en el laboratorio.

10. Retroalimentación: la retroalimentación permite que las personas sepan en que pueden mejorar y alinearlos a lo que la organización busca, por esta razón se busca conocer si los encuestados reciben retroalimentación como oportunidad de mejora por parte de sus jefaturas y si se les retroalimenta sobre las actualizaciones documentales que se den.

Tabla 23 Retroalimentación para mejora

Opciones	Porcentaje
Sí	44%
No	56%
Total:	100%

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A continuación, en la Figura 61 se representa de manera gráfica la información presentada en la Tabla 23 sobre la retroalimentación que reciben para mejorar los encuestados por parte de sus jefaturas.

Figura 61 Retroalimentación para mejora



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

De acuerdo con la información que arroja la gráfica de la Figura 61 más de la mitad de los encuestados asegura que no recibe retroalimentación como oportunidad para mejorar por lo que se

evidencia la necesidad de que las jefaturas se involucren más con los procesos y las labores que se realizan.

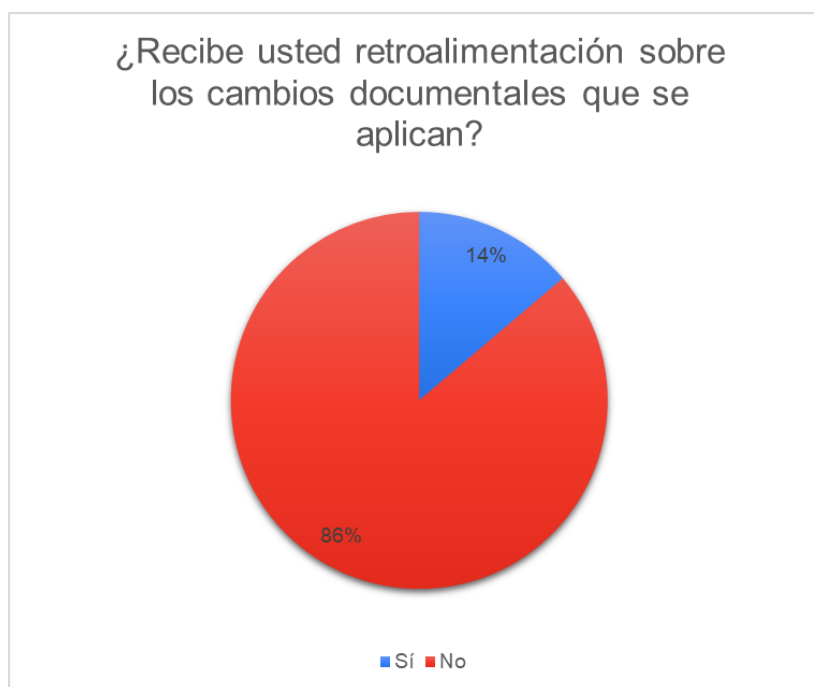
Tabla 24 Retroalimentación en documentación

Opciones	Porcentaje
Sí	14%
No	86%
Total:	100%

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A continuación, en la Figura 62 se representa de manera gráfica la información presentada en la Tabla 24 sobre la retroalimentación que reciben los encuestados con respecto a actualizaciones que se realicen a la documentación.

Figura 62 Retroalimentación en documentación



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Según la información que arroja la gráfica de la Figura 62 la mayoría de los encuestados asegura que no recibe retroalimentación sobre actualizaciones documentales que se realizan, sin embargo, dentro de la organización se encuentra establecido que la documentación es aprobada por la dirección o gerencia y que se cuenta con un mes de tiempo para comunicar los cambios a la población involucrada por lo que con esta pregunta se logra demostrar que esto no se está dando y

que los cambios que se aplican a la documentación no son del conocimiento de la mayoría o bien de las partes involucradas.

11. Prioridades de medición: las prioridades de medición en el hospital son tres categorías utilizadas para ubicar indicadores establecidas desde hace tiempo por las gerencias y direcciones, dichas prioridades no han sido actualizadas ni han cambiado a lo largo de los años, con esta pregunta se busca saber que tanto conocen los encuestados las tres prioridades existentes ya que son fundamentales para la gestión de indicadores.

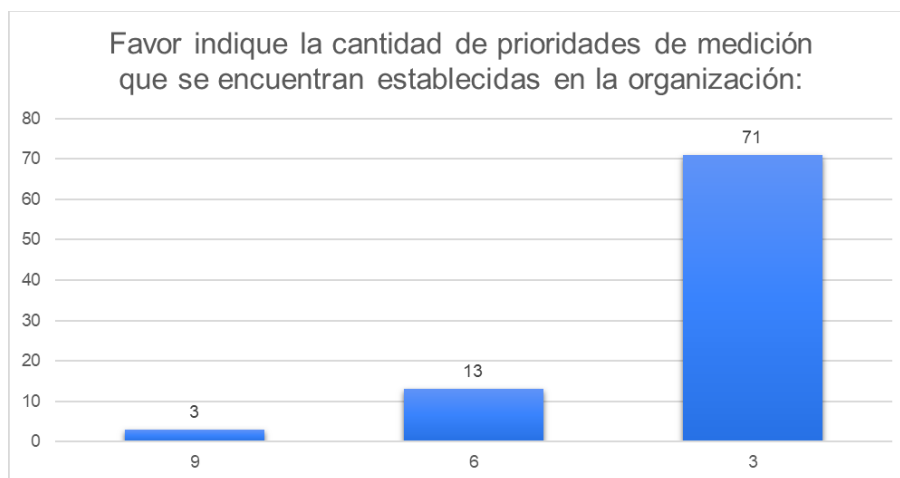
Tabla 25 Prioridades de medición

Opciones	Cantidad
9	3
6	13
3	71
Total:	87

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A continuación, en la Figura 63 se representa de manera gráfica la información presentada en la Tabla 25 sobre el conocimiento de la población de las tres prioridades de medición existentes.

Figura 63 Prioridades de medición



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

De acuerdo con la información que arroja la gráfica de la Figura 63 las prioridades de medición son conocidas por los encuestados ya que la mayoría de ellos indica que son tres las que se encuentran establecidas en el hospital.

12. Metas internacionales: las metas internacionales son metas establecidas por JCI para el cumplimiento de la norma deben de verse representadas en la organización, el conocimiento de la cantidad de metas internacionales establecidas en la organización es parte de lo que el departamento de calidad fomenta, por lo que con esta pregunta se busca conocer si los encuestados tienen el conocimiento de las seis metas.

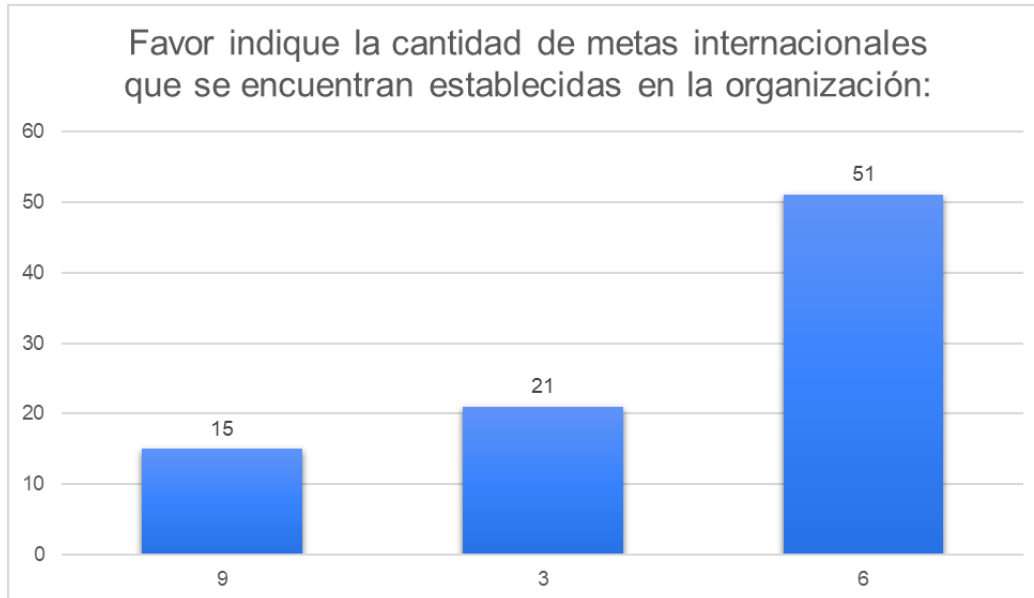
Tabla 26 Metas internacionales

Opciones	Cantidad
9	15
3	21
6	51
Total:	87

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A continuación, en la Figura 64 se representa de manera gráfica la información presentada en la Tabla 26 sobre el conocimiento de los encuestados con respecto a las metas internacionales que son parte de la calidad en la organización.

Figura 64 Metas internacionales



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Según la información que arroja la gráfica de la Figura 64, 51 personas de las encuestadas conocen la cantidad de las metas internacionales como parte de la cultura de calidad y seguridad en la organización.

13. Concepto de calidad: para finalizar la encuesta se aplica esta consulta sobre el concepto de calidad dentro del hospital y el enfoque que se le brinda al mismo.

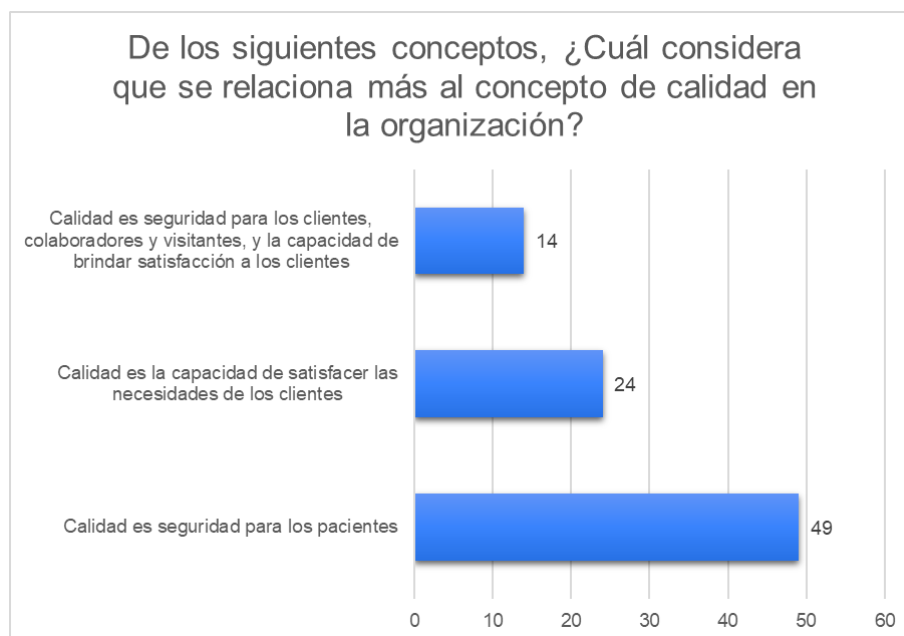
Tabla 27 Concepto de calidad

Opciones	Cantidad
Calidad es seguridad para los pacientes	49
Calidad es la capacidad de satisfacer las necesidades de los clientes	24
Calidad es seguridad para los clientes, colaboradores y visitantes, y la capacidad de brindar satisfacción a los clientes	14
Total:	87

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A continuación, en la Figura 65 se representa de manera gráfica la información presentada en la Tabla 27 sobre el conocimiento de los encuestados con el concepto de calidad en la organización.

Figura 65 Concepto de calidad



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

De acuerdo a los datos de la gráfica presentados en la Figura 65, 49 personas de las encuestadas consideran que el concepto de calidad dentro de la organización tiene que ver con la seguridad de los pacientes ya que es la idea que se les ha dado durante el tiempo y es el concepto que se continua manejando, dicho concepto no va más allá de lo relacionado a lo clínico en la organización.

En conclusión, tomando en cuenta los resultados de la encuesta se logran determinar puntos fuertes como parte de lo positivo que se da en el hospital y los puntos débiles como oportunidad de mejora, los mismos se representan en la Tabla 28.

Tabla 28 Conclusiones sobre la encuesta

Puntos fuertes de la organización	Puntos débiles de la organización
El hospital es una organización estable para laborar ya que muchos de los encuestados tienen más de 6 años desempeñándose en la organización.	Los manuales y políticas con los que se cuenta en la organización no son del conocimiento de la población ya que no se les menciona en la inducción ni tampoco en las áreas de trabajo.
La misión es conocida y los colaboradores conocen la base fundamental de la organización que es la ayuda a los más necesitados.	La falta de comunicación por parte de los altos mandos con respecto a la visión hace que el personal no tenga clara la nueva visión establecida para el hospital y por ende la confunda.
La inducción que se brinda a los colaboradores de primer ingreso les permite conocer sobre la misión, visión, valores, entre otras cosas.	No se está cumpliendo con lo establecido dentro de las políticas sobre inducción ya que el 16% de los encuestados asegura que no la ha recibido o que se encuentra programada.
La organización ha divulgado y promovido que se cuenta con Joint Commission International como certificador del hospital.	La capacitación anual sobre ética y calidad no es impartida de acuerdo con el periodo establecido.
La divulgación en campañas y las tarjetas con las 3 prioridades de medición y las metas internacionales generan que el personal conozca su existencia y la relación de estas con indicadores operativos.	A nivel de calidad en la organización la mayoría de los encuestados desconoce la existencia del Sistema de Gestión actual.
Existe el conocimiento de un concepto de calidad centrado en la calidad de los pacientes.	Falta de comunicación a la población sobre la norma INTE-ISO 15189:2008 que rige el laboratorio del hospital y que a pesar de no laborar directamente en el área los colaboradores deben conocerla.
	Falta de retroalimentación como oportunidad de mejora para el personal ya que los altos mandos no se involucran tanto en los procesos ni en las labores que se realizan.
	No se está cumpliendo con lo establecido sobre la divulgación de los cambios o creaciones de documentos dentro del hospital por lo que esto genera que los colaboradores sientan la falta de retroalimentación sobre la documentación.
	El concepto de calidad debe ir más allá de la seguridad de los pacientes, debe estar relacionado con la satisfacción de todo aquel que requiera de cualquier servicio que brinde la organización tomando en cuenta la seguridad de los mismos.

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Evaluación y Análisis De Indicadores

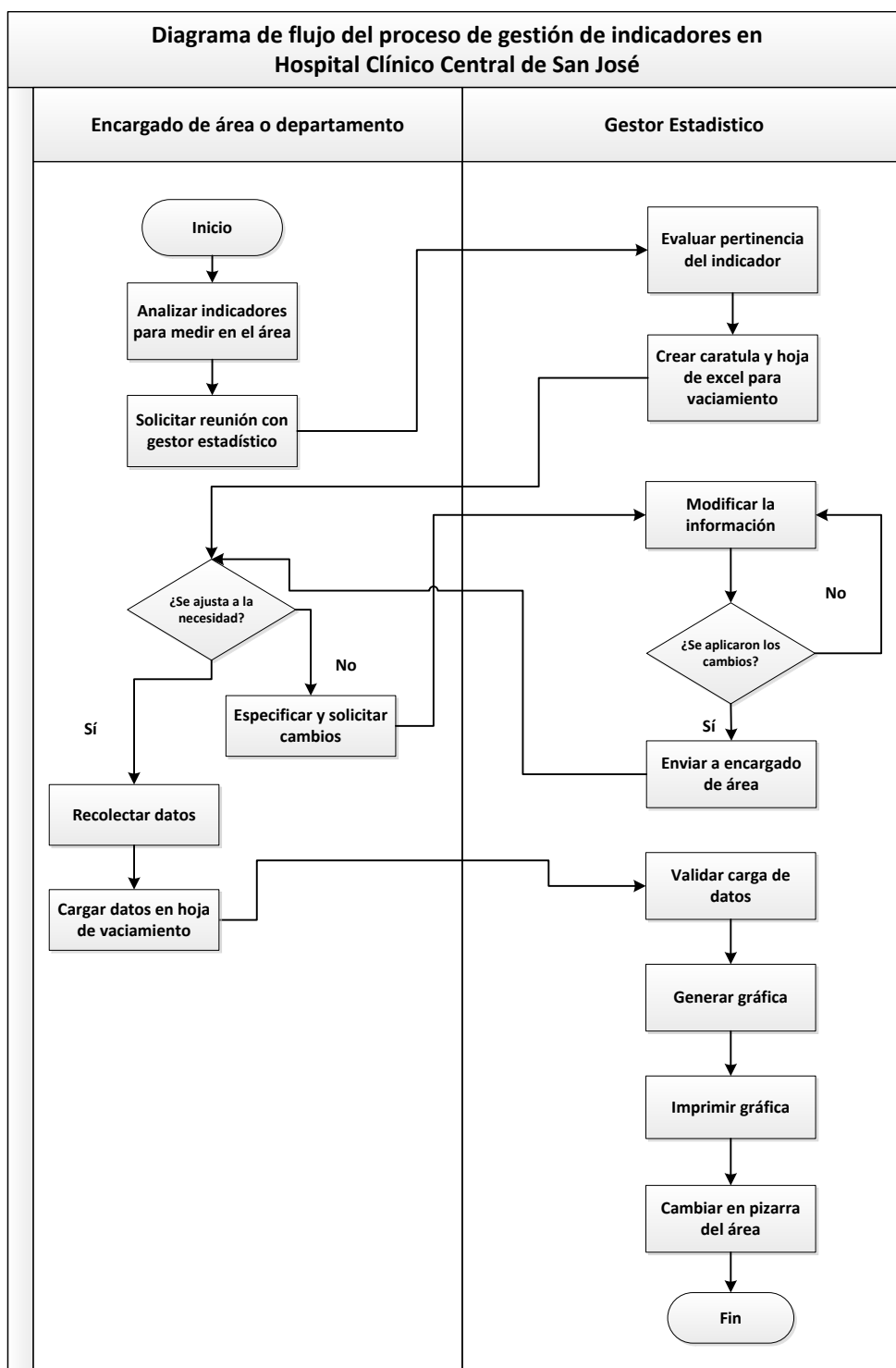
Los indicadores en una organización permiten fortalecer la toma de decisiones que se dan en cada una de las áreas que la conforman ya que permiten evidenciar si un área o departamento de trabajo se encuentra funcionando correctamente o si cuenta con oportunidades de mejora que permitan ajustar los procesos para brindar una mayor calidad y seguridad en los servicios o productos que brinda.

El análisis en el Hospital Clínico Central de San José se basa en todos los indicadores definidos actualmente en la organización y se identifica la cantidad existente de acuerdo con una entrevista realizada al gestor estadístico encargado de tratar los datos para la creación de estos, por temas de confidencialidad no se va a entrar en gran detalle sobre lo que se mide dentro de la organización, sin embargo, con este análisis se busca evidenciar la problemática actual que se presenta.

Proceso de gestión de indicadores

Inicialmente se establece un diagrama de flujo para comprender la forma en que se trabaja el tema de indicadores, los involucrados y la manera en que fluye la información, dicho diagrama se presenta a continuación en la Figura 66.

Figura 66 Diagrama de flujo del proceso de gestión de indicadores



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Tal y como se puede apreciar en la Figura 66, en el proceso de gestión de indicadores existen únicamente dos partes involucradas, el encargado de un área o departamento que analiza posibles indicadores para medir en el área para posteriormente solicitar una reunión con el gestor estadístico quien es el encargado de evaluar la pertinencia del indicador ya que debe quedar en alguna de las categorías existentes en el hospital.

El gestor estadístico después de realizada la evaluación de la pertinencia genera de acuerdo con la información extraída en la reunión la caratula y hoja de vaciamiento que se maneja en una carpeta compartida para que los encargados de indicadores ingresen los datos en dichas hojas.

Una vez que se crea la caratula y la hoja para el vaciamiento el encargado del área valida la información del indicador para dar su aprobación, en caso de que no se ajuste a la necesidad se modifica la información por parte del gestor estadístico y se envía por correo electrónico nuevamente para revisión por parte del encargado, caso contrario se inicia con la recolección de datos que antes de los primeros quince días del mes son enviados por correo electrónico o cargados en la hoja de vaciamiento para que el gestor estadístico tome la información, la valide, genere la gráfica, imprima la gráfica y la lleva al área donde se mide para cambiar el dato en una pizarra destinada para mostrar los indicadores.

Con el diagrama detallado en la Figura 66 se puede evidenciar que existe un proceso para gestionar y definir indicadores, sin embargo, al no estar involucrada la alta gerencia en el proceso los mismos no son funcionales para la toma de decisiones desde la alta dirección de la organización, además el proceso indica que la carga debe ser realizada en la hoja de vaciamiento destinada para cada uno de ellos y los encargados remiten la información en muchas ocasiones por medio de un correo electrónico.

Indicadores definidos

En la actualidad el Hospital Clínico Central de San José cuenta con 58 indicadores categorizados entre metas internacionales de seguridad, procesos de excelencia y tiempo oportuno que de acuerdo con la información presentada anteriormente en la encuesta fueron determinadas por la alta gerencia de la organización desde hace años y no han presentado cambios al respecto. A continuación, se detalla en la Tabla 29 las categorías y la cantidad de indicadores para cada una de ellas:

Tabla 29 Cantidad de indicadores existentes

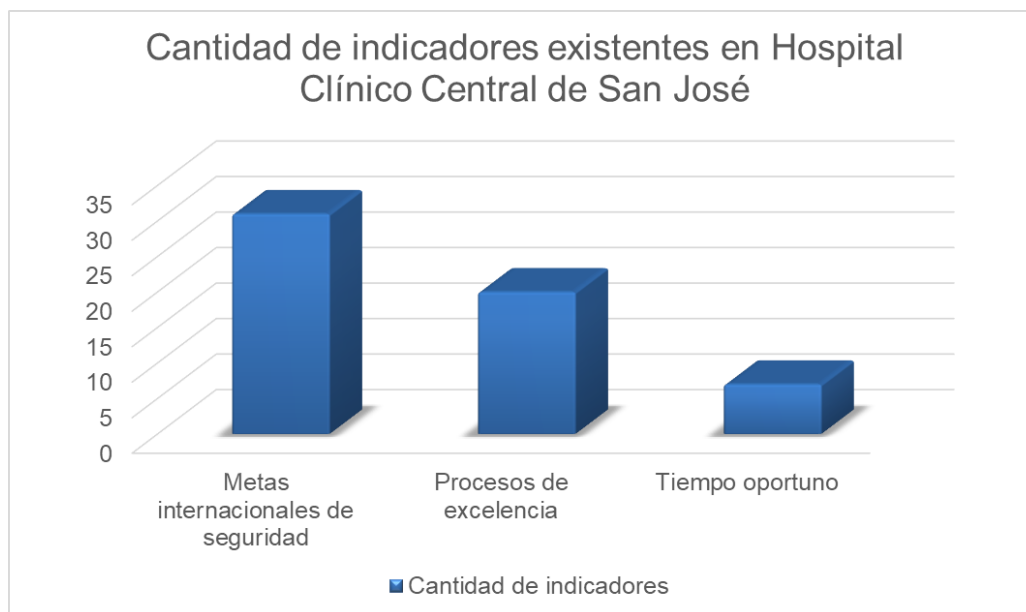
Categoría	Cantidad de indicadores
Metas internacionales de seguridad	31
Procesos de excelencia	20
Tiempo oportuno	7
Total:	58

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Las metas internacionales de seguridad es una categoría creada para el cumplimiento de mediciones que establece Join Commission Internacional, los indicadores para esta categoría son todos los relacionados con la correcta identificación del paciente, seguridad en medicamentos de alto riesgo, reducción de infecciones, entre otras. Los indicadores relacionados con procesos de excelencia son aquellos como el proceso de etiquetado, calibración, errores de medicamentos, entre otros; y los asociados a tiempo oportuno miden tiempo de alisto de medicamentos y entregas de resultados.

Dado lo anterior, se elabora la gráfica representativa tomando como base los datos de la Tabla 29 sobre la cantidad de indicadores con los que cuenta el hospital en la Figura 67.

Figura 67 Cantidad de indicadores existentes



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Como se puede apreciar en la gráfica de la Figura 67 del total de indicadores con los que se cuenta en el hospital 31 de ellos que equivalen al 53% del total corresponden a indicadores

relacionados directamente con las metas internacionales por lo que se gestionan para el cumplimiento de JCI y para velar por la seguridad de los pacientes.

Caratula de los indicadores

A nivel de caratulas para recolectar la información en el Hospital Clínico Central de San José se maneja de una forma estandarizada para los 58 indicadores existentes, a continuación, en la Figura 68 se presenta un ejemplo de la caratula actual.

Figura 68 Caratula para indicadores

Categoría en la que se ubica el indicador									
Nombre del indicador:					Encargado del indicador				
Estándar o elemento medible relacionado:		Frecuencia de recolección de los datos				Frecuencia de análisis de los datos:			
		Semanal	Mensual	Trimestral:	Otros:	Semanal	Mensual	Trimestral:	Otros:
Tipo de dato		Tipo de indicador:				Método de recolección de datos:			
Clínico	Gestión	Estructura	Proceso	Resultado	Inverso	Retrospectiva	Presente		
Formula del indicador									
Numerador:			Denominador:			Unidad		Mínimo permitido	
Razón de seleccionar éste indicador									
Recolección y análisis de información									
Entrega de la información a Gestor Estadístico:			Fuente:			Comunicación de resultados:			
						Red	Pizarras	Otros	
NOTAS:									

Nota: Gestor Estadístico del HCCSJ

De acuerdo con la información presentada en la Figura 68 la información recolectada para conformar la caratula es la siguiente:

- Nombre del indicador: es el nombre con el que se va a dar a conocer la medición en la organización.
- Encargado del indicador: es el nombre de la persona del área encargada de recolectar datos y remitir la información al gestor estadístico del departamento de calidad.

- Frecuencia de recolección de los datos: los datos pueden ser recolectados semanal, mensual, trimestral, o bien en la opción de otros se coloca bimensual, anual, etc.
- Frecuencia de análisis de datos: los datos pueden ser analizados por el gestor estadístico semanal, mensual, trimestral, o bien en la opción de otros se coloca bimensual, anual, etc.
- Tipo de dato: el tipo de dato puede ser clínico si está relacionado con atención directa de pacientes o de gestión si es administrativo.
- Tipo de indicador: el tipo de indicador puede ser de estructura que está relacionado a los recursos y equipos, de proceso para medir las actividades o una actividad específica que se realiza, los de resultados enfocados en medir la efectividad de la atención y el tipo inverso donde menos es mejor.
- Método de recolección de datos: el método puede ser retrospectiva tomando datos pasados o presente tomando información en vivo.
- Formula del indicador: está conformada por el numerador y denominador, además del dato de la unidad y el mínimo permitido establecido para el cumplimiento.
- Razón de seleccionar el indicador: espacio utilizado para justificar la razón de ser del indicador.
- Recolección y análisis de información: espacio utilizado para indicar la forma en que se recolecta la información para formar el indicador.
- Entrega de la información a gestor estadístico: la entrega de la información de acuerdo al procedimiento debe ser por medio de la hoja de vaciamiento establecida para cada área en la carpeta compartida.
- Fuente: corresponde al departamento o área donde se genera la información.
- Comunicación de resultados: los resultados pueden ser comunicados por medio de la red interna, pizarras en las áreas u otros.
- Notas: espacio para agregar información adicional.

Dada la información que se recolecta en la caratula es necesario mencionar que la recolección de datos por parte de los encargados no se da por medio un muestreo estadístico confiable, la muestra se recolecta de acuerdo con la capacidad del encargado del indicador para poder validar la información y pasar al gestor estadístico, además en el hospital se manejan todos los indicadores en retrospectiva por lo que no se pueden considerar preventivos.

Actualización de indicadores

El Hospital Clínico Central de San José cuenta con indicadores donde su recolección puede ser mensual, trimestral o anual dependiendo de la necesidad de cada área, según el gestor estadístico y el procedimiento, se encuentra establecido que los encargados de indicadores deben actualizar la información de los mismos durante los primeros siete días del mes para poder analizar la información, generar las gráficas e imprimirlas para la actualización en pizarras, son embargo, esta actualización en ocasiones se queda pendiente casi al finalizar el mes ya que los encargados cuentan con tiempo para generar la información en el tiempo estipulado.

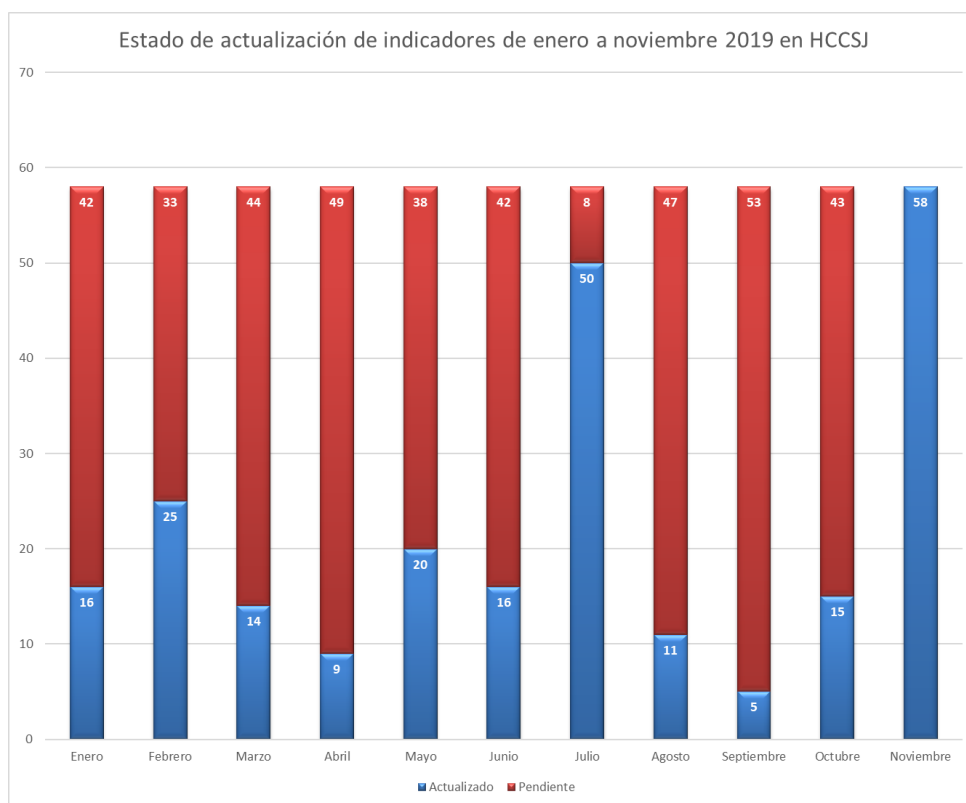
Con el fin de poder demostrar el comportamiento de actualización de los indicadores se realizó la revisión en conjunto con el gestor estadístico sobre los cortes realizados el día 7 de cada mes desde enero hasta noviembre del 2019, esta información se logra mostrar en la Tabla 30 donde se registra por mes la cantidad de actualizados y pendientes.

Tabla 30 Estado de actualización de indicadores

Mes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Actualizado	16	25	14	9	20	16	50	11	5	15	58
Pendiente	42	33	44	49	38	42	8	47	53	43	0
Total:	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Con la información presentada en la Tabla 30 se genera la siguiente gráfica en la Figura 69 para tener de manera visual el comportamiento de actualización que se ha presentado a lo largo del año 2019.

Figura 69 Estado de actualización de indicadores

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

De acuerdo con la información presentada en la Figura 69 la mayoría de los meses presentaron un retraso en el día límite para presentar la información, sin embargo, en julio y noviembre el estado de los indicadores vario y se dio la actualización de la mayoría en julio y de su totalidad en noviembre, esto es reflejo del actuar del personal cuando se acercan los periodos de auditorías ya que para los meses con mejoras en las entregas de actualizaciones se esperaba contar con la visita de uno de los entes con los que el hospital tiene certificación.

A nivel de indicadores actualmente no se puede decir que el hospital los toma como preventivos para la toma de decisiones y aplicación de mejoras, sin embargo, al ser retrospectivos y actualizarlos mes a mes se puede aplicar pronto una acción correctiva para evitar que los meses siguientes se siga dando una determinada situación o bien se puede tomar decisiones con respecto a las metas establecidas si se evidencia determinado cumplimiento, al no actualizarse mes a mes se pierde la oportunidad de detectar lo antes posible cualquier situación que se dé con ellos y además

los indicadores tampoco son actualizados en las pizarras por lo que el personal de cada área no cuenta con una retroalimentación sobre los resultados obtenidos ni cómo se puede mejorar.

Evaluación y Análisis Del Riesgo

El riesgo es la posibilidad de que un evento se dé y de que el mismo tenga un impacto negativo en una organización, es medido de acuerdo con la probabilidad e impacto, en el Hospital Clínico Central de San José existen mapeados alrededor de 400 riesgos, se brinda un dato aproximado debido a que por confidencialidad de la información no se puede brindar el dato exacto o el detalle de cada riesgo.

Proceso de gestión de riesgo

En el Hospital Clínico Central de San José y su red hospitalaria el riesgo es administrado por un gestor que se encarga de identificar, analizar, dar respuesta y seguimiento, de acuerdo con estas etapas se presenta la Figura 70 para detallar de manera gráfica los pasos utilizados en el hospital para la administración de los riesgos.

Figura 70 Pasos para la gestión de riesgo en el Hospital Clínico Central de San José



Nota: Gestor de riesgo

Continuando con los pasos para la gestión de riesgo a continuación se detalla cada una de las etapas:

1. Identificación del riesgo: comprende la búsqueda, el reconocimiento y la descripción de los riesgos. Este proceso se realiza en conjunto entre el gestor de riesgos y la jefatura del departamento en el que se está trabajando.
2. Análisis del riesgo: permite comprender la naturaleza del riesgo y determinar el nivel de este, en esta etapa se relaciona el riesgo con los pilares estratégicos, se le da una categoría

entre administrativo u operativo y un código de identificación, además se realiza la valoración donde se le brinda un peso o puntuación a la probabilidad y al impacto, estos valores se suman y por categoría se determina cuáles son altos, medios o bajos, los valores o criterios para este análisis se encuentran en la Figura 76 en el apéndice 2. La evaluación del riesgo ayuda a la toma de decisiones sobre el tratamiento que se debe dar.

3. Respuesta al riesgo: en esta etapa se establecen las actividades de control tomando en consideración los controles que se pueden aplicar para cada riesgo, se establece el objetivo de control, un responsable, como se va a realizar el control, la frecuencia y la evidencia que se va a generar para respaldar el desarrollo del control.

Además, la implementación de controles permite modificar el resultado de un riesgo para categorizarlos entre:

- a. Preventivo: control que busca minimizar la probabilidad de que un riesgo se materialice. Por ejemplo, un rotulo con la indicación, “prohibido el paso”.
 - b. Disuasivo: control que busca minimizar o evitar la probabilidad de que un riesgo se materialice. Por ejemplo, la calibración y mantenimiento preventivo a equipos con el fin de evitar el riesgo de generar resultados incorrectos.
 - c. Correctivo: control que busca disminuir el impacto que la materialización de un riesgo pueda tener sobre los objetivos de la organización. Por ejemplo, las pólizas de seguros.
 - d. Detectivo: control que busca detectar eventos en donde el riesgo ya se ha materializado. Por ejemplo, cámaras de seguridad.
4. Seguimiento de controles: en esta etapa se da la verificación, supervisión, observación o determinación del estado de un control con el objetivo de identificar de una manera continua los cambios que se puedan dar en el nivel de desempeño requerido, para la evaluación de los controles existen 5 criterios o preguntas que permiten al gestor validarlos, mismos que se detallan a continuación:
 - a. ¿Existe el control y su diseño es adecuado?
 - b. ¿Opera adecuadamente?
 - c. ¿Existe documentación relacionada y actualizada?
 - d. ¿Existe evidencia de la ejecución del control?
 - e. ¿Existe monitoreo regular sobre el diseño y la operación del control?

Para dar un valor a cada una de las interrogantes realizadas anteriormente el gestor de riesgo determina de acuerdo con la Figura 77 del apéndice 3 los valores para cada pregunta, además de acuerdo con esa información se logra establecer un porcentaje de madurez para el control que permite recalcular la valoración inicial del riesgo.

Brecha De Cumplimiento Norma ISO 9001:2015

Para el análisis de la situación actual del sistema de gestión con el que se cuenta en el Hospital Clínico Central de San José se busca realizar una revisión de brecha de cumplimiento con respecto a la norma ISO 9001:2015 y de acuerdo con los principios establecidos en la norma ISO 9000:2015 que tienen como base hacia dónde va la organización y lo que se desea transmitir por la alta gerencia con respecto a los objetivos y metas; y los requisitos que son necesarios para que un sistema de gestión de calidad cumpla con los principios y logre la satisfacción de los clientes.

El propósito de este estudio es poder determinar qué tan eficiente es el sistema actual con respecto al control de los procesos, la interacción de estos, además con respecto a indicadores, recursos, compromisos de los involucrados en el sistema, entre otros. También se busca evaluar que tan cerca se encuentra el hospital de cumplir con los requisitos para optar por la certificación.

Inicialmente se establece la evaluación por medio de un cuestionario de valoración de los requisitos en base a la norma ISO 9001:2015 conformado por 71 preguntas categorizadas y enumeradas de acuerdo los capítulos de la norma, el nivel de aplicación va del 1 al 5, donde 1 corresponde a un grado de 0% de ocurrencia y 5 el 100% o próximo a evidenciarse, por ende el 5 corresponde a la nota optima que debe tener el hospital para contar con el Sistema de Gestión de Calidad adecuado que le permita la certificación, esta valoración corresponde a criterios establecidos para la evaluación de la herramienta y se encuentran detallados en la Tabla 52 del apéndice 4. A continuación, se presenta el encabezado de la plantilla utilizada en la Tabla 31.

Cabe mencionar que los resultados finales o totales que se dan por cada categoría o punto de la norma se establecen de acuerdo con una ponderación de los valores dados.

Tabla 31 Plantilla de cuestionario de valoración de los requisitos en base a la norma ISO 9001:2015

Cuestionario de valoración de los requisitos en base a la norma ISO 9001:2015									
ISO 9001:2015	Pregunta	Responsable	Evidencias	Nivel de aplicación					Observaciones
				1	2	3	4	5	
4. Capítulo									
# pregunta	Punto de la norma								

Nota: ISO 9001:2015

Para la aplicación del cuestionario sobre la evaluación de la norma ISO 9001:2015 se realiza una reunión con el personal del departamento de calidad en la organización ya que ellos establecieron el sistema de gestión actual, además de otros colaboradores interesados para poder de acuerdo con un consenso brindar las puntuaciones correspondientes a cada una de las preguntas y con esto determinar qué tan cerca se encuentra el sistema de gestión actual de ser eficiente.

Principios

En el capítulo 2 apartado 2.3 de la norma ISO 9000:2015 se establecen los principios de la gestión de la calidad que se encuentran relacionados con el enfoque a los clientes, liderazgo, involucramiento del personal, enfoque en procesos, mejoramiento, toma de decisiones basadas en la evidencia y gestión de las relaciones con las partes interesadas, dado lo anterior a continuación se presentan cada uno de estos puntos con las preguntas y su respectiva puntuación.

Enfoque a los clientes.

A continuación, en la Tabla 32 se presenta la puntuación correspondiente en cada una de las preguntas con respecto al enfoque a los clientes.

Tabla 32 Enfoque a los clientes

ISO 9000:2015	Pregunta	Evidencias	Nivel de aplicación						
			1	2	3	4	5		
2.3.2	1. ENFOQUE A LOS CLIENTES								
1	¿La organización ha identificado grupos de clientes ó mercados apropiados para el mayor beneficio de la organización misma?	Entrevista con personal involucrado			3				

ISO 9000:2015	Pregunta	Evidencias	Nivel de aplicación					
			1	2	3	4	5	
2	¿La organización ha entendido totalmente a los clientes y las necesidades y expectativas en la cadena de suministros relacionada, y ha identificado los recursos necesarios para cumplir con estos requerimientos?	Entrevista con personal involucrado		2				
3	¿La organización ha establecido objetivos para la satisfacción de los clientes, y si las quejas crecen, son estas tratadas de una manera justa y oportuna?	Sistema, indicador de satisfacción		2				
1. ENFOQUE A LOS CLIENTES - NIVEL DE APLICACIÓN:			2,33					

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

El Hospital Clínico Central de San José cuenta con los clientes identificados y un procedimiento de servicio al cliente, sin embargo, el mismo no se encuentra actualizado, las necesidades y expectativas de los clientes son de conocimiento más no se encuentran evidenciadas en una matriz o en algún documento y actualmente cuenta con un sistema de gestión de quejas que es utilizado por todas las áreas de atención por las que puede llegar la queja de un usuario del servicio, además se cuenta con un indicador de satisfacción, sin embargo, ni la información del sistema ni el indicador son herramientas que permitan evaluar realmente la satisfacción de los clientes ni contribuye con la toma de decisiones en la organización.

Liderazgo.

A nivel del liderazgo la organización no cuenta con un involucramiento total de los directores y gerentes, la comunicación no fluye ni se considera efectiva ya que no se demuestra el involucramiento con el personal y la responsabilidad recae sobre las jefaturas de áreas que en muchas ocasiones no pueden tomar decisiones si no es con el consentimiento del gerente o director. A continuación, en la

Tabla 33 se presenta la puntuación correspondiente en cada una de las preguntas con respecto a liderazgo.

Tabla 33 Liderazgo

ISO 9000:2015	Pregunta	Evidencias	Nivel de aplicación				
			1	2	3	4	5
2.3.3	2. LIDERAZGO						
4	¿La alta dirección establece y comunica la dirección, políticas, planes y cualquier información importante y relevante para el éxito de la organización?	Objetivos, políticas			3		
5	¿La alta dirección establece, administra y comunica objetivos financieros y económicos efectivos, a fin de ofrecer recursos necesarios y retroalimentación de información de desempeño?	Entrevista con personal involucrado			3		
6	¿La alta dirección crea y mantiene un ambiente necesario en el cual la gente puede llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización?	Entrevista con personal involucrado		2			
2. LIDERAZGO - NIVEL DE APLICACIÓN:			2,67				

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A nivel del Hospital Clínico Central de San José existen establecidos objetivos y políticas, sin embargo, no existe una cultura de comunicar la información a todo el personal, solamente se da la comunicación de cambios o lo necesario a las gerencias y direcciones quienes en ocasiones no comparten la información con las jefaturas ni llega al personal operativos del hospital.

Además, se establecen y administran los objetivos y existe un presupuesto por cada gerencia o dirección del hospital, sin embargo, no se comunica a las jefaturas para que tomen medidas y los objetivos de la organización no son de conocimiento de todo el personal que labora en el hospital, el fomento de involucramiento por parte de la alta dirección no se ve reflejado en toda la organización.

Involucramiento de la gente.

A continuación, en la Tabla 34 se presenta la puntuación correspondiente en cada una de las preguntas con respecto al involucramiento de la gente.

Tabla 34 Involucramiento de la gente

ISO 9000:201 5	Pregunta	Evidencias	Nivel de aplicación				
			1	2	3	4	5
2.3.4	3. INVOLUCRAMIENTO DE LA GENTE						
7	¿La gente en todos los niveles es reconocida como un recurso importante de la organización que puede impactar fuertemente en el logro de los objetivos de la organización?	Entrevista al personal			3		
8	¿Se fomenta el involucramiento total para crear oportunidades de mejoramiento en la competencia, conocimientos y experiencia de la gente en beneficio global de la organización misma?	Encuesta		2			
9	¿La gente está deseando trabajar en forma colaborativa con otros empleados, clientes, proveedores y otras partes interesadas relevantes?	Entrevista con personal involucrado		2			
3. INVOLUCRAMIENTO DE LA GENTE - NIVEL DE APLICACIÓN:			2,33				

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A nivel de involucramiento de la gente en el hospital la mayoría del personal se encuentra anuente a colaborar y brindar lo mejor de ellos para que las labores se den para la satisfacción de los clientes, sin embargo, no en todas las áreas se reconoce a los colaboradores como importantes para el cumplimiento de los objetivos, o bien, no se les hace saber.

De acuerdo con la encuesta aplicada en la organización para conocer sobre la cultura de calidad dentro de la institución los colaboradores en algunas áreas no cuentan con retroalimentación sobre las acciones en las cuales se puede mejorar, además a pesar de que existen buenas relaciones con el personal, el celo profesional en muchas ocasiones no permite que las áreas trabajen de una manera más colaborativa.

Enfoque de procesos.

A continuación, en la Tabla 35 se presenta la puntuación correspondiente en cada una de las preguntas con respecto al enfoque de procesos.

Tabla 35 Enfoque de procesos

ISO 9000:2015	Pregunta	Evidencias	Nivel de aplicación				
			1	2	3	4	5
2.3.5	4. ENFOQUE DE PROCESOS						
10	¿Las actividades, controles, recursos y resultados son administrados de una forma interrelacionada?	Mapeo de procesos				4	
11	¿Las capacidades de las actividades y/o procesos clave son entendidas a través de mediciones y análisis para logro de mejores resultados en los objetivos de la organización?	Revisión de procesos			3		
12	¿La alta dirección permite evaluaciones y/o priorización de riesgos y oportunidades y se abordan los impactos potenciales sobre los clientes, proveedores y otras partes interesadas?	Análisis de riesgos, actividades de control				4	
4. ENFOQUE DE PROCESOS - NIVEL DE APLICACIÓN:			3,67				

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

El mapeo de procesos no es un diagrama que exista en el hospital y a pesar de que se tienen identificados los procesos no existe evidencia de la comunicación entre ellos. Mediante la aplicación de la herramienta en el análisis de la situación actual se permite establecer los procesos estratégicos, claves y de apoyo y las relaciones entre los mismos, por otra parte, mediante la revisión de los procesos se establece que una gran cantidad no cuentan con mediciones que permitan el análisis y la obtención de mejores resultados.

Con respecto a la evaluación de riesgo el hospital cuenta con 400 riesgos aproximadamente mapeados y se realizan actividades de control en muchas áreas del hospital, sin embargo, faltan riesgos en algunas áreas de evaluar, analizar y controlar, además de que la evaluación de riesgo es departamental y no por procesos por lo que no se logra evaluar los riesgos por un flujo continuo desde la entrada, el proceso y la salida.

Mejoramiento.

A continuación, en la Tabla 36 se presenta la puntuación correspondiente en cada una de las preguntas con respecto a mejoramiento en el hospital.

Tabla 36 Mejoramiento

ISO 9000:2015	Pregunta	Evidencias	Nivel de aplicación				
			1	2	3	4	5
2.3.6	5. MEJORAMIENTO						
16	¿La alta dirección fomenta y apoya el mejoramiento, a fin de lograr objetivos de la organización?	Entrevista con personal involucrado		2			
17	¿La organización cuenta con mediciones y monitoreo efectivos en los procesos para rastrear y evaluar el desempeño de los procesos y el avance de los objetivos?	Indicadores			3		
18	¿La alta dirección reconoce y agradece los logros en los objetivos de la organización?	Entrevista con personal involucrado		2			
5. MEJORAMIENTO - NIVEL DE APLICACIÓN:			2,33				

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

El mejoramiento continuo en el Hospital Clínico Central de San José es responsabilidad del departamento de calidad y la información no es escalada a la alta dirección; por otra parte, los indicadores establecidos en la organización son para algunos departamentos y los mismos no son fomentan la toma de decisiones o el mejoramiento ya que los datos no son analizados como corresponde.

Con respecto a el reconocimiento y agradecimiento de logros no se evidencia que todo el personal que labora en la organización tenga esto como característica de la alta dirección.

Enfoque en la toma de decisiones basadas en la evidencia.

A continuación, en la Tabla 37 se presenta la puntuación correspondiente en cada una de las preguntas con respecto a el enfoque en la toma de decisiones basadas en la evidencia.

Tabla 37 Enfoque en la toma de decisiones basadas en la evidencia

ISO 9000:2015	Pregunta	Evidencias	Nivel de aplicación				
			1	2	3	4	5
2.3.7	6. ENFOQUE EN LA TOMA DE DECISIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA						
19	¿Las decisiones son efectivas, basadas en análisis de hechos exactos y balanceados con experiencia intuitiva cuando sea apropiado?	Indicadores			3		
20	¿La alta dirección asegura acceso apropiado a los datos, información y herramientas que permitan ejecutar efectivos análisis?	Entrevista con personal involucrado				4	
21	¿La alta dirección asegura que las decisiones se basen en el logro de óptimos beneficios de valor agregado, evitando mejoramientos en un área y que produzcan deterioro en otras áreas?	Entrevista con personal involucrado				4	
6. ENFOQUE EN LA TOMA DE DECISIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA - NIVEL DE APLICACIÓN:			3,67				

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A nivel de decisiones efectivas basadas en análisis existen indicadores operativos que no son funcionales para la toma de decisiones, sin embargo, existen indicadores de gestión que sí contribuyen a la alta dirección en la toma de decisiones. Con respecto a herramientas la mayoría de las áreas cuenta con las herramientas necesarias para realizar análisis, sin embargo, no se aprovechan como deberían y la información muchas veces se maneja de manera manual.

En el Hospital Clínico Central de San José existen objetivos y mediciones que no están asociadas a la gestión de la calidad.

Gestión de las relaciones con las partes interesadas y los proveedores.

A continuación, en la Tabla 38 se presenta la puntuación correspondiente en cada una de las preguntas con respecto a la gestión de las relaciones con las partes interesadas y los proveedores.

Tabla 38 Gestión de las relaciones con las partes interesadas y los proveedores

ISO 9000:2015	Pregunta	Evidencias	Nivel de aplicación				
			1	2	3	4	5
2.3.8	7. GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON LAS PARTES INTERESADAS Y LOS PROVEEDORES						
22	¿Existen procesos efectivos para evaluación, selección y monitoreo de proveedores y socios en la cadena de suministros, para asegurar beneficios globales?	Gestión de proveedores.					5
23	¿La alta dirección asegura el desarrollo de efectivas relaciones con proveedores clave y partes interesadas den balance a los objetivos de corto plazo con consideraciones de largo plazo?	Gestión de partes interesadas.		2			
24	¿Se fomenta el compartir planes futuros y retroalimentación entre la organización, sus proveedores y partes interesadas de la cadena de suministros para promover y permitir beneficios mutuos?	Entrevista con personal involucrado	1				
7. GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON LAS PARTES INTERESADAS Y LOS PROVEEDORES - NIVEL DE APLICACIÓN:			2,67				

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

El Hospital Clínico Central de San José cuenta con un procedimiento existente para la gestión de proveedores y un sistema para la inscripción de estos, además en conjunto con el departamento de calidad realiza visitas a cada proveedor como actividades de control para monitoreo. La gestión de las partes interesadas se da por el encargado de compras y aprovisionamiento quien es el que vela por la buena relación con los proveedores.

Resumen de la evaluación de principios con respecto a la norma ISO 9000:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad.

Para realizar la evaluación de los principios se toma inicialmente el valor obtenido por cada pregunta y para de los 7 valores se saca un promedio con el fin de obtener el total de la evaluación de principios, una vez obtenido el resultado se toma en consideración la Tabla 53 correspondiente a rangos para el diagnóstico de la organización, donde de acuerdo al resultado la organización se puede ubicar en un nivel básico con grandes oportunidades de mejorar o bien en un nivel alto donde se puede decir que la organización se encuentra en un estado avanzado de implementación, dicha tabla se encuentra en el apéndice 5.

A continuación, se presenta en la Tabla 39 la puntuación obtenida por el Hospital Clínico Central de San José con respecto a cada uno de los principios y el sistema actual.

Tabla 39 Resumen de la evaluación de principios con respecto a la norma ISO 9001:2015 en Hospital Clínico Central de San José

Resumen de evaluación de los principios		
1	Enfoque a los clientes	2,33
2	Liderazgo	2,67
3	Involucramiento de la gente	2,33
4	Enfoque de procesos	3,67
5	Mejoramiento	2,33
6	Enfoque en la toma de decisiones basadas en la evidencia	3,67
7	Gestión de las relaciones con las partes interesadas y los proveedores	2,67
Total de la evaluación de principios		2,81

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Dado que la evaluación se realiza por medio de rangos los valores más altos son entre 4 y 5, estos indican que la organización se encuentra en un estado avanzado de implementación del Sistema de Gestión de Calidad en relación con los principios y tal y como se menciona anteriormente la puntuación total de la evaluación de principios se obtiene de la ponderación de los valores dados a cada uno de los ítems evaluados.

El Hospital Clínico Centra de San José cuenta con una puntuación total de 2,81 y esta puntuación se encuentra entre el rango 2 y 3 que indica de acuerdo a la herramienta de evaluación que efectivamente la organización cuenta con un sistema de gestión de calidad que de manera

general cumple con los requisitos de los clientes, sin embargo, requiere una orientación para mejorar el enfoque de los procesos hacia el cliente y buscar la implementación de proyectos de mejora continua, además con respecto a los principios de gestión de acuerdo con el nivel de madurez para cada uno de ellos se debe tomar en consideración la mejora en políticas, prácticas y estrategias que le permitan al Sistema de Gestión de Calidad mejorar considerablemente con respecto a los clientes, liderazgo, procesos, mejoramiento, toma de decisiones y relaciones con partes interesadas y proveedores.

De acuerdo con la información presentada en la Tabla 39 se establece la siguiente gráfica de la

Figura 71 para representar de una manera más visual la puntuación obtenida por el hospital con respecto a los principios establecidos en la norma ISO 9000:2015.

Figura 71 Gráfica evaluación de principios con respecto a la norma ISO 9000:2015



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Finalmente a pesar de que el hospital cumple con los principios de la norma debe fortalecer el enfoque a los clientes determinando y analizando las necesidades, expectativas y requerimientos que ellos tengan, el liderazgo de la organización con un real compromiso por parte del director general, gerentes y directores que encabezan el hospital, el involucramiento de la gente ya que debido a el celo profesional en muchas ocasiones se ponen trabas a los demás para que se pueda trabajar en conjunto como equipos en el mejoramiento ya que los controles existentes no dan los

resultados esperados ni contribuyen con la mejora continua y la gestión de las relaciones con las partes interesadas y los proveedores.

Requisitos

Los requisitos de la norma son de cumplimiento y permiten la evaluación de los capítulos como el contexto de la organización, liderazgo, planificación del sistema de gestión de calidad, soporte, operación, evaluación de desempeño y mejora.

Para la evaluación de los requisitos se adopta la misma dinámica que para los requisitos donde por cada pregunta se establece el nivel de aplicación del 1 al 5, donde 1 corresponde a un grado de 0% de ocurrencia y 5 el 100% o próximo a evidenciarse, por ende el 5 corresponde a la nota optima que debe tener el hospital para contar con el Sistema de Gestión de Calidad adecuado que le permita la certificación, esta valoración corresponde a criterios establecidos para la evaluación de la herramienta y se encuentran detallados en la Tabla 52 del apéndice 4. A continuación, se presentan por capítulo las preguntas efectuadas.

Entorno / Contexto de la organización.

A continuación, en la Tabla 40 se presenta la puntuación correspondiente en cada una de las preguntas con respecto al entorno o contexto de la organización donde el hospital debe definir elementos internos y externos que afecten los objetivos.

Tabla 40 Entorno / Contexto de la organización

ISO 9001:2015	Pregunta	Evidencias	Nivel de aplicación					
			1	2	3	4	5	
	4. ENTORNO/CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN							
1	4.1.	¿La organización analiza de manera periódica su entorno, en los aspectos que le puedan influir?	Entrevista con personal involucrado	1				
2	4.2.	¿Se han analizado y definido cuáles son las "partes interesadas" de la organización?	Entrevista con personal involucrado			3		
3	4.2.	¿La organización identifica, analiza y actualiza información sobre las necesidades y expectativas de sus clientes, proveedores, empleados y otras partes interesadas?	Encuestas internas y externas. Cuestionario análisis de necesidades y expectativas de partes interesadas.			3		
4	4.1.	¿La organización cuenta con una dirección estratégica, derivada de la información clave interna y externa?	Expansión				4	
5	4.3.	¿La organización ha establecido el alcance del sistema?	Entrevista con personal involucrado	1				

ISO 9001:2015		Pregunta	Evidencias	Nivel de aplicación				
				1	2	3	4	5
6	4.4.	Para cada proceso identificado dentro del alcance del SGC ¿existe un manual de políticas y procedimientos que especifique el proceso?	Entrevista con personal involucrado	1				
7	4.4.	¿Se han definido los procesos y la documentación necesarios para asegurar la calidad de los productos y servicios?	Mapeo de procesos, diagrama matricial	1				
8	4.4.	¿Se han establecido las responsabilidades y autoridades para el personal que labora en los procesos?	Perfiles de puestos.			3		
9	4.4.	¿Existen objetivos para asegurar la eficacia y mejora de los procesos?	Entrevista con personal involucrado	1				
10	4.4.	¿Se ha analizado cuál es la información del sistema de gestión de la calidad que es necesario documentar?	Matriz de documentación			3		
11	4.4.	¿Existe una partida presupuestaria específica suficiente para gestionar de manera eficaz el sistema de gestión y el cumplimiento de los objetivos de los procesos?	Presupuesto anual por departamentos					5
4. ENTORNO/CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN - NIVEL DE APLICACIÓN:				2,36				

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Con respecto al entorno de la organización la puntuación total ponderada es de 2,36 y se evidencian las puntuaciones de acuerdo con entrevistas al personal involucrado, presupuesto, perfiles de puesto, entre otros. Inicialmente se determina que no existe evidencia de la evaluación del entorno y que las partes interesadas se encuentran identificadas ni existe un respaldo documental. Además, se determina que si existe la realización de encuestas internas y externas solo que no se realizan con frecuencia ni los resultados son procesados o analizados adecuadamente.

El hospital cuenta con proyectos de expansión que permitirán la conformación de la red de servicios a largo plazo, sin embargo, no cuenta con una política de calidad documenta, ni un mapeo de procesos o diagrama que permita evaluar las relaciones, a nivel del proyecto se elaboraron el mapeo y un diagrama matricial que permitieron identificar las relaciones.

La mayoría de los puestos en la organización cuentan con un perfil establecido, sin embargo, esos perfiles no son actualizados de acuerdo con los cambios que se requieren, existen objetivos estratégicos de la organización, pero no se encuentran objetivos establecidos para asegurar la eficiencia y mejora de los procesos.

Para finalizar con el análisis de este capítulo el hospital gestiona la documentación por medio de una matriz en Excel donde se tienen la mayoría de los documentos existentes mapeados,

una gran cantidad de estos documentos se encuentra desactualizada y el hospital si cuenta con presupuestos departamentales aprobados por la alta dirección.

Liderazgo.

A continuación, en la Tabla 41 se presenta la puntuación correspondiente en cada una de las preguntas con respecto al liderazgo donde el hospital debe contar con el involucramiento de la alta dirección y personal cualificado para la gestión del sistema.

Tabla 41 Liderazgo

ISO 9001:2015	Pregunta	Evidencias	Nivel de aplicación					
			1	2	3	4	5	
5. LIDERAZGO								
12	5.1.1.	¿La dirección revisa el cumplimiento de los objetivos para el desarrollo de la dirección estratégica en función de las necesidades detectadas?	Entrevista con personal involucrado	1				
13	5.1.2.	¿El equipo directivo asegura el enfoque al cliente de la organización, sus procesos, productos y servicios?	Entrevista con personal involucrado		2			
14	5.1.2.	¿El equipo directivo identifica de manera sistemática cuál es la normativa legal y reglamentara que aplica a los procesos, productos y servicios de la organización?	Normativa nacional e internacional					5
15	5.1.2.	¿El equipo directivo asegura el cumplimiento legal y reglamentario aplicable a la organización?	Normativa nacional e internacional					5
16	5.2.1. 5.2.2.	¿El equipo directivo ha definido, actualiza y comunica la Política de Calidad y asegura que ésta es accesible?	Entrevista con personal involucrado	1				
17	5.3.	¿El equipo directivo revisa periódicamente el SGC?	Entrevista con personal involucrado	1				
18	5.3.	¿El equipo directivo ha establecido cómo conocer las necesidades de los clientes?	Proceso de servicio al cliente		2			
19	5.3.	¿Se han definido y actualizado los roles, responsabilidades y autoridades del personal?	Perfiles de puesto		2			
5. LIDERAZGO - NIVEL DE APLICACIÓN:				2,38				

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Para determinar las puntuaciones presentada en la Tabla 41 se realizan entrevistas al personal involucrado, revisiones de procesos, perfiles de puesto, normativas actuales, entre otros para determinar el compromiso por parte de la alta dirección en el sistema de gestión actual y los colaboradores.

Inicialmente no existe evidencia de una política y objetivos de calidad con relación a la estrategia de la organización y al no existir no puede ser comunicada ni revisada periódicamente, para el aseguramiento del enfoque al cliente el hospital cuenta con un sistema que permite la recopilación de sugerencias y quejas, sin embargo, no es funcional para medir la voz del cliente e identificar sus necesidades ya que la información que arroja el sistema no se analiza. Adicionalmente el hospital si cuenta con un proceso de servicio al cliente desactualizado.

El hospital cuenta con regulaciones por parte del ministerio de salud y la normativa internacional con la que actualmente se encuentra certificado y cuenta con perfiles desactualizados para la mayoría de los puestos, pero no con roles ni responsabilidades establecidas sobre el sistema de gestión.

Planificación del sistema de gestión de calidad.

A continuación, en la Tabla 42 se presenta la puntuación correspondiente en cada una de las preguntas con respecto al capítulo de planificación del sistema de gestión de calidad.

Tabla 42 Planificación del sistema de gestión de calidad

ISO 9001:2015	Pregunta	Evidencias	Nivel de aplicación				
			1	2	3	4	5
6. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD							
20	6.1.1.	¿El sistema de gestión implantado incluye el análisis de riesgos y oportunidades por la actividad de la organización?					5
21	6.1.2.	¿Existe un plan de tratamiento de riesgos y oportunidades por la actividad de la organización?				4	
22	6.2.1.	¿Se han definido y documentado los objetivos de calidad?	1				
23	6.2.2.	¿Se ha definido un plan de mejora enfocado al cumplimiento de objetivos?		2			
24	6.3.	¿Se actualiza el sistema de gestión de manera sistemática en función de las necesidades detectadas?	1				
6. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD - NIVEL DE APLICACIÓN:			2,60				

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Con respecto a la planificación del sistema de gestión de calidad se determina lo siguiente:

- Existe un análisis de riesgo que incluye la evaluación de impacto y la probabilidad de ocurrencia.

- Los riesgos pueden mitigarse o eliminarse.
- Los objetivos de calidad no se encuentran documentados.
- En muy pocos departamentos del hospital se cuenta con planes, el plan de calidad no existe a nivel de la organización.
- El hospital actualmente no cuenta con roles definidos en el sistema.

Dado lo anterior y a pesar de que el hospital no cuenta con muchas cosas si cumple con algunas que le permiten tener como puntuación total un 2,60.

Soporte.

A continuación, en la Tabla 43 se presenta la puntuación correspondiente en cada una de las preguntas con respecto al capítulo de soporte, donde el hospital se encuentra bastante bien con respecto a los requisitos.

Tabla 43 Soporte

ISO 9001:2015	Pregunta	Evidencias	Nivel de aplicación				
			1	2	3	4	5
		7. SOPORTE					
25	7.1.1.	¿La organización ha determinado y proporciona los recursos necesarios para gestionar el sistema?					5
26	7.1.2.	¿La organización cuenta con el personal suficiente y capaz para cumplir con las necesidades de los clientes y los requisitos legales aplicables?					5
27	7.1.3.	¿La organización cuenta con las infraestructuras y equipos necesarios para lograr la conformidad de sus productos y servicios?					5
28	7.1.4.	¿Se analiza y mantiene el entorno ambiental para el buen funcionamiento de los procesos, productos y servicios?				4	
29	7.1.5.	¿Se utilizan sistemas de medición adecuados y éstos se mantienen para asegurar su fiabilidad?					5
30	7.1.5.	En caso de no existir normativa ¿Se ha identificado un sistema de calibración o verificación adecuado?					5
31	7.1.6.	¿Existe un plan de formación del personal, adaptado a las necesidades actuales y futuras de los procesos, productos y servicios de la organización?				4	

ISO 9001:2015		Pregunta	Evidencias	Nivel de aplicación				
				1	2	3	4	5
32	7.2.	¿Se realiza una evaluación y seguimiento del desempeño de las personas?	Sistema y entrevista con personal involucrado			3		
33	7.3.	¿El personal es consciente de la política de calidad, los objetivos, los beneficios del SGC y la mejora?	Entrevista con personal involucrado	1				
34	7.4.	¿Se han definido cuáles son las comunicaciones internas y externas relevantes para el sistema de gestión de calidad?	Entrevista con personal involucrado	1				
35	7.5.1.	¿Se ha documentado la información necesaria del SGC de calidad para asegurar su efectividad?	Documentación					5
36	7.5.2.	¿Se actualiza y controla de manera eficaz la información documentada del SGC y se asegura su accesibilidad?	Registro de documentos			3		
37	7.5.3.	¿Se actualiza y controla de manera eficaz la información externa necesaria a nivel estratégico y operativo?	Datos externos, documentación		2			
7. SOPORTE - NIVEL DE APLICACIÓN:				3,69				

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Con respecto al capítulo de soporte se determina lo siguiente:

- Existen presupuestos por departamentos, sin embargo, no está enfocado en asegurar recursos para establecer, implantar, mantener y mejorar el sistema de gestión actual.
- Existen profesionales trabajando de acuerdo con el perfil establecido y son personal cualificado, por ejemplo, los médicos.
- A nivel de infraestructura y equipos el hospital cuenta con lo necesario para brindar servicios de calidad de acuerdo con la necesidad de los clientes.
- Se cuenta con un sistema para quejas, sin embargo, no se analizan. Los riesgos por su parte si son evaluados y analizados.
- La normativa legal establece medidas necesarias en los procesos y esto se encuentra identificado y documentado.
- A nivel de equipos existe un sistema que permite el registro de estos para tener un control de los mantenimientos y en caso de requerir calibración se gestiona por medio de este sistema

- Existe un sistema de evaluación de desempeño que ayuda a identificar las necesidades de formación del personal, sin embargo, hasta hace unos meses se empezó a utilizar correctamente.
- A nivel del hospital al no contar con una política establecida la mayoría del personal no sabe de la existencia de un sistema de control de calidad ni se da comunicación interna y externa sobre el mismo.
- Existe una gran cantidad de documentos a nivel de toda la organización y se cuenta con una intranet.
- La documentación del hospital si cuenta con un código, versión, control de cambios y un formato en general, sin embargo, no se encuentra estandarizado.
- Dentro de la matriz de documentación también se encuentran ingresados algunos documentos externos para su respectivo control, pero todos los que existen actualmente mapeados están obsoletos.

Operación.

A continuación, en la Tabla 44 se presenta la puntuación correspondiente en cada una de las preguntas con respecto al capítulo de operación relacionado con planificación y control de las actividades que se realizan en el hospital y donde su principal actividad es la atención clínica de los pacientes.

Tabla 44 Operación

ISO 9001:2015	Pregunta	Evidencias	Nivel de aplicación					
			1	2	3	4	5	
8. OPERACIÓN								
38	8.1.	¿Existe una planificación, ejecución y control de los procesos del SGC?	Documentación			3		
39	8.2.1. 8.2.2.	¿Existe un proceso de comunicación con el cliente para definir los requisitos de los productos y servicios?	Entrevista con personal involucrado	1				
40	8.2.3.	¿Se adaptan los productos producidos y servicios prestados a las exigencias y cambios de los clientes y/o partes interesadas?	Sistema de quejas		2			
41	8.2.3.	¿Se adaptan los productos producidos y servicios prestados a los requisitos legales y reglamentarios?	Normativas, actas de inspección o certificación. Permiso para trabajar					5

ISO 9001:2015		Pregunta	Evidencias	Nivel de aplicación				
				1	2	3	4	5
42	8.2.4.	¿Se comunican los cambios que afectan a productos y servicios al personal correspondiente?	Entrevista con personal involucrado		2			
43	8.3.1.	¿La organización cuenta con un proceso definido de diseño y desarrollo?	Análisis de procesos actuales	1				
44	8.3.2.	¿El proceso de diseño y desarrollo incluye su planificación, verificación y validación?	Análisis de procesos actuales	1				
45	8.3.3.	¿Se tienen en cuenta los requisitos aplicables, de cliente y legales en el diseño y desarrollo de los productos y servicios?	Análisis legal de servicios			3		
46	8.3.4.	¿Se controla el proceso de diseño y desarrollo para que cumpla con lo planificado?	Análisis de procesos actuales	1				
47	8.3.5.	¿Los resultados del diseño y desarrollo cumplen con los requisitos y con el suministro de productos y servicios?	Análisis de procesos actuales	1				
48	8.3.6.	¿Se controlan los cambios en requisitos de diseño y desarrollo de productos y servicios, incluso mientras se producen/prestan?	Análisis de procesos actuales	1				
49	8.4.1.	¿Se realiza una evaluación, seguimiento y reevaluación de proveedores?	Evidencia de resultados de evaluación y reevaluación de proveedores.					5
50	8.4.2.	¿Se garantiza mediante controles que los proveedores cumplen con los requisitos aplicables y legales?	Actividades de verificación de entrega de productos y prestación de servicios por parte de proveedores.					5
51	8.4.3.	¿La organización comunica a los proveedores los requisitos aplicables?	Entrevista con personal involucrado				4	
52	8.5.1.	¿La organización ha identificado e implantado el sistema de control de producción o prestación de servicios?	Entrevista con personal involucrado	1				
53	8.5.2.	¿En caso de ser necesario, la organización identifica y controla las salidas de procesos internos y externos?	Procesos establecidos			3		
54	8.5.3.	¿La organización cuida y protege los bienes de clientes y proveedores?	Confidencialidad					5
55	8.5.4.	¿La organización asegura la conformidad de productos y servicios durante su producción y prestación, según los requisitos?	Entrevista con personal involucrado			3		
56	8.5.5.	¿En caso de ser necesario, la organización identifica y cumple con los requisitos posteriores a la entrega de productos y prestación de los servicios?	Procesos establecidos	1				
57	8.5.6.	¿La organización revisa y controla los cambios no planificados para asegurar la conformidad de productos y servicios?	Evidencias de los resultados de la revisión de los cambios y quién los autoriza.			3		
58	8.6.	¿La organización ha implementado las disposiciones planificadas, en las etapas adecuadas, para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios?	Entrevista con personal involucrado			3		

ISO 9001:2015		Pregunta	Evidencias	Nivel de aplicación				
				1	2	3	4	5
59	8.7.	¿La organización identifica y controla los procesos, productos y servicios no conformes?	Procesos establecidos				4	
8. OPERACIÓN - NIVEL DE APLICACIÓN:				2,64				

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A nivel de operación de acuerdo con las preguntas planteadas se determina lo siguiente:

- A nivel del hospital existe documentación y plantillas, las mismas actualmente no cuentan con un diagrama de flujo de proceso que permita hacer el seguimiento del proceso.
- No existe evidencia de que se dé un proceso de comunicación con el cliente para a definición de los requisitos.
- Existe el proceso de gestión de servicio al cliente y un sistema de quejas, sin embargo, no es funcional para analizar datos.
- El hospital si cumple con las normativas nacionales correspondientes para el funcionamiento y cuenta con otras certificaciones que acatan.
- Existe evaluación a los proveedores, pero no el seguimiento correspondiente o como se quisiera.
- Todo proveedor del hospital debe registrarse en un sistema y cumplir con los requisitos y la parte legal para dar sus servicios al hospital, sin embargo, en ocasiones no aplica para todos los proveedores, más que nada aplica para los que tienen que ver con la parte clínica.
- Existen salidas más no el seguimiento correspondiente.
- La seguridad de la información es de vital importancia en el hospital ya que se debe salvaguardar los expedientes y toda la información relacionada con pacientes.

Evaluación del desempeño.

A continuación, en la Tabla 45 se presenta la puntuación correspondiente en cada una de las preguntas con respecto al capítulo de evaluación del desempeño en el hospital.

Tabla 45 Evaluación del desempeño

ISO 9001:2015	Pregunta	Evidencias	Nivel de aplicación				
			1	2	3	4	5
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO							
60	9.1.1.	¿La organización hace seguimiento, medición, análisis y evaluación del sistema de gestión?		2			
61	9.1.2.	¿Se obtiene el grado de satisfacción de los clientes respecto a la organización, productos y servicios?				4	
62	9.1.3.	¿La organización analiza y evalúa la información clave?			3		
63	9.2.1.	¿La organización realiza auditorías internas a intervalos planificados?		2			
64	9.2.2.	¿La organización planifica, establece, implementa y mantiene un programa de auditorías?		2			
65	9.3.1.	¿La dirección revisa el SGC para asegurar su eficacia?	1				
66	9.3.2.	¿La dirección toma decisiones y acciones en base a los resultados de la revisión del SGC?	1				
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO - NIVEL DE APLICACIÓN:			2,14				

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

De acuerdo con las preguntas asociadas a la evaluación del desempeño se determina que a pesar de las mediciones que se realizan en el hospital por medio de indicadores los mismos no son confiables ya que no cuentan con bases estadísticas para medir el nivel de confianza y por ende no existen actividades de seguimiento a raíz de estos. A nivel general algunos de los sistemas existentes no son utilizados adecuadamente por lo que no se obtiene información que contribuya con el análisis.

Mejora.

A continuación, en la Tabla 46 se presenta la puntuación correspondiente en cada una de las preguntas con respecto al capítulo de mejora.

Tabla 46 Mejora

ISO 9001:2015	Pregunta	Evidencias	Nivel de aplicación				
			1	2	3	4	5
10. MEJORA							
67	10.1.	¿La organización cumple requisitos de cliente, mejora su satisfacción y los resultados del SGC?		2			
68	10.2.	¿La organización controla y corrige las no conformidades?			3		
69	10.2.	¿La organización analiza las no conformidades y adopta medidas para eliminar las causas (acciones correctivas)?	1				
70	10.3.	¿La organización mejora continuamente la eficacia del SGC?		2			
71	10.3.	¿La organización selecciona y utiliza herramientas de investigación para mejorar el desempeño?		2			
10. MEJORA - NIVEL DE APLICACIÓN:			2,00				

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A nivel general en este punto de la norma se determina que las encuestas aplicadas no son información que se utilice para análisis y que el hospital reacciona cuando se da una queja por lo que no es preventivo en este aspecto, además el aprovechamiento del sistema de quejas no es el adecuado y por ende no pueden ser tomadas para planes de acción o medidas preventivas.

Por medio del departamento de calidad se buscan las oportunidades de mejora, aunque en muchas ocasiones no se puede realizar el plan o la mejora porque los departamentos no están anuentes a que esto se realice y el departamento de calidad no cuenta con la autoridad suficiente, esto afecta también a la aplicación de herramienta de mejora continua.

Resumen de la evaluación de requisitos con respecto a la norma ISO 9001:2015.

Para realizar la evaluación de los requisitos se toma inicialmente el valor total obtenido por cada pregunta y de los 10 valores se saca un promedio para obtener el total de la evaluación de requisitos, una vez obtenido el resultado se toma en consideración la Tabla 53 correspondiente a rangos para el diagnóstico de la organización, donde de acuerdo al resultado la organización se puede ubicar en un nivel básico con grandes oportunidades de mejorar o bien en un nivel alto donde se puede decir que la organización se encuentra en un estado avanzado de implementación, dicha tabla se encuentra en el apéndice 5.

A continuación, se presenta en la Tabla 47 la puntuación obtenida por el Hospital Clínico Central de San José con respecto a cada uno de los requisitos y el sistema actual.

Tabla 47 Resumen de la evaluación de requisitos en Hospital Clínico Central de San José

Resumen de evaluación ISO 9001:2015		
4	Entorno de la organización	2,36
5	Liderazgo	2,38
6	Planificación del SGC	2,60
7	Soporte	3,69
8	Operación	2,64
9	Evaluación del rendimiento	2,14
10	Mejora	2,00
Total de la evaluación de requisitos		2,54

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

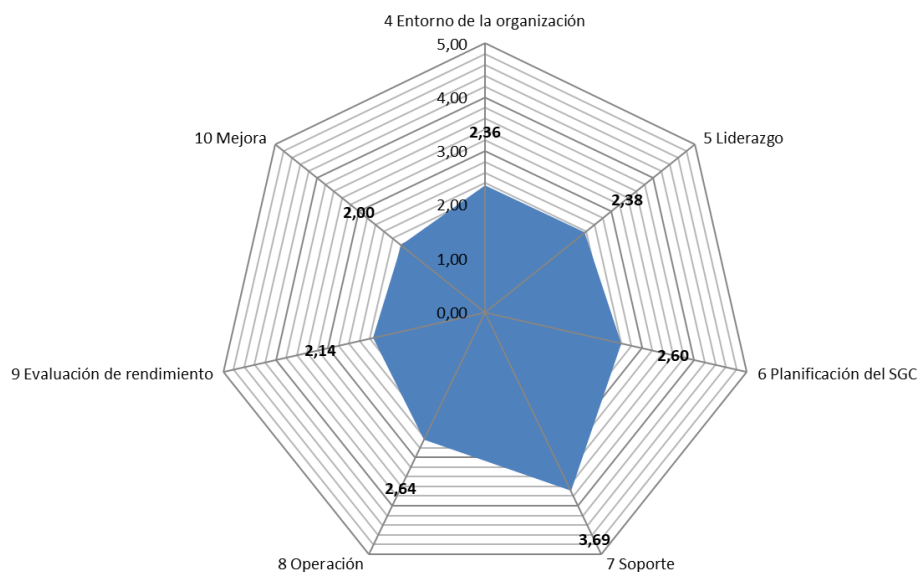
La puntuación total de la evaluación de los requisitos se obtiene de la ponderación de los valores dados a cada uno de los ítems evaluados. El Hospital Clínico Centra de San José cuenta con una puntuación total de 2,54 por lo que según la tabla de evaluación se encuentra entre 2 y 3 que indica que efectivamente la organización cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad que en general satisface los requisitos de los clientes.

Se debe tomar en consideración que a pesar de contar con un sistema no se toman decisiones o se busca ser proactivos con el mismo y se debe de mejorar en todos los aspectos de los capítulos establecidos en la norma donde no se haya alcanzado una puntuación de 4 o 5, mediante un plan de acción detallado que siga los requisitos de la ISO 9001:20015 para contar con un sistema eficiente, enfocado en procesos y la satisfacción del cliente.

De acuerdo con la información presentada en la Tabla 47 se establece la siguiente gráfica de la Figura 72 para representar de una manera más visual la puntuación obtenida por el hospital con respecto a los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2015.

Figura 72 Gráfica evaluación de requisitos con respecto a la norma ISO 9001:2015

Evaluación de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Adicionalmente para analizar el cumplimiento del Hospital con respecto a la norma se elabora la Tabla 48 donde se evidencia el total de preguntas relacionadas con los requisitos y el nivel de aplicación dentro de la organización.

Tabla 48 Brecha de cumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2015

Cantidad total de requisitos	Nivel de aplicación				
	1	2	3	4	5
71	23	13	14	7	14
100%	32%	18%	20%	10%	20%

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

A nivel de la norma para que el Hospital Clínico Central de San José cumpla con todos los requisitos debe tener en todas las preguntas de los requisitos niveles de aplicación entre 4 y 5, actualmente solo un 30% de las preguntas realizadas obtuvo esas puntuaciones y se debe trabajar los requisitos donde se obtuvo un nivel de aplicación de 1, 2 y 3 ya que son los niveles más bajos del cuestionario donde esto equivale al 70% de los puntos en los que la organización hoy en día

necesita aplicar planes de acción para mejorar la calidad y poder lograr la obtención de la certificación en un futuro.

Finalmente, el Hospital Clínico Central de San José requiere mejorar en muchos aspectos si desea optar por la certificación de la norma ISO 9001:2015, entre lo inicial y tomando en consideración la puntuación obtenida para cada uno de los capítulos de la norma se debe prestar mayor atención al tema de mejora ya que no se está generando información útil para analizar y mejorar, además que no se utiliza para que la alta gerencia pueda tomar decisiones basadas en dichos datos, no se evidencia la mejora continua ni es parte del núcleo del hospital.

A nivel de la evaluación del desempeño el hospital no evalúa como tal el sistema actual, cuanta con mediciones y datos que son departamentales y no por procesos, además de que los datos no son confiables ni se fundamentan probabilísticamente, a nivel del hospital la existencia de sistemas no es aprovechada para la generación de datos que permita la toma de decisiones. Parte de las consideraciones en este punto son la implementación de planes de acción, pero sobre todo del seguimiento que se les debe dar para lograr el cumplimiento, además de la planificación de auditorías y sobre todo evaluar la voz del cliente.

De acuerdo con la evaluación el entorno de la organización es otro capítulo importante donde el Hospital no obtuvo una buena calificación que indique el cumplimiento del mismo con los requisitos para este capítulo, actualmente no se documenta la evaluación del entorno ni tampoco se conoce la periodicidad con la que se realiza, los interesados se encuentran identificados sin embargo tampoco hay un respaldo, las encuestas que se generan no brindan información relevante ni contribuyen a la toma de decisiones, el sistema de gestión actual no cuenta con el alcance definido y de acuerdo a la encuesta aplicada para el análisis de la situación actual se evidencia que el 95% de la población no conoce la existencia del sistema.

Adicionalmente, como parte del entorno o contexto de la organización actualmente no se cuenta con perfiles de puesto actualizados ni con perfiles específicos para los involucrados en el sistema y a nivel documental se debe mejorar la manera en que se manejan y almacenan los documentos relacionados al sistema para que sean de conocimiento de toda la organización.

Todo lo anterior es necesario para que el hospital pueda alcanzar la certificación, sin embargo, entre lo más importante que se debe dar es el compromiso del liderazgo con todo lo referente al sistema de gestión de calidad en la organización, partiendo de la falta de evidencia

sobre la política de calidad y los objetivos del sistema en relación con la estrategia de la organización, la falta de revisión periódica del sistema actual y la falta de comunicación que existe a nivel del liderazgo con los colaboradores para que todos conozcan los cambios y las mejoras que se puedan llegar a aplicar y sean parte del cambio.

Con respecto al capítulo de operación se deben mejorar aspectos como la normalización en las plantillas que son utilizadas en el hospital para que todos los departamentos o áreas trabajen de una manera estandarizada, fomentar el enfoque basado en procesos y no en departamentos donde se logre que todos se relacionen de la manera correcta y busquen la mejora de los procesos para la satisfacción de los clientes.

A nivel del capítulo de planificación es necesario documentar los objetivos de calidad, brindar el adecuado seguimiento a los planes con los que actualmente cuenta el hospital y evaluar las necesidades para gestionar de manera sistemática la calidad en la organización. Por último, en el capítulo que mejor puntuación obtuvo el hospital fue en el de soporte, sin embargo, el hospital debe mejorar la comunicación a los colaboradores, los perfiles, la documentación, entre muchas otras cosas más.

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este capítulo permite el desarrollo de las conclusiones y recomendaciones generadas de acuerdo con el análisis de la situación actual del Hospital Clínico Central de San José con respecto al sistema de gestión actual.

Conclusiones

El Hospital Clínico Central de San José es uno de los hospitales privados con mayor visita por parte de extranjeros en Costa Rica y cuenta con grandes planes para hacer crecer la red de servicios hospitalarios por varias provincias, sin embargo, para lograr ese crecimiento es necesario buscar la satisfacción de las necesidades de los clientes y brindar servicios de calidad gestionados y respaldados por medio de un Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2015.

El análisis de la situación actual permite inicialmente conocer los procesos para la conformación del mapeo y mediante los diagramas SIPOC se logra identificar relaciones existentes entre los mismos donde las salidas de algunos procesos generan entradas para otros, por ejemplo, con los procesos claves de la organización existe una relación muy fuerte ya que conforman la atención de los pacientes y permiten la continuidad del servicio.

Además, se analiza la forma en que se gestiona la documentación en el hospital y que permite evidencia que actualmente el 50% de la documentación se encuentra desactualizada, existen muchos tipos de documentos en el hospital que no son necesarios o que se dejaron de actualizar y se fusionaron con otros, sin embargo, el control de la documentación es mínimo para este tipo de cosas.

Por otra parte, con la encuesta de calidad aplicada se busca mostrar el nivel de conocimiento de los colaboradores con distintos temas que son de importancia para una cultura de calidad y donde se logra evidenciar la falta de conocimiento en el sistema de gestión existente, la falta de retroalimentación y conocimiento en actualizaciones documentales que son necesarias para la mejora continua pero que no son utilizados del todo en la organización, entre otras cosas.

El análisis de los indicadores a nivel de la organización permite conocer que existen demasiados que no se actualizan de acuerdo con el procedimiento establecido y que no son considerados de valor ya que no permiten tomar decisiones, además son indicadores que al no estar fundamentados por la estadística donde se calcule un nivel de confianza y un margen de error

óptimos para las muestras no son datos confiables ni representativos. Con respecto al análisis de riesgo en la organización es un análisis adecuado y que permite tener una oportunidad de reacción, pero puede mejorar.

Con el análisis de brecha de cumplimiento se evidencia la falta de compromiso por parte del liderazgo de la organización, la falta de conocimiento para el aprovechamiento del sistema de gestión de quejas existente, la falta de respaldo actualización para la gestión documental existente y la falta de análisis de factores internos y externos en la organización, entre otros por lo que el hospital cumple con los principios y requisitos de la norma pero debe buscar reforzar el enfoque basado en procesos, definir responsabilidades y acciones que permitan evaluar si el sistema funciona adecuadamente, además se establece que la gestión de la calidad es un apoyo para los procesos, sin embargo, se debe considerar como parte de la estrategia de la organización junto con la gestión de riesgo.

Para finalizar de acuerdo con el nivel de aplicación para cada pregunta establecida para los requisitos de la norma el hospital del total de 71 preguntas del cuestionario cumple con un nivel de aplicación de 4 y 5 solamente un 30%, esto quiere decir que para los requisitos donde el nivel de aplicación es de 1,2 y 3 el hospital debe enfocar sus esfuerzos en generar planes de acción que logren contribuir con la mejora y el cumplimiento de los requisitos.

Recomendaciones

Como parte de las recomendaciones se establece que es necesario la definición de roles y responsabilidades, además del compromiso de la gerencia general, direcciones y otras gerencias para que el buen funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad se dé. Se recomienda, además, realizar una evaluación del alcance y las actividades que se ven involucradas en todo el hospital y que se considera que generan valor a la organización.

En cuanto a la comunicación en la organización esta debe fluir hacia todo el personal ya que en muchas ocasiones la información no se comparte con todos los colaboradores y para que el sistema funcione adecuadamente se requiere de todos y cada uno de los empleados, hay que hacerlos parte y que sientan que son importantes para el buen funcionamiento del hospital.

Según los procesos establecidos se cuenta con gran cantidad de actividades que se pueden estandarizar y que permitan generar un solo procedimiento para con esto contribuir a la reducción de documentación ya que actualmente es difícil el manejo de la información por ser de forma

manual, además se recomienda el aprovechamiento de la intranet en SharePoint para la gestión documental y la creación de flujos de trabajo que permitan agilizar el proceso de actualización de los documentos.

También se recomienda como parte de la mejora de la gestión documental la generación de nuevas plantillas maestras que permitan estandarizar la documentación y la creación del manual de calidad donde se pueda respaldar el Sistema de Gestión de Calidad mediante una política, objetivos, responsabilidades, entre otras cosas importantes para controlar y mejorar la calidad en el hospital. Adicionalmente relacionado con la gestión documental se recomienda el uso de la plataforma con la que actualmente cuenta el hospital para manejar la red interna mediante una estructura documental que permita el fácil acceso a la información de acuerdo a los procesos y la implementación de flujos de trabajo.

Como parte de las recomendaciones también se considera importante que la organización opte por un software que le permita gestionar el sistema de calidad y en si todas las operaciones u actividades del hospital de manera integral, donde se abarque la parte administrativa y de atención a los pacientes.

Para finalizar se recomienda reforzar los procesos para mejorar la eficiencia, evaluar la voz del cliente y sus necesidades, definir un gestor de calidad o bien que el departamento de calidad hospitalaria se haga cargo del funcionamiento del sistema ya que actualmente cuentan con un gestor de calidad clínico y uno administrativo que se complementarían y que brindarían información valiosa para la toma de decisiones, además se propone la creación de un comité de calidad que sea conformado por personal clínico y administrativo para que apoye las labores del departamento de calidad hospitalaria.

CAPÍTULO VI PROPUESTA

Este capítulo permite la elaboración de la propuesta de mejora para el Sistema de Gestión de Calidad actual del Hospital Clínico Central con base a la norma ISO 9001:2015, con esto se busca mejorar la calidad en la organización enfocada en satisfacer las necesidades de los clientes o usuarios de los diferentes servicios que se brindan.

Como parte de la propuesta se busca brindar a la organización una serie de pautas para que se logre cumplir con los principios de la norma ISO 9000:2015 y mediante el manual de calidad con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, dichas pautas pueden ser adecuadas por la organización en caso de que lo consideren necesario.

Además se busca brindar a la organización formatos maestros para que la documentación se trabaje de una manera estandarizada, el aprovechamiento de algunos sistemas con los que se cuenta actualmente en la organización, la estructura y contenido de un manual de calidad que permita evidenciar la política y la gestión de la calidad dentro del hospital para que sea del conocimiento de todos los colaboradores, la cotización para adquirir un software para gestionar de manera integrada todos los servicios del hospital o bien de un software que les permita la gestión del Sistema de Gestión de la Calidad, entre otras cosas.


Propuesta

Enfoque a los clientes

Con respecto al enfoque a los clientes es necesario que el hospital documente las partes interesadas identificadas de acuerdo con sus necesidades y expectativas en una matriz que le permita el respectivo mapeo estas partes pueden ser los clientes, los empleados, la junta directiva, los proveedores, entre otros.

Para este caso se brinda la plantilla presentada en la Figura 73. Estas partes interesadas también deben formar parte del manual de calidad y se deben mencionar dentro del documento.

Figura 73 Registro de partes interesadas

				REGISTRO DE PARTES INTERESADAS, IDENTIFICACIÓN, NECESIDADES Y EXPECTATIVAS						Código: _____ Rev. _____ Fecha Elaboración: _____ Página _____			
Elaborado por: _____				Revisado por: _____				Aprobador por: _____					
Registro maestro de partes interesadas													
1. Identificación				2. Interacción		3. Requerimientos		4. ¿Como podría estar interesado...		5. Análisis de relevancia			6. Compromiso
Nombre	Posición	Rol	Información para contacto	Contexto	Proceso con el que interacciona	Necesidades	Expectativas	Impactar al SGC?	Ser impactado por el SGC?	Influencia	Impacto	Resultado del análisis	¿Cómo vamos a involucrar a este grupo de interés?

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Una vez que se encuentran definidas en la matriz las partes interesadas el hospital debe trabajar con el sistema que les permite el ingreso de las quejas que se dan en las distintas áreas de atención ya que este sistema a pesar de tener infinidad de opciones para generar reportes los datos no son analizados ni el sistema es conocido en su totalidad por parte de los colaboradores que lo manejan ya que trabajan con solo unas opciones de las muchas que tiene, además se debe de trabajar el procedimiento que indica como se deben gestionar las quejas, ya que dicho procedimiento se encuentra desactualizado.

Dado que ya se cuenta con un sistema que permita la gestión de las no conformidades que se presenten por parte de los clientes, es necesario atacar la falta de conocimiento con respecto al sistema y a los parámetros que se establecieron desde sus inicios, por lo que se propone coordinar una capacitación del personal de gestión de servicio al cliente y el gestor de calidad con el proveedor del sistema para que se logre eliminar la falta de conocimiento y se busque la mejora en sus parámetros ya que al haberlos establecido hace muchos años no se han evaluado para mejorarlos.

Adicionalmente, una vez que se gestione la falta de conocimiento del sistema se debe realizar la revisión del procedimiento para la gestión de quejas y adaptarlo de acuerdo con las mejoras que se le puedan aplicar al sistema para continuar evaluando las no conformidades de los clientes, también es necesario que se trabaje un nuevo instructivo con base a los nuevos formatos maestros para la gestión documental del hospital, este instructivo debe ser exclusivo para ingresar al sistema y a la navegación en el mismo ya que en caso de que se dé cambio de personal en el área correspondiente no existirá un vacío sobre el conocimiento que pueda adquirir alguien más.

Una vez que se tenga el conocimiento de todo el sistema y los distintos reportes, la actualización del procedimiento y el nuevo instructivo, es necesario definir cada cuanto, y cuales

reportes se van a generar de acuerdo a las necesidades de la alta dirección para conocer y atacar los inconvenientes que se presenten a los clientes, es por esto que se propone inicialmente generar los reportes de manera mensual para evaluar la cantidad de quejas que ingresan por la cantidad de clientes al mes, analizar las causas, tiempos de respuesta, si aplica devolución de dinero, entre otras.

En cuanto se logre el control de todas las quejas y la gestión de estas, los reportes se pueden generar trimestralmente para continuar con el seguimiento.

Liderazgo

En relación con el liderazgo se requiere involucramiento por parte de los directores y gerentes que actualmente están al frente del hospital como responsables de su buen funcionamiento y como encargados o responsables de que los colaboradores realicen las funciones de acuerdo con lo establecido para cumplir con las necesidades y expectativas de los clientes o usuarios de los servicios que se brindan. Dado que son los responsables de la organización el liderazgo debe:

- Asumir la responsabilidad e informar a la junta directiva inicialmente cada 6 meses sobre la eficiencia del sistema una vez que se apliquen las mejoras, posteriormente brindar informes cada 2 años.
- Participar en reuniones con el departamento de calidad y el comité de calidad para revisar la política de calidad y los objetivos planteados en el manual de calidad propuesto con las respectivas modificaciones que se consideren para brindar la aprobación correspondiente.
- Revisar la política y los objetivos de calidad una vez al año.
- Revisar los procesos y los riesgos de la organización en conjunto con el departamento de calidad y el departamento de riesgos una vez al año.
- Asegurar los recursos necesarios para el sistema tomando en consideración de acuerdo con el año fiscal dichos recursos en los presupuestos departamentales.

Adicionalmente el Hospital Clínico Central de San José debe adoptar actividades para motivar al personal, brindar capacitaciones para el crecimiento de los colaboradores, pero sobre todo para lograr que la organización crezca también ya que el personal capacitado es personal empoderado que agradece y se compromete más con la organización.

Para finalizar como parte de la propuesta para el involucramiento y acciones del liderazgo se debe aprovechar los recursos y métodos hoy en día disponibles para comunicación masiva dentro de la organización, por ejemplo, incluir información respecto a los objetivos y la estrategia en el boletín semanal para que todos los colaboradores lo vean y conozcan hacia dónde va la organización y lo que se busca a nivel corporativo para mejorar y crecer, esta información puede ser revisada con las jefaturas una vez que es difundida para reforzar y evacuar inquietudes en caso de que existan.

Involucramiento de la gente

Con respecto al involucramiento de los colaboradores este se da cuando el personal se siente valorado, motivado y escuchado, para esto se requiere de compromiso por parte de la alta dirección de mantener los beneficios con los que actualmente se cuenta en la organización y buscar nuevos beneficios que hagan a la gente sentirse bien con el trabajo y sobre todo con la organización, al contar con personal contento, cómodo con sus funciones y la organización se logra la satisfacción de los clientes.

Adicional a toda lo relacionado con beneficios para los colaboradores, es necesario establecer responsabilidades y delegar distintas tareas que los hagan sentirse responsables e involucrados por lo que se propone contar con la definición de los procesos, los roles y responsabilidades de los colaboradores en cada uno de ellos como parte fundamental del Sistema de Gestión de Calidad, facilitar el dialogo, reconocer y agradecer los esfuerzos, y aplicar distintas encuestas para evaluar la satisfacción de las personas con respecto a la gestión de la alta dirección en la retroalimentación.

Las encuestas para evaluar la satisfacción de los colaboradores inicialmente deben ser aplicadas de forma mensual para lograr contar con una línea base que permita mejorar de acuerdo con las necesidades de los colaboradores y para ir ajustando los roles y responsabilidades dentro del sistema, esto se debe dar durante los primeros tres meses a partir del ajuste del sistema, posteriormente se deben realizar cada seis meses para control.

Enfoque basado en procesos

El enfoque basado en procesos es la base o esencia para el desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad, a pesar de que actualmente los procesos se encuentran definidos en el hospital estos procesos se gestionan de forma departamental sin tomar en consideración las interrelaciones

que se pueden dar y a pesar de contar con documentación como respaldo la misma no se encuentra estandarizada ni actualizada lo que ocasiona que los trabajos se realicen de una forma empírica en muchas áreas del hospital y esto genera un alto riesgo especialmente en temas legales.

Con el enfoque basado en procesos se busca que la organización ya no trabaje de manera departamental, si no que al ser procesos se creen grupos interdisciplinarios o con grupos existentes para los comités se pueda trabajar en la documentación de manera que en todas las áreas se trabaje con el mismo documento para un proceso específico que se realice, es necesario tomar en consideración que la generación de nuevos grupos o el aprovechamiento de los existentes debe ser con los colaboradores que día a día se encargan de las labores a fin con los procesos en el hospital, también se debe tomar en consideración al gestor de riesgo y al gestor de calidad para dichas reuniones y revisiones.

En este punto también se debe tomar en consideración la importancia que tiene la gestión de la calidad y la gestión de riesgos en la organización, donde estos procesos actualmente se encuentran como parte de los procesos de apoyo a nivel del mapeo efectuado en el análisis de la situación actual, se propone a la organización acoger estos dos procesos como parte de los procesos estratégicos de la organización, que los mismos se encuentren altamente relacionados con la alta dirección para la toma de decisiones dentro de la misma. Cabe mencionar que los riesgos deben ser analizados nuevamente una vez que se dé la gestión por procesos del hospital para que los riesgos existentes se logren adaptar a los procesos.

Como parte de la propuesta para la gestión del enfoque basado en procesos se brinda al Hospital Clínico Central de San José una serie de formatos maestros que le permitan estandarizar la documentación que actualmente se maneja, con la implementación de los nuevos formatos se busca arrancar con los nuevos documentos de esta manera y de acuerdo a la revisión aplicada a la matriz de control de documentos empezar a formar paquetes de documentos que puedan ser revisados y actualizados, o bien que aplique la unificación con otros y por ende la disminución de documentos en el hospital.

Dichos formatos para la gestión documental se encuentran en el apéndice 6 y se pretende que formen parte de los formularios del departamento de calidad hospitalaria para que el gestor de calidad los controle y actualicen en caso de ser necesario. Cabe mencionar que los formatos se confeccionan para los documentos que son relevantes y se deben mantener en la organización como

políticas, planes, guías clínicas, procedimientos, instructivos y formularios, adicionalmente se crea una plantilla para la elaboración de los diagramas de flujo que deben acompañar los procedimientos, este documento se genera en Excel para que pueda ser aprovechada por todo el personal de la organización ya que no todo el personal cuenta con acceso a programas para la generación de los diagramas, ni el conocimiento para confeccionarlos en dichos programas.

Para finalizar con los formatos para la gestión documental se brinda una plantilla para las fichas de procesos ya que actualmente no se manejan en el hospital, su generación se puede apoyar con los diagramas SIPOC desarrollados en el diagnóstico del proyecto, dicha ficha de procesos contiene la siguiente estructura:

1. Encabezado: en este espacio se encuentra el logo de la organización, el título del documento, la versión y el espacio de copia controlada para uso exclusivo del gestor de calidad.
2. Fecha de revisión: fecha en la que se aplica la revisión a la ficha.
3. Responsables: encargados de realizar el proceso.
4. Objetivo del proceso: determina el propósito o misión del proceso.
5. Entradas: corresponden a todos los datos o elementos que se necesitan para que el proceso se pueda hacer.
6. Salidas: corresponden a el resultado final que se obtiene de las actividades realizadas.
7. Actividades del proceso: corresponde a la serie de pasos que se realizan para que el proceso se dé.
8. Procesos relacionados: corresponde a los procesos que en algún momento tienen una relación con el proceso que se está detallando en la ficha.
9. Recursos / Necesidades: corresponde a los recursos, insumos o necesidades que se tenga para realizar el proceso.
10. Indicadores: corresponde a indicadores que permitan controlar el proceso.
11. Riesgos: corresponde a los riesgos identificados para el proceso.
12. Documentos relacionados: corresponde a cualquier tipo de documento del sistema de gestión documental relacionado al proceso.

Estructura para la red interna y difusión de la documentación

Para la gestión documental del sistema se propone el uso de la red interna con una nueva estructura que permita la identificación de los documentos por proceso y no por departamento, con esta nueva estructura se busca integrar la documentación para que la misma conteste a los distintos entes que hoy en día evalúan al hospital para algún tipo de certificación o acreditación, al Ministerio de Salud como regulador nacional en temas de salud y a futuros entes con los que el hospital busque una certificación como en este caso con la certificación del Sistema de Gestión de Calidad mediante la norma ISO 9001:2015.

Adicionalmente, se busca que el personal encuentre de acuerdo con el proceso que está trabajando la información de una manera más sencilla con un acomodo visual mucho más práctico que no sean listas interminables de documentos donde en muchas ocasiones por la gran cantidad de documentos el personal no explora la carpeta compartida que se utiliza actualmente para la gestión documental y por esta razón prefieren hacer las labores de acuerdo con su experiencia.

Al ingresar a la red interna de la organización se requiere agregar un icono llamado documentación, este icono va a permitir a todo el personal de la organización entrar al nuevo sitio donde se pretende se gestionen los documentos. Cabe mencionar que todos los documentos se cargaran en formato PDF a la carpeta documental con la que cuenta el sitio y en cada icono que se genere se colocara el nombre del documento y cada nombre será enlazado a la carpeta documental, esto por un tema visual de la información.

Una vez que se establece el icono de documentación, a nivel interno se va a contar con una leyenda que explique brevemente el sitio y lo que se podrá hacer dentro de él, para esta leyenda se propone el siguiente texto:

“En este sitio encontrará toda la documentación relacionada a los procesos del Hospital Clínico Central de San José que le permitirá realizar las diferentes actividades de una manera estandarizada con el fin de brindar servicios de calidad para la satisfacción de los clientes”

Seguido de la leyenda se busca contar con un enlace que permita a los colaboradores el ingreso de a la documentación más frecuente, esta documentación es la consultada en especial por el personal clínico del hospital que en muchas ocasiones no cuenta con el tiempo suficiente para navegar por toda la herramienta, entre la documentación más frecuente se pueden presentar documentos relacionados con el ingreso, cuidado diario y egreso de pacientes.

Posterior al enlace para el ingreso de documentos más consultados, se pretende contar con seis iconos como primer nivel que definan el orden de la documentación tomando en consideración que sean de fácil acceso en el momento en que se llegue a dar una auditoria de cualquiera de los entes con los que el hospital tiene relación:

- Carbono Neutralidad.
- Financiero Contable.
- Regulaciones Nacionales.
- Laboratorio.
- Planes.
- Calidad y Seguridad.

Dentro de cada uno de los iconos mencionados anteriormente se busca ordenar la documentación correspondiente, por esta razón se pretende que se acomoden en un segundo nivel de la siguiente manera:

- Carbono Neutralidad: actualmente la organización cuenta con procedimientos, instructivos y formularios que contestan a todo lo referente con este tema, esta información se mostrará en una sola pantalla organizada en tres columnas con esos títulos y los nombres de los documentos de acuerdo con el tipo de documento.
- Financiero Contable: se organiza de acuerdo con la documentación relacionada por lo que se busca que se generen cuatro iconos, uno para procedimientos, otro para instructivos, otro para formularios y por último uno para indicadores relacionados a la parte financiera de la organización.
- Regulaciones Nacionales: en este icono se tendrá información referente al ministerio de salud y documentación externa que se considera importante para la gestión del hospital.
- Laboratorio: en este icono se busca encontrar toda la documentación referente al laboratorio, procedimientos, instructivos, manuales, formularios, entre otros que actualmente manejan y que contestan a la normativa ISO 15189:2012 para laboratorios clínicos.
- Planes: los planes a nivel de la organización son muy importantes ya que definen ciertas tareas o actividades que deben realizar los comités a lo largo del periodo

como mejora para la organización, en esta vista se pretende encontrar los planes 2018-2019 y los 2019-2020.

- **Calidad y Seguridad:** para este icono se empezaría la división a lo interno por procesos de la organización y es el que contaría con más contenido ya que engloba los procesos todos los demás procesos del hospital. Para un tercer nivel y en adelante se busca seccionar generando iconos lo que es la calidad y seguridad, estos iconos serían:
 - **Atención de Paciente:** dentro de la atención de paciente se busca acomodar toda la documentación relacionada con la operativa del hospital, por lo que se pretende mostrar los macroprocesos de ingreso, evaluación, cuidado diario y egreso de los pacientes.
 - **Gestión Administrativa:** dentro de la gestión administrativa se busca acomodar toda la documentación relacionada con la gestión de calidad, liderazgo, seguridad en las instalaciones, gestión y educación de los colaboradores, gestión legal.
 - **Indicadores:** en este icono se busca mostrar todos los indicadores con los que actualmente cuenta la organización, tanto administrativos como operativos para el conocimiento de todos los colaboradores.

Toda esta estructura se muestra de manera visual en la Figura 86 del apéndice 7.

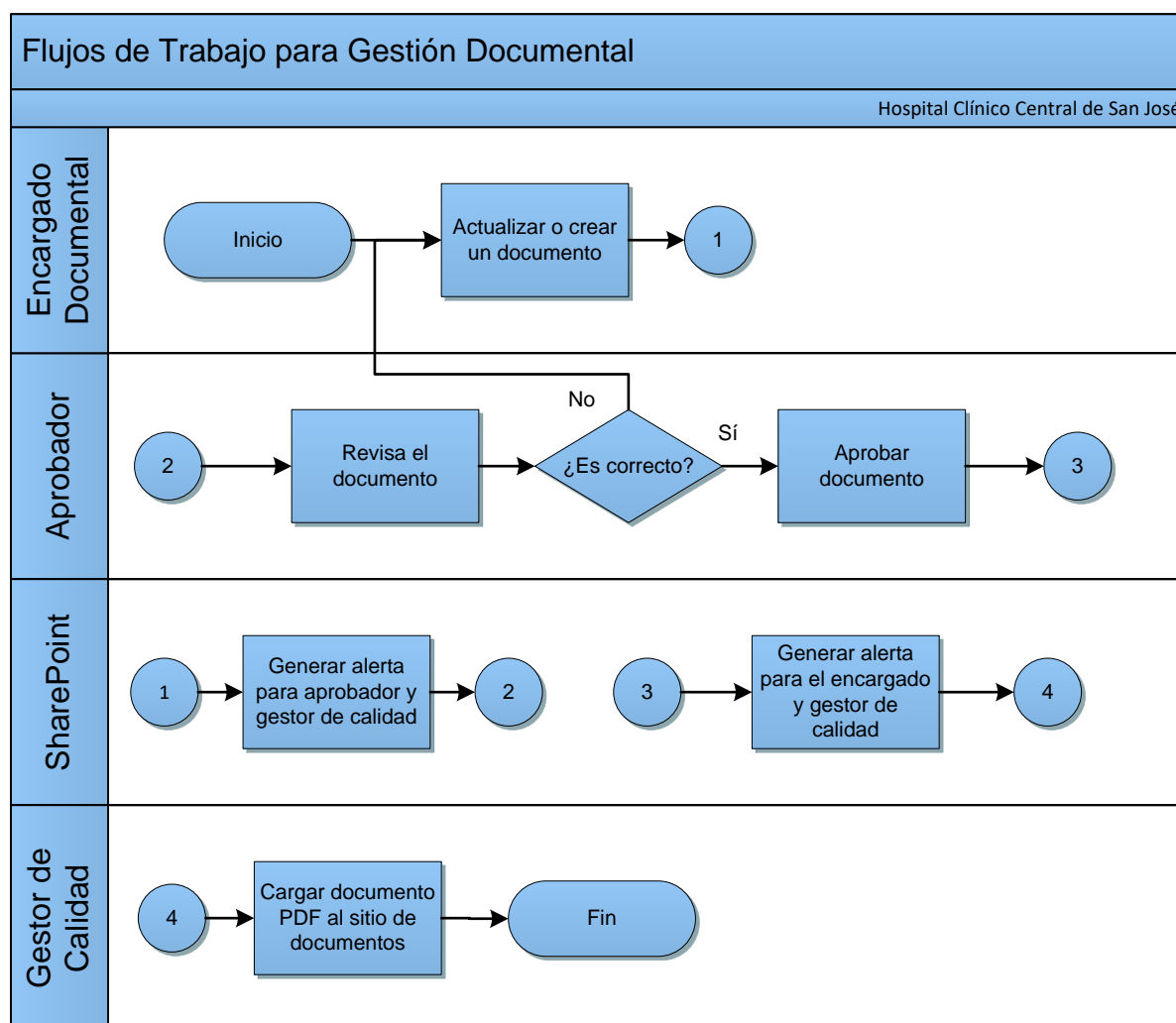
Flujos de trabajo para aprobación de documentos

Dentro del aprovechamiento de los recursos con los que actualmente cuenta el hospital se busca que la gestión de la documentación suceda de una forma más fluida que permita a los gestores de calidad enfocar sus esfuerzos en la mejora continua, auditorías y trazadores más que en la gestión documental buscando la colaboración de las personas involucradas como se da actualmente.

Con los flujos de trabajo en SharePoint se pretende crear un subsitio exclusivo para el personal encargado de la documentación en las áreas, los aprobadores y calidad hospitalaria, con estos flujos la interacción se presentaría entre el encargado de la documentación y el aprobador, con esto calidad hospitalaria quedaría como espectador para una vez se dé la aprobación del documento el mismo sea generado en formato PDF y cargado a la nueva estructura documental.

Dado el conocimiento en la herramienta por parte de los gestores de calidad, ellos mismos pueden generar y configurar lo necesario para que los flujos se den en el subsitio que les genere el departamento de soporte, para este caso se propone que se trabaje de acuerdo con el siguiente flujo representado en la Figura 74.

Figura 74 Flujos de trabajo en la gestión documental



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Con la implementación de los flujos se espera que se establezca un control con el tiempo establecido actualmente en el hospital para la actualización y aprobación de documentos, además del tiempo que tienen los encargados de compartir los cambios con todo el personal, adicionalmente de orden en la trazabilidad de los cambios que se genere en la documentación con

fechas, versiones y responsables, además con la implementación de flujos se da de manera colaborativa la mejora a la documentación relacionada con los procesos del hospital.

Gestión de indicadores

A nivel de indicadores el hospital cuenta con todos los recursos y la información para generar datos de valor para la toma de decisiones por lo que como parte de la propuesta se considera necesario realizar una revisión de los indicadores actuales de acuerdo con los procesos que conforman la organización y a las fichas de procesos que se deben generar para respaldarlos.

En caso de que un indicador de los actuales no sea necesario llevarlo el departamento de calidad y el comité de calidad en conjunto con los grupos interdisciplinarios relacionados con los procesos deben sustituirlo por otro que realmente sea clave para medir el proceso o eliminarlo, esto mediante un proceso de acciones correctivas, además se considera importante tener una base estadística para que la información sea confiable por lo que se plantea incorporar a la caratula de los indicadores la población cuando sea conocida, el cálculo de la muestra, el nivel de confianza, el porcentaje de error y un benchmarking que sean analizados por el departamento de calidad, el comité y los grupos.

Como parte del control con el que se debe contar se pretende que el departamento de calidad realice una revisión del personal que actualmente se considera como encargado de indicador ya que dependiendo del proceso esto puede variar, este encargado debe figurar como responsable y cargar la información en la carpeta que le corresponda en la red interna durante los primeros 5 días del mes, para que el departamento de calidad actualice la matriz de indicadores, genere las gráficas correspondientes y cargue la información actualizada en la red interna antes del día 10 de cada mes y el departamento de calidad debe solicitar al departamento de comunicación corporativa el envío de un correo notificando que los indicadores se encuentran actualizados y en línea.

Con la colocación de los indicadores en la red el gestor de calidad puede disminuir las impresiones para las pizarras a indicadores que contemplen todo el hospital y deban ser de conocimiento de todos los colaboradores. Adicionalmente se pretende que la educación con respecto a los resultados se brinde los dos días posteriores a la carga de la información en la red junto con el cambio en las pizarras para que por área el gestor de calidad les brinde un refrescamiento a los colaboradores sobre cómo encontrar los indicadores, su importancia para la organización, como interpretarlos tanto los de la red como los de las pizarras, entre otras cosas.

Manual de Calidad

Como parte de la propuesta se busca brindar al Hospital Clínico Central de San José un manual de calidad tanto en estructura como en contenido para que el mismo pueda ser analizado por la alta dirección y sea acogido como el manual de calidad oficial del hospital o bien para que el mismo sea una base y realicen las modificaciones que consideren correspondientes, este manual se basa en el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 y en el mismo se propone la conformación un comité de calidad que apoye al departamento de calidad encargado de velar por el buen funcionamiento del sistema, este comité será un respaldo para el departamento ya que se busca sea conformado por personal operativo y algunos directores y gerentes para de esta manera lograr integrar al personal e involucrarlo.

El formato del manual de calidad se encuentra alineado a las plantillas propuestas para la estandarización de la documentación en el hospital y se espera que este documento sirva como guía a los departamentos o áreas que requieran contar con un manual de calidad a futuro. En la Figura 87 del apéndice 8 se encuentra la propuesta del manual de calidad para el Hospital Clínico Central de San José.

Dicho documento se encuentra conformado por las siguientes partes:

1. Índice: permite una fácil navegación por el contenido del documento.
2. Encabezado: en este espacio se encuentra el logo de la organización, el título del documento, la versión y el espacio de copia controlada para uso exclusivo del gestor de calidad.
3. Introducción: describe el propósito y el alcance del Sistema de Gestión de Calidad.
4. Referencias: describe las normativas que se usan como referencia para la creación del manual.
5. Términos y definiciones: detalla abreviaturas y términos que son necesarios para el entendimiento del documento.
6. Contexto de la organización: describe la reseña histórica, misión y visión del hospital, valores, el organigrama, mapeo de procesos, requisitos generales y requisitos de la documentación.

7. Liderazgo: describe el compromiso de la dirección y la gestión de la calidad, el enfoque al cliente, la política de calidad, gestión de riesgos, planificación, responsables, comunicación y la revisión del sistema.
8. Estructura y organización del programa: describe el programa de calidad.
9. Modo de trabajo: describe el modo de trabajo en que se va a lograr el cumplimiento del manual de calidad.
10. Guías clínicas: describe quien se encarga de la elaboración y aprobación de estas ya que son fundamentales para el apoyo de las funciones operativas en la organización.
11. Mejora continua: describe las acciones a desarrollar por parte del departamento de calidad y el comité de calidad en la validación de datos y mediciones del hospital.

Cabe destacar que dentro del manual se establece la siguiente política y objetivos de calidad para el hospital:

- Política:

El Hospital Clínico Central de San José es una entidad comprometida con proyectos de ayuda a los más necesitados y a ofrecer servicios de calidad para la satisfacción y seguridad de los clientes y colaboradores, comprometido con el cumplimiento de los requisitos la norma ISO 9001:2015 para el adecuado uso, mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión de Calidad conformado por procesos y practicas gestionadas por equipos de trabajo con excelentes profesionales.

Esta política es propuesta por el departamento de calidad y es aprobada por el director general de la organización y se encuentra disponible en la red interna para que sea de acceso de todo aquel colaborador que la desee consultar y en la página oficina del hospital para acceso de partes interesadas externas a la organización, adicionalmente se comunicara por medio de las jefaturas para que la misma sea entendida y aplicada en el hospital.

- Objetivos:

- Satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.
- Asegurar la eficiencia en los procesos.
- Asegurar contrataciones de personal cualificado de acuerdo con el perfil.
- Cumplir con requisitos legales y normativos.

Mejora

Se considera que acoger la mejora continua es la base para el éxito de una organización, es fundamental para conservar los niveles de desempeño, para la reacción a cambios que se generen en el entorno tanto a lo externo como a lo interno del hospital o bien en la generación de nuevas oportunidades.

Es por esto por lo que dentro de la mejora se propone al Hospital Clínico Central de San José fomentar en toda la organización:

1. La formación de objetivos de mejora enfocados en la calidad y satisfacción de los clientes.
2. El uso de herramientas para la mejora continua como los ciclos de mejora, generación de indicadores, validación de los indicadores y la medición de la voz del cliente para empezar.
3. Brindar capacitación sobre la mejora continua al personal una vez al año.
4. Medir la voz del cliente a nivel externo con la generación de reportes en el sistema de gestión de quejas y a nivel interno con la aplicación de encuestas cada 6 meses relacionadas a la cultura de calidad de la organización.
5. Aplicar trazadores y auditorias que permitan revisar los proyectos de mejora o que generen una oportunidad de mejora para la implementación de un plan.

Como parte del mejoramiento continuo se establecen de acuerdo con los objetivos de calidad propuestos para la organización en el manual de calidad los siguientes indicadores de gestión para el control del sistema, estos indicadores son adicionales a los que ya son parte de la organización tanto a nivel operativo como a nivel administrativo.

- Satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.
 - Indicador: nivel de satisfacción de los clientes.
 - Descripción: calificación promedio de la evaluación de la satisfacción realizada a los clientes.
 - Objetivo: establecer los niveles de satisfacción de los clientes para ejecutar acciones correctivas de acuerdo con sus necesidades.
- Asegurar la eficiencia en los procesos.
 - Indicador: índice de eficacia de los procesos.

- Descripción: proporción de los procesos que cumplen con el 90% de la meta establecida en los indicadores operativos.
- Objetivo: establecer los niveles correspondientes para implementar mejoras a los procesos de la organización.
- Asegurar contrataciones de personal cualificado de acuerdo con el perfil.
 - Indicador: nivel de competencia del personal.
 - Descripción: porcentaje promedio de la evaluación del desempeño de los colaboradores administrativos y clínicos.
 - Objetivo: definir la cualificación de los colaboradores para implementar planes de capacitación según sea necesario.
- Cumplir con requisitos legales y normativos.
 - Indicador: cumplimiento de requisitos legales y normativos.
 - Descripción: porcentaje en el que se cumplen los requisitos legales y normativos.
 - Objetivo: asegurar el funcionamiento del hospital de acuerdo con el marco legal y las certificaciones o acreditaciones con las que se cuentan actualmente.

Para el apoyo de la mejora en el Sistema de Gestión de Calidad se propone a la organización incorporar todas las propuestas antes brindadas ya que dichas propuestas no van a generar grandes costos para la organización debido a que se estarían aprovechando recursos existentes, sin embargo, se considera importante que el hospital a futuro piense en la compra de un software que integre todo el sistema y el mismo se administre mediante la herramienta.

Toma de decisiones basadas en la evidencia

Con respecto a la toma de decisiones basada en la evidencia actualmente en el hospital no se ve muy relacionada a los datos que se generan más que nada a nivel operativo de los departamentos, es por esta razón que se propone fomentar la mejora en los indicadores de gestión operativa, inicialmente se pretende realizar una evaluación de los mismos y de acuerdo a esa evaluación determinar si es realmente necesario el indicador o bien si se deben medir otras cosas ya que al proponer trabajar enfocados en procesos se debe tomar en consideración cada uno de

ellos y generar los indicadores que permitan el control de esos procesos, estas tareas deben ser realizadas por el departamento de calidad, el comité de calidad y la alta dirección.

Una vez que los indicadores se encuentren seleccionados o definidos los mismos van a ser controlados por el departamento de calidad y presentados a la alta dirección primeramente cada 4 meses para que realicen una revisión de todos los indicadores y esto les permita tomar decisiones para la aplicación de acciones correctivas en caso de un no cumplimiento por parte de algún indicador, posteriormente cuando se normalicen los indicadores las revisiones por parte de la alta dirección se pretende se realicen una vez al año.

Así mismo se busca que la alta dirección le brinde la información necesaria a la junta directiva por lo que se propone brindar un informe cada seis meses y una vez normalizado el sistema el informe se entregue cada 2 años.

Gestión de las relaciones

A nivel de la gestión de las relaciones con las partes interesadas y proveedores, a pesar de ser del conocimiento de la organización los mismos se deben documentar en la matriz propuesta en la Figura 73 ya que una adecuada gestión de las relaciones es clave para el éxito del hospital.

Se propone al Hospital Clínico Central de San José continuar la gestión de los proveedores en el sistema con el que actualmente se cuenta y realizar visitas periódicas para asegurar que cumplan con lo estipulado en el contrato, además de que al compartir estas experiencias la relación puede ser más estrecha.

Para finalizar la junta directiva se debe considerar fundamental y por ende como parte interesada del buen funcionamiento del hospital, es por esta razón que se debe presentar semestralmente informes a la junta por parte del director general sobre desempeño de procesos, desempeño de colaboradores y toda aquella información que se considere importante compartir con ellos y que contribuya a la toma de decisiones o a la mejora.

Requisitos para la obtención de un software para la gestión de la calidad

Hoy en día el Hospital Clínico Central de San José cuenta con distintos sistemas que permiten el cumplimiento de muchos de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, sin embargo, dichos sistemas no se encuentran integrados. La obtención de un software para integrar todo lo relacionado con el Sistema de Gestión de Calidad y otros sistemas relacionados a normas requiere una inversión inicial de aproximadamente \$9.000 que traducido a colones equivale a ¢5.130.000 aproximadamente por el tamaño de la organización y esto se estaría trabajando en un periodo de 3 meses para lograr desde la instalación, la configuración de accesos, la formación en los módulos y el acompañamiento en caso de que surgiera algo.

Como parte de los requisitos para la obtención del software se encuentran los siguientes módulos que permiten ver las funciones en tabuladores que se activen y desaparezcan de acuerdo con los permisos condicionados que tenga cada colaborador, cabe mencionar que el software fue cotizado para la cantidad total de colaboradores con los que cuenta el hospital actualmente.

Módulo de procesos: este módulo permite definir mediante un diagrama los procesos estratégicos, operativos y de apoyo del hospital.

Módulo de recursos: este módulo se secciona en dos, recursos humanos e infraestructura. Para lo que es recursos humanos se debe indicar las personas que sean parte del SGC, el puesto que ocupan dentro del organigrama institucional, las responsabilidades, además de la gestión con respecto a la formación o las capacitaciones que requieren. Con respecto a la infraestructura se busca la gestión de todos los equipos, edificios, etc., de los que dispone el hospital para llevar a cabo las actividades, con esto se busca controlar calibraciones y mantenimientos de los equipos.

Módulo documental: la gestión de la documentación permite controlar los documentos del SGC en vigor, el histórico de los mismos y su distribución dejando registros como respaldo, se puede dar la elaboración de documentos de manera colaborativa. Este módulo permite gestionar la edición, revisión y aprobación de los documentos de acuerdo con los usuarios asignados, además de permitir la integración de notificaciones internas o por correo electrónico para facilitar la comunicación a los diferentes usuarios para notificar sobre las acciones que deben realizar sobre cada documento.

Módulo de mejora: este módulo se secciona en dos, auditorias y no conformidades. Con respecto a las auditorias permite gestionar y generar los planes de auditoria, relacionarlos con los hallazgos y las no conformidades que se detecten. Para las no conformidades se permite el registro

de estas para realizar el tratamiento, seguimiento y cierre de las no conformidades recibidas en el SGC.

Módulo de seguimiento: este módulo cuenta con las siguientes secciones, comités de calidad donde permite organizar dentro del sistema reuniones de cualquiera tipo, desde la convocatoria hasta el registro de los resultados de la misma; revisiones por la dirección que permite enviar convocatorias, registrar resultados de las mismas y hacer un seguimiento; objetivos donde se permite conocer los objetivos de la organización aprobados y brindar seguimiento; indicadores permite conocer los que se encuentran definidos para los procesos de la organización y el seguimiento que se les brinda; riesgos permite la definición de los mismos, asociarlos a los indicadores y seleccionar una frecuencia para el análisis del riesgo, gestionar tareas o asociar acciones correctivas, entre otras cosas; cuadro de mando permite conocer el estado de los objetivos y contribuye con la toma de decisiones por parte de la alta gerencia; registros permite diseñar un formulario recolectar todo tipo de información y tener disponibles los registros correspondientes y por ultimo requisitos permite la gestión de los requisitos legales o de otro tipo que se deben cumplir en un determinado periodo de tiempo, se reciben avisos cuando hay que renovar y solicitar alguno.

Módulo partes interesadas: este módulo cuenta con las siguientes secciones, clientes es una opción que permite generar y lanzar encuestas para evaluar la satisfacción de los clientes sobre los servicios que brinda el hospital y permite la generación de estadísticas automáticas; la sección de proveedores permite la gestión de los mismos desde la evaluación hasta el seguimiento de estos; la sección de otras partes permite la gestión de administraciones o terceros; la sección de encuestas de satisfacción de los usuarios de los servicios permite acceder a los registros de las mediciones de satisfacción de los usuarios de los servicios y seguir su evolución, también realizar seguimiento a las acciones definidas en función del análisis de los resultados obtenidos; la sección de quejas, reclamos y sugerencias permite realizar el registro y el tratamiento, seguimiento y cierre de los reclamos y quejas recibidas y por ultimo solicitudes que es una sección del módulo que permite el aprovechamiento de la estructura de sedes y cargos, se pueden gestionar solicitudes de cualquier tipo, el flujo de aprobación o denegación y la comunicación del resultado al solicitante.

Estrategia de socialización

Si bien es cierto que el involucramiento de la alta gerencia con el Sistema de Gestión de Calidad es parte fundamental para que los colaboradores también se vean involucrados y

comprometidos con la calidad en el hospital, para hacer más conciencia en la organización se busca que la estrategia de socialización que pueda implementar el Hospital Clínico Central de San José permita que aprendan de manera práctica e innovadora y que esto les permita tener mayor conciencia sobre el sistema y la calidad en la organización.

Se propone inicialmente realizar un plan de capacitación con las jefaturas de área para que de acuerdo con el horario del personal se acomoden distintos grupos durante 4 semanas, estas capacitaciones deben ser de carácter obligatorio dado que se requiere implementar las mejoras en el sistema y que el mismo sea conocido por todos los colaboradores, dichas capacitaciones deben ser brindadas por el departamento de calidad y el comité de calidad, dentro de la mismas se debe brindar al personal una inducción a lo que es la norma ISO 9001:2015, el enfoque basado en procesos, como se debe interpretar la norma, las mejoras que se implementaron y herramientas de calidad, entre otras cosas que los facilitadores encuentren necesarias.

Como parte del respaldo con el que debe contar el departamento de calidad y el comité sobre las capacitaciones se debe contar con listas de asistencia que contengan al menos:

- Fecha de capacitación.
- Tema.
- Numero de carné.
- Nombre completo del colaborador
- Departamento para el que labora
- Firma.

Adicionalmente para lograr una evaluación de las capacitaciones el comité de calidad debe coordinar con la encargada de la plataforma digital SAP para que conforme se finalice una capacitación a los colaboradores que participaron se les aplique dicha evaluación y que esta quede adjuntada al expediente de colaborador que maneja el departamento de talento humano como respaldo.

Una vez que se concluya con las capacitaciones de acuerdo al plan, se pretende que se continúe con reuniones semanales, charlas mensuales, el uso del correo como medio para difundir información constantemente y con una feria de calidad al año organizada por el departamento de calidad con el apoyo del comité de calidad para mediante una serie de juegos o actividades lúdicas fáciles relacionadas con los objetivos de calidad, la política de calidad, gestión documental,

indicadores, entre otros, el personal aprenda participando de ellos y esto les permita entender mejor sin la presión de sentirse evaluados, además estas ferias pueden estar acompañadas de rifas que incentiven al personal, las rifas aplicarían para los colaboradores que después de participar en las actividades o juegos se anoten en una lista de asistencia que permita documentar la actividad y posteriormente pasado el movimiento, el departamento de calidad y el comité de calidad podrán generar una encuesta para evaluar el impacto de la feria en la organización, esta encuesta puede ser difundida con el apoyo del departamento de comunicación corporativa.

Acciones para evidenciar los requisitos de la norma ISO 9001:2015

Como parte del apoyo que se busca brindar al hospital con esta propuesta se brindan una serie de posibles acciones de acuerdo con el cuestionario para el cumplimiento de los principios, dicha información se encuentra en Tabla 54 apéndice 9 y con esto se busca que de acuerdo a las acciones el departamento de calidad como encargado del Sistema de Gestión de Calidad asigne las labores, establezca el tiempo que considere necesario para la ejecución de las mismas y se encargue de recopilar las evidencias necesarias para con esto complementar el manual de calidad propuesto con las referencias necesarias ya que en una auditoría el manual debe estar completo y permitir el fácil acceso a la información y sobre todo a las evidencias.

Auditoría interna

Una vez que el Hospital Clínico Central de San José logre la implementación de la propuesta se considera necesaria la aplicación del análisis de brecha con respecto al cuestionario aplicado en el diagnóstico de este proyecto, este análisis debe ser comandado por un auditor externo y se busca conocer de acuerdo a las mejoras aplicadas un aumento en la calificación de acuerdo a los principios de la norma ISO 9000:2015 y los requisitos de la norma ISO 9001:2015 para con esto lograr contactar al ente acreditador y proceder con la auditoría externa para la certificación.

Auditoría externa

Dado que se busca que el Hospital Clínico Central de San José refuerce su compromiso con la calidad basada en procesos y enfocada en la satisfacción de los clientes, además de que este sea el primer hospital a nivel nacional en obtener una certificación con la norma ISO 9001:2015 es necesario contar con la visita de un ente autorizado para la certificación de las empresas en el país.

De acuerdo al ente certificador se establece que el proceso de verificación puede tardar de seis meses a un año, lo recomendable es contratar los servicios de un consultor que apoye al departamento de calidad en este proceso, dicho consultor tiene un costo aproximado de \$1.350,00 al mes que su equivalente en colones corresponde a ¢769.500,00 aproximadamente.

El consultor en conjunto con el departamento de calidad será el encargado de brindar la capacitación interna, el desarrollo del sistema, la revisión del manual propuesto, las auditorías internas y fungirá como contacto con el ente certificador, como parte de la propuesta se pretende que el hospital contrate el consultor por al menos 2 meses. De igual manera cabe mencionar que la contratación del consultor es opcional ya que el hospital cuenta con un gestor de calidad con bases y conocimiento para la puesta en marcha del sistema y todo lo que tenga que ver con el mismo.

Ahora bien, para obtener la certificación de acuerdo con una consulta realizada a varios entes que pueden llevar a cabo el proceso, el hospital debe cancelar un monto aproximado de \$10.700,00 dólares que en colones corresponde a ¢6.100.000,00 aproximadamente de acuerdo con el tamaño de la organización y los sitios que comprende.

Análisis Económico

A continuación, se presenta el análisis de los costos en los que es necesario incurrir para lograr el mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad actual para el Hospital Clínico Central de San José y que el mismo pueda optar por una certificación basada en la norma ISO 9001:2015 que le permita respaldar y mantener la calidad en la organización.

Dado que se busca la implementación de las mejoras y que el hospital se perfeccione en temas de calidad se pretende brindar dos detalles de costos, uno donde el hospital debe realizar la inversión de un software y otro donde el hospital de acuerdo con el aprovechamiento de los recursos ya existentes logra la gestión y el funcionamiento del sistema sin dicha inversión.

Análisis de costos N° 1

Inicialmente se toma en consideración el tiempo invertido en este proyecto como parte de los mismos ya que de acuerdo con este se logra realizar el análisis de la situación actual y brindar una propuesta que permita al hospital la mejora, este costo es de ¢1.044.000,00 colones correspondiente a 432 horas invertidas y de acuerdo con el salario por hora de ¢2.416,67 colones que devenga un gestor de calidad en la organización, seguidamente se toma en consideración el

costo del software cotizado por un monto de ¢5.130.000,00 colones, el mismo es de gran ayuda para la gestión de las normas dentro del hospital.

Posteriormente se toma en consideración los costos relacionados a talleres, capacitaciones, reuniones y ferias que son parte de la estrategia de socialización y del reforzamiento en algunas áreas para empoderar a los colaboradores sobre el sistema y todo lo relacionado con el mismo, este costo se calcula con el salario promedio de ¢450.000,00 colones en el hospital por los 20 meses proyectados para la implementación y corresponde a ¢9.000.000,00 colones.

Además, es necesario tomar en consideración la colaboración del consultor por 2 meses para ajustar lo necesario en el sistema y que tiene un costo de ¢1.539.000,00 colones, para finalizar se debe tomar en consideración el costo por certificación del ente acreditador que asciende a ¢6.099.000,00 colones aproximadamente.

A continuación, en la Tabla 49 se presenta el desglose mencionado anteriormente.

Tabla 49 Análisis de costos N° 1

Detalle	Costo	Costos totales por periodo de implementación
Costo por tiempo invertido en desarrollo del proyecto	¢1 044 000,00	¢1 044 000,00
Costo de Software	¢5 130 000,00	¢5 130 000,00
Costo por talleres, capacitaciones, reuniones y ferias	¢450 000,00	¢9 000 000,00
Consultoría por 2 meses del ente acreditador	¢769 500,00	¢1 539 000,00
Costo por certificación	¢6 100 000,00	¢6 100 000,00
Total		¢22 813 000,00

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Análisis de costos N° 2

Dado que la organización actualmente cuenta con algunos software y herramientas que le permitan gestionar el sistema se brinda el análisis de costos sin tomar en consideración el software en caso de que actualmente el hospital no disponga de capital para realizar la inversión. Dicha información se detalla a continuación en la Tabla 50.

Tabla 50 Análisis de costos N° 2

Detalle	Costo	Costos totales por periodo de implementación
Costo por tiempo invertido en desarrollo del proyecto	¢1 044 000,00	¢1 044 000,00
Costo por talleres, capacitaciones, reuniones y ferias	¢450 000,00	¢9 000 000,00
Consultoría por 2 meses del ente acreditador	¢769 500,00	¢1 539 000,00
Costo por certificación	¢6 100 000,00	¢6 100 000,00
Total		¢17 683 000,00

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Con la implementación de las mejoras presentadas en este proyecto se busca lograr ordenar la estructura con la que hoy en día cuenta el Hospital Clínico Central de San José y asegurar el sistema de acreditaciones actual en la organización para disminuir el riesgo de perder una certificación o acreditación por el mal manejo de la calidad y para disminuir el riesgo de perder aproximadamente 5.000 clientes al año que generan ingresos de aproximadamente ¢13.700.000.000,00 de colones, esto tomando en consideración clientes nacionales y extranjeros.

Es necesario tomar en consideración que alinear el sistema a la norma ISO 9001:2015 permite reforzar, consolidar y mantener la calidad del hospital, permite fortalecer los convenios y ventas empresariales con los que se cuenta actualmente y que a nivel nacional generan muchos clientes, además a nivel internacional permite consolidar el hospital como la mejor opción al contar con la acreditación de JCI y en un futuro con la norma ISO 9001:2015 que le brinde mayor prestigio, credibilidad y que genere confianza en los clientes.

Plan De Implementación

Por medio del plan de implementación basado en el ciclo PHVA se busca asegurar el éxito de la implementación de las mejoras en el Sistema de Gestión de Calidad para lograr que el sistema cumpla con los principios de la norma ISO 9000:2015 y los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2015, cada una de las etapas que se presentan a continuación deben ser aplicadas de manera secuencial para lograr el correcto funcionamiento del sistema y asegurar la calidad para la satisfacción de los clientes.

En la primera etapa conocida como “planear” se espera realizar la presentación del diagnóstico de la situación actual en el Hospital Clínico Central de San José y de las mejoras que se deben aplicar al sistema para que este funcione, además de realizar la planificación de las acciones correspondientes en conjunto con la alta dirección del hospital y el departamento de calidad.

Posteriormente se pretende desarrollar las siguientes actividades en la etapa conocida como “hacer”:

- Registro de partes interesadas.
- Generar planes de capacitación con los proveedores de los sistemas.
- Aprobar de los planes de capacitación según presupuesto.
- Aprobar de los formatos maestros para la gestión documental.
- Generar fichas de procesos.
- Aprobar nueva estructura para la gestión y difusión de los documentos.
- Generar la nueva estructura en la red interna.
- Establecer los flujos de trabajo.
- Revisar y ajustar el manual de calidad.
- Aprobar el manual de calidad.
- Publicar las mejoras del SGC a nivel de todo el hospital.

Una vez que se realizaron todas las actividades de la etapa conocida como “hacer” se busca que en la etapa de “verificar” se generen los parámetros para el manejo adecuado del sistema, su correcta gestión y seguimiento; y para finalizar en la etapa de actuar se tiene como actividad definir el plan de auditoria que permita evaluar los procesos y lograr la mejora continua del sistema.

Todo lo anterior se detalla a continuación en Tabla 51 donde se puntualiza la etapa, la actividad, el objetivo, el responsable de llevarla a cabo y el tiempo para la ejecución de la actividad representado en semanas.

Tabla 51 Plan de implementación en Hospital Clínico Central de San José

Ciclo PHVA	Actividades	Objetivo	Responsables	Semanas
Planear	Presentación de la propuesta de las mejoras al SGC.	Presentar las mejoras para la aprobación de la	Gestor de Calidad.	3

Ciclo PHVA	Actividades	Objetivo	Responsables	Semanas
		implementación al Gerente General.		
	Planificación de acciones.	Planificar las acciones relacionadas con estrategia, política, programa de gestión, objetivos, capacitación, recursos, ferias, entre otros.	Dirección General, Jefaturas, Gerencias, Departamento de Calidad	4
Hacer	Registro de partes interesadas.	Definir y registrar las partes interesadas del sistema.	Grupo interdisciplinario.	2
	Generar planes de capacitación con los proveedores de los sistemas.	Gestionar el conocimiento para el uso eficiente de los recursos.	Departamento de Calidad y Soporte Técnico.	3
	Aprobar los planes de capacitación según presupuesto.	Gestionar el conocimiento para el uso eficiente de los recursos.	Jefaturas de área.	3
	Aprobar los formatos maestros para la gestión documental.	Ajustar y aprobar los nuevos formatos para la gestión documental	Grupo interdisciplinario.	4
	Generar fichas de procesos.	Confeccionar las fichas de procesos como respaldo del enfoque del sistema.	Grupo interdisciplinario.	12
	Aprobar nueva estructura para la gestión y difusión de los documentos.	Presentar una nueva estructura basada en procesos para el fácil acceso de la documentación relacionada.	Gerente General.	2
	Generar la nueva estructura en la red interna.	Establecer la nueva estructura basada en procesos para el fácil acceso de la documentación relacionada.	Gestor de Calidad.	12
	Establecer los flujos de trabajo.	Generar flujos para aprobación y trazabilidad de los documentos.	Gestor de Calidad, Soporte Técnico, Jefaturas y Editores.	8
	Revisar y ajustar el manual de calidad.	Adecuar el manual propuesto de acuerdo con las necesidades del hospital.	Departamento de Calidad y Comité de Calidad.	8

Ciclo PHVA	Actividades	Objetivo	Responsables	Semanas
	Aprobar el manual de calidad.	Aprobar el manual de calidad propuesto para el hospital.	Gerente General.	4
	Publicar las mejoras del SGC a nivel de todo el hospital.	Poner en marcha las mejoras del sistema y comunicarlas mediante la estrategia de socialización.	Departamento de Calidad, Comité de Calidad, Jefaturas, Gerencias, Direcciones y Gerente General.	4
Verificar	Crear los parámetros para el manejo adecuado del sistema, su correcta gestión y seguimiento.	Establecer las medidas para controlar el sistema y evaluar la puesta en marcha.	Departamento de Calidad y Comité de Calidad.	16
Actuar	Definir plan de auditoria	Establecer los periodos de revisión del sistema.	Departamento de Calidad y Comité de Calidad.	4
Total de semanas para el plan de implementación:				89

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

APÉNDICES

Apéndice 1

Figura 75 Encuesta de Calidad

Estimado colaborador la siguiente encuesta tiene como fin determinar el conocimiento en general de temas organizacionales y de calidad para determinar el nivel de conocimiento que se maneja dentro de la organización en estos temas y buscar mejoras.

1. Seleccione su perfil	
<input type="checkbox"/>	Clinico
<input type="checkbox"/>	Administrativo
2. Seleccione su antigüedad en la organización	
<input type="checkbox"/>	Menos de 1 año
<input type="checkbox"/>	De 1 a 5 años
<input type="checkbox"/>	De 6 a 15 años
<input type="checkbox"/>	Más de 15 años
3. Conoce usted el contenido de:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Código de ética
<input type="checkbox"/>	Manual de Conductas
<input type="checkbox"/>	Manual de Políticas Laborales
4. "Conformamos una red de servicios hospitalarios comprometida con los principios en que fue fundada, innovadora y dedicada a fortalecer	
<input type="checkbox"/>	Visión de la organización
<input type="checkbox"/>	Misión de la organización
<input type="checkbox"/>	Objetivo Estratégico de la organización
<input type="checkbox"/>	No recuerdo
5. "Ser la mejor red hospitalaria privada a nivel nacional y regional, reconocida internacionalmente como un centro especializado de diagnóstico y	
<input type="checkbox"/>	Visión de la organización
<input type="checkbox"/>	Misión de la organización
<input type="checkbox"/>	Objetivo Estratégico de la organización
<input type="checkbox"/>	No recuerdo
6. Seleccione los valores institucionales de la organización:	
<input type="checkbox"/>	Servicio, innovación y cooperación
<input type="checkbox"/>	Integridad, honestidad y trabajo en equipo
<input type="checkbox"/>	Responsabilidad, respeto y trabajo
<input type="checkbox"/>	Respeto, solidaridad e inclusión
<input type="checkbox"/>	No recuerdo
7. Al formar parte de la organización usted recibió el curso de inducción por parte de Talento Humano?	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	No recuerdo
<input type="checkbox"/>	No se ha recibido
<input type="checkbox"/>	Se encuentra programada
8. ¿Cuándo fue su última capacitación sobre ética y cultura de calidad que recibió en la organización?	
<input type="checkbox"/>	Menos de 1 año
<input type="checkbox"/>	Más de 1 año
<input type="checkbox"/>	No recuerdo
<input type="checkbox"/>	No se ha recibido
<input type="checkbox"/>	Se encuentra programada
9. Conoce usted el sistema de gestión de calidad actual de la organización?	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
10. Favor indique las normas en las que esta certificado el hospital actualmente?	
<input type="checkbox"/>	Norma INTE-ISO 15189:2008
<input type="checkbox"/>	Joint Commission Internacional
<input type="checkbox"/>	Norma INTE-ISO 9001:2015
<input type="checkbox"/>	Ninguna
11. Recibe usted retroalimentación como oportunidad para mejorar?	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
12. Recibe usted retroalimentación sobre los cambios documentales que se aplican?	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
13. Favor indique la cantidad de prioridades de medición que se encuentran establecidas en la organización?	
<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	3
14. Favor indique la cantidad de metas internacionales que se encuentran establecidas en la organización?	
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	6
15. De los siguientes conceptos, cual considera que se relaciona más al concepto de calidad en la organización?	
<input type="checkbox"/>	Calidad es la capacidad de satisfacer las necesidades de los clientes
<input type="checkbox"/>	Calidad es seguridad para los pacientes
<input type="checkbox"/>	Calidad es seguridad para los clientes, colaboradores y visitantes, y la capacidad de brindar satisfacción a los clientes

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Apéndice 2

Figura 76 Valoración del riesgo en Hospital Clínico Central de San José

Probabilidad con control	Puntuación
Altamente probable (AP)	1
Muy probable (MP)	2
Probable (P)	3
Poco Probable (PP)	4
Muy poco probable (MPP)	5

Impacto del control sobre el riesgo	Puntuación
Mayor	5
Alto	4
Moderado	3
Menor	2
Insignificante	1

Categoría	Rangos
Rojo	≥ 7
Amarillo	≤ 6
Verde	≤ 3

Nota: Gestor de riesgos

Apéndice 3

Figura 77 Valores para la evaluación de los controles en Hospital Clínico Central de San José

Evaluación de Controles de Riesgo	
✔ 2	Satisfactorio
⚠ 1	Existe pero no es del todo satisfactorio o puede ser fácilmente mejorado.
✘ 0	No existe, no se hace, control no minimiza el riesgo.

Nota: Gestor de riesgos

Apéndice 4

Tabla 52 Criterios para el nivel de aplicación en análisis de brecha de cumplimiento

Nivel de madurez	Descripción
1	No ó no verdadero, 0% de ocurrencia, no existe práctica ó no ha iniciado todavía, nada ha pasado.
	Sin evidencias de implementación.
	Sin evidencias de un enfoque sistemático, sin objetivos reales.

Nivel de madurez	Descripción
	<p>Sin mediciones, y resultados pobres e impredecibles.</p> <p>Se abordan en forma inadecuada las quejas ó necesidades de los clientes.</p> <p>Quizás algunas buenas ideas, pero no avanzan más allá de una etapa de pensamiento deseable.</p>
2	<p>Marginalmente verdad, aproximadamente 25% de ocurrencia, la práctica solo se ve en algunas áreas. Evidencias de implementación disponibles.</p> <p>Enfoque reactivo, principalmente para corregir problemas.</p> <p>Evidencias limitadas del enfoque de acciones correctivas.</p> <p>Información ó entendimiento limitados de mejoramientos requeridos, pocos objetivos, algunos buenos resultados disponibles.</p> <p>Satisfacción de los clientes abordada en forma razonable pero poco avance en la satisfacción de otras partes interesadas.</p> <p>Algo de reconocimiento del enfoque de procesos, evidencias mínimas de que algo útil está realmente pasando.</p> <p>Evaluaciones ó revisiones ocasionales que resultan en algunos mejoramientos.</p>
3	<p>Parcialmente verdad, aproximadamente 50% de ocurrencia, la práctica es comúnmente encontrada, aunque no en la mayoría de las áreas.</p> <p>Evidencias de mejoramientos visibles.</p> <p>El enfoque basado en procesos es evidente, más proactivo que reactivo.</p> <p>Estableciendo causas raíz con algunas acciones correctivas buenas y mejoramientos sistemáticos.</p> <p>Información disponible sobre objetivos y el desempeño contra dichos objetivos, algunas tendencias de mejoramientos buenas.</p> <p>Satisfacción de las partes interesadas generalmente siendo abordadas.</p> <p>Evidencias de que asuntos se han abordado con éxito moderado, con algunas revisiones y acciones para las metas.</p> <p>Evidencias esporádicas de claros mejoramientos, aunque todavía muchos aspectos clave que no están abordados en un alcance completo.</p>
4	<p>Mayormente verdad, aproximadamente 75% de ocurrencia, la práctica es muy típica y con solo algunas excepciones.</p> <p>Enfoque de procesos interrelacionado está bien establecido en el sistema.</p> <p>Proceso de mejoramiento continuo está bien enmarcado dentro de la organización y los proveedores clave. Resultados positivos y consistentes y tendencias de mejoramiento sostenidas, evidencias claras de que asuntos se han abordado bien.</p> <p>Satisfacción de las partes interesadas mayormente abordada.</p> <p>Proactivo cuando es apropiado, evidencias de acciones correctivas de la recurrencia se ha detenido, acciones preventivas/evaluaciones de riesgos claramente evidentes.</p> <p>Revisiones regulares y de rutina con claros mejoramientos, solo algunos asuntos no han sido abordados en un alcance completo.</p> <p>Evidencias de mejoramientos sostenidos en un período extenso, por ejemplo, al menos 1 año.</p>
5	<p>Sí, verdadero en todo. Próximo ó en el 100% de ocurrencia. La práctica es desplegada a lo largo de la organización y virtualmente sin excepciones.</p> <p>Reconocido como el mejor en su clase, con buenas comparaciones competitivas, proceso de información y mejoramiento fuertemente integrado (desde el usuario final en el mercado y a lo largo de la cadena de suministros).</p> <p>El mejor en su clase en todos los resultados y fácilmente demostrable, como negocio sustentable asegurado, y todas las partes interesadas satisfechas.</p> <p>Una organización exitosa, ágil y de aprendizaje inovativo. Todos los enfoques relevantes, exitosos y abordados en un alcance completo en todas las áreas y aspectos.</p> <p>Un excelente modelo de roles. Es difícil visualizar mejoramientos significativos, aunque se conducen revisiones regulares.</p> <p>Evidencias de mejoramientos sostenidos en un período extenso, por ejemplo, al menos 3 años.</p>

Nota: Herramienta de Evaluación Norma ISO 9001:2015

Apéndice 5

Tabla 53 Rangos para el diagnóstico de situación


Resultado	Diagnóstico de situación
Entre 1 y 2	Su organización está en un nivel básico y tiene grandes oportunidades de mejora. Necesita asegurar el cumplimiento de los requisitos de los clientes para afianzar su cuota de mercado.

Resultado	Diagnóstico de situación
Entre 2 y 3	Su organización tiene un sistema de gestión de la calidad que en general satisface los requisitos de los clientes. La mejora puede orientarse hacia mejorar la focalización de los procesos hacia el cliente e implantar procesos de mejora continua.
Entre 3 y 4	En general, su organización satisface las necesidades y expectativas de los clientes (supera los requisitos de la Norma ISO 9001:2015). Puede mejorar aumentando la involucración de las partes interesadas (personas, accionistas, sociedad) en su negocio.
Entre 4 y 5	Su organización se encuentra en un estado avanzado de implementación.

Nota: Herramienta de Evaluación Norma ISO 9001:2015

Apéndice 6

Figura 78 Plantilla maestra para elaborar procedimientos


	[Código + Nombre del Procedimiento]	Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad
		Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad

1. Contenido

1. Contenido	1
2. Involucrados y periodicidad de revisión	2
3. Requerimientos.....	2
4. Propósito.....	2
5. Alcances	2
6. Definiciones	3
7. Abreviaturas.....	3
8. Desarrollo	3
9. Flujograma.....	3
10. Bibliografía.....	5
11. Cuadro de control de cambios.....	5
12. Anexos	5

CONSIDERACIONES PARA EL FORMATO DEL DOCUMENTO A SEGUIR (Eliminar cuando finalice):

- Redacción en tercera persona, singular, presente.
- Títulos numerados como apartados del documento en consecutivo tipo 1., 2., N. en letra Arial, negrita, tamaño 12, con estilo de **Títulos 1** para agregar referencia de tabla de contenido (índice); primera letra en mayúscula después del número.
- Subtítulos numerados como apartados del documento en consecutivo tipo 1.1., 2.1., N. en letra Arial, negrita, tamaño 12, con estilo de **Títulos 2** para agregar referencia de tabla de contenido (índice); primera letra en mayúscula después del número.
- Texto del cuerpo de cada apartado en letra Arial, normal, tamaño 12, estilo **Texto**.
- Encabezados de las tablas en letra Arial, negrita, tamaño 12, en mayúscula y centrados en la celda.
- Textos en las celdas de tablas en letra Arial, normal, tamaño 11, alineados a la izquierda superior de la celda.
- Todo el contenido es editable 100% para ser adecuado por el usuario de acuerdo a sus necesidades.
- Los textos en color azul y/o enmarcado entre signo de corchetes [Algun texto] pueden ser sustituidos para adecuar el documento a las particularidades.
- Las instrucciones de uso del documento marcadas en color azul deben ser eliminadas una vez terminado el documento en su versión 0.

	[Código + Nombre del Procedimiento]	Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad
		Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad

2. Involucrados y periodicidad de revisión

Elabora		Revisa		Aprueba
[Completar con el puesto que elabora el documento]		[Completar con el puesto que revisa el documento cuando requiera ser modificado]		[Completar con la dirección o gerencia que aprueba el documento]
Fecha de creación	Fecha de modificación	Fecha de aprobación	Fecha en que entra en vigencia	Fecha de próxima actualización
[Completar con la fecha en que se creó el documento o bien conservar la fecha de creación en caso de ser una actualización]	[Completar con la fecha en que se modificó el documento o bien conservar la fecha de creación en caso de ser una actualización]	[Completar con la fecha en que se dio la aprobación por parte de la dirección o gerencia]	[Uso exclusivo del gestor de calidad, debe ser un mes máximo después de la fecha de aprobación]	[Uso exclusivo del gestor de calidad, 2 años posterior a la fecha de vigencia]

3. Requerimientos


Nivel de documentación	Código	Nombre del documento
[Especificar tipo de documento, este puede ser externo o interno]	[Detallar el código asociado al documento]	[Detallar el nombre del documento]

4. Propósito

[Detallar el motivo principal que origina la creación del documento, la importancia y lo que se pretende lograr con él. Este propósito debe ser justificado en el apartado del desarrollo]

5. Alcances

- Responsable del procedimiento: [Detallar el puesto asignado por la jefatura, dirección o gerencia para la actualización del documento]

	[Código + Nombre del Procedimiento]	Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad
		Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad

- **Aplica a:** [Detallar el puesto o área de trabajo donde es utilizado el documento para ejecutar las labores]
- **Límites:** [Detallar las actividades que marcan el inicio y fin del proceso]

6. Definiciones

[Detallar términos importantes que serán utilizados en el documento y de los cuales se necesita tener conocimiento para mayor comprensión, su extensión depende del público al que se dirija la información. En caso de no ser requerido se debe colocar "N/A"]

-

7. Abreviaturas

[Detallar abreviaturas exclusivas que serán utilizadas en el desarrollo del documento para simplificar la redacción. En caso de no ser requerido se debe colocar "N/A"]

-


8. Desarrollo

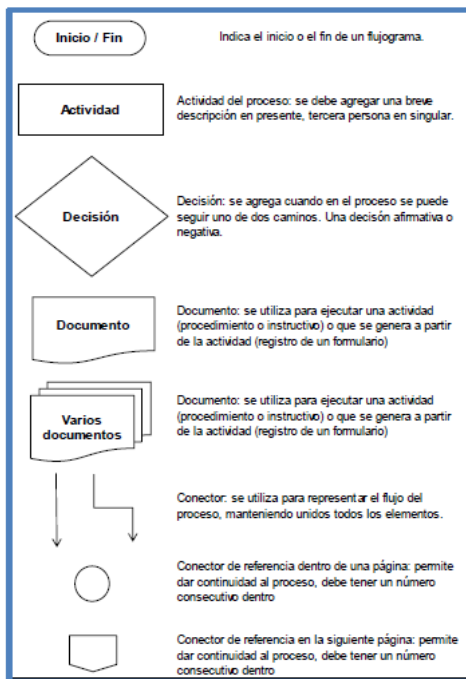
[Detallar tomando en consideración normativas que apliquen para el cumplimiento del procedimiento]

No.	Responsable	Actividad
7.1.	[Detallar el puesto del responsable]	[Detallar la actividad]


9. Flujograma

[Desarrollar el diagrama de flujo que corresponda, eliminar explicación de figuras para el archivo final]

	<h2>[Código + Nombre del Procedimiento]</h2>	Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad
		Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad



[Detallar el nombre del puesto del Actor 1]	[Detallar el nombre del puesto del Actor 2]	[Detallar el nombre del puesto del Actor 3]

	[Código + Nombre del Procedimiento]	Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad
		Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad

--	--	--

10. Bibliografía

[Detallar documentos de referencia que se utilizaron para reforzar el documento. En caso de no ser requerido se debe colocar "N/A"]

•

11. Cuadro de control de cambios


Fecha	# de Sección	Descripción	Nombre del colaborador
[DD/MM/AAAA]	[Detallar la sección a la cual se aplicó el cambio]	[Detallar el nuevo punto o el cambio en el desarrollo]	[Colocar el nombre del colaborador que genera o actualiza el documento]

12. Anexos

[Detallar documentación que de soporte al documento que se está generando o actualizando]

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Figura 79 Plantilla maestra para elaborar instructivos


	[Código + Nombre del Instructivo]	Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad
		Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad

1. Contenido

1. Contenido	1
2. Involucrados y periodicidad de revisión	2
3. Requerimientos.....	2
4. Propósito.....	2
5. Alcances	3
6. Definiciones	3
7. Abreviaturas.....	3
8. Desarrollo	3
9. Flujograma.....	4
10. Bibliografía.....	5
11. Cuadro de control de cambios.....	5
12. Anexos	5

CONSIDERACIONES PARA EL FORMATO DEL DOCUMENTO A SEGUIR (Eliminar cuando finalice):

- Redacción en tercera persona, singular, presente.
- Títulos numerados como apartados del documento en consecutivo tipo 1., 2., N. en letra Arial, negrita, tamaño 12, con estilo de **Títulos 1** para agregar referencia de tabla de contenido (Índice); primera letra en mayúscula después del número.
- Subtítulos numerados como apartados del documento en consecutivo tipo 1.1., 2.1., N. en letra Arial, negrita, tamaño 12, con estilo de **Títulos 2** para agregar referencia de tabla de contenido (Índice); primera letra en mayúscula después del número.
- Texto del cuerpo de cada apartado en letra Arial, normal, tamaño 12, estilo **Texto**.
- Encabezados de las tablas en letra Arial, negrita, tamaño 12, en mayúscula y centrados en la celda.
- Textos en las celdas de tablas en letra Arial, normal, tamaño 11, alineados a la izquierda superior de la celda.
- Todo el contenido es editable 100% para ser adecuado por el usuario de acuerdo a sus necesidades.
- Los textos en color azul y/o enmarcado entre signo de corchetes [Algún texto] pueden ser sustituidos para adecuar el documento a las particularidades.
- Las instrucciones de uso del documento marcadas en color azul deben ser eliminadas una vez terminado el documento en su versión 0.

	[Código + Nombre del Instructivo]	Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad
		Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad

2. Involucrados y periodicidad de revisión


Elabora		Revisa		Aprueba
[Completar con el puesto que elabora el documento]		[Completar con el puesto que revisa el documento cuando requiera ser modificado]		[Completar con la dirección o gerencia que aprueba el documento]
Fecha de creación	Fecha de modificación	Fecha de aprobación	Fecha en que entra en vigencia	Fecha de próxima actualización
[Completar con la fecha en que se creó el documento o bien conservar la fecha de creación en caso de ser una actualización]	[Completar con la fecha en que se modificó el documento o bien conservar la fecha de creación en caso de ser una actualización]	[Completar con la fecha en que se dio la aprobación por parte de la dirección o gerencia]	[Uso exclusivo del gestor de calidad, debe ser un mes máximo después de la fecha de aprobación]	[Uso exclusivo del gestor de calidad, 2 años posterior a la fecha de vigencia]

3. Requerimientos

Nivel de documentación	Código	Nombre del documento
[Detallar el tipo de documento relacionado]	[Detallar el código asociado al documento]	[Detallar el nombre del documento]
Este procedimiento		
[Detallar el tipo de documento interno o externo relacionado]	[Detallar el código del documento]	[Detallar el nombre del documento]

4. Propósito

[Detallar el motivo principal que origina la creación del documento, la importancia y lo que se pretende lograr con él. Este propósito debe ser justificado en el apartado del desarrollo]

	[Código + Nombre del Instructivo]	Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad
		Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad

5. Alcances

- **Responsable de la guía clínica:** [Detallar el puesto asignado por la jefatura, dirección o gerencia para la actualización del documento]
- **Aplica a:** [Detallar el puesto o área de trabajo donde es utilizado el documento para ejecutar las labores]
- **Límites:** [Detallar las actividades que marcan el inicio y fin del proceso]

6. Definiciones

[Detallar términos importantes que serán utilizados en el documento y de los cuales se necesita tener conocimiento para mayor comprensión, su extensión depende del público al que se dirija la información. En caso de no ser requerido se debe colocar "N/A"]

-

7. Abreviaturas


[Detallar abreviaturas exclusivas que serán utilizadas en el desarrollo del documento para simplificar la redacción. En caso de no ser requerido se debe colocar "N/A"]

-

8. Desarrollo

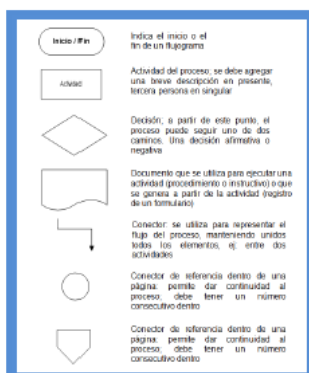
[Detallar todas las actividades para el desarrollo del proceso o el cambio del mismo, redactar en tercera persona singular.]

No.	Responsable	Actividad
7.1.	[Gestor de calidad]	[Crear o modificar por consideración de un Director, Jefatura, colaboradores, comités, calidad hospitalaria o el representante de documentación debe seguir el siguiente proceso]


	<h2>[Código + Nombre del Instructivo]</h2>	Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad
		Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad

9. Flujograma

[Desarrollar el diagrama de flujo que corresponda, eliminar explicación de figuras para el archivo final]



[Carril uno para un actor, colocar el nombre del puesto del actor]	[Carril dos para otro actor, colocar el nombre del puesto del actor]	[Carril tres para otro actor, colocar el nombre del puesto del actor]

	[Código + Nombre del Instructivo]	Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad
		Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad

10. Bibliografía

[Detallar documentos de referencia que se utilizaron para reforzar el documento. En caso de no ser requerido se debe colocar "N/A"]

•

11. Cuadro de control de cambios


Fecha	# de Sección	Descripción	Nombre del colaborador
[DD/MM/AAAA]	[Detallar la sección a la cual se aplicó el cambio]	[Detallar el nuevo punto o el cambio en el desarrollo]	[Colocar el nombre del colaborador que genera o actualiza el documento]

12. Anexos

[Detallar documentación que de soporte al documento que se está generando o actualizando]

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Figura 80 Plantilla maestra para elaborar planes

	<p>[Código + Nombre del Plan]</p>	<p>Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad</p>
		<p>Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad</p>

1. Contenido


1. Contenido	1
2. Involucrados y periodicidad de revisión	1
3. Objetivos del plan	2
4. Requerimientos.....	3
5. Propósito del plan.....	3
6. Desarrollo	3
7. Cronograma para el periodo	3
8. Cuadro de control de cambios	3
9. Anexos.....	4

CONSIDERACIONES PARA EL FORMATO DEL DOCUMENTO A SEGUIR (Eliminar cuando finalice):

- Redacción en tercera persona, singular, presente.
- Títulos numerados como apartados del documento en consecutivo tipo 1., 2., N. en letra Arial, negrita, tamaño 12, con estilo de **Títulos 1** para agregar referencia de tabla de contenido (Índice); primera letra en mayúscula después del número.
- Subtítulos numerados como apartados del documento en consecutivo tipo 1.1., 2.1., N. en letra Arial, negrita, tamaño 12, con estilo de **Títulos 2** para agregar referencia de tabla de contenido (Índice); primera letra en mayúscula después del número.
- Texto del cuerpo de cada apartado en letra Arial, normal, tamaño 12, estilo **Texto**.
- Encabezados de las tablas en letra Arial, negrita, tamaño 12, en mayúscula y centrados en la celda.
- Textos en las celdas de tablas en letra Arial, normal, tamaño 11, alineados a la izquierda superior de la celda.
- Todo el contenido es editable 100% para ser adecuado por el usuario de acuerdo a sus necesidades.
- Los textos en color azul y/o enmarcado entre signo de corchetes [Algún texto] pueden ser sustituidos para adecuar el documento a las particularidades.
- Las instrucciones de uso del documento marcadas en color azul deben ser eliminadas una vez terminado el documento en su versión 0.

2. Involucrados y periodicidad de revisión

Elabora	Revisa	Aprueba
---------	--------	---------

	[Código + Nombre del Plan]	Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad
		Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad


[Completar con el puesto que elabora el documento]		[Completar con el puesto que revisa el documento cuando requiera ser modificado]		[Completar con la dirección o gerencia que aprueba el documento]	
Fecha de creación	Fecha de modificación	Fecha de aprobación	Fecha en que entra en vigencia	Fecha de próxima actualización	
[Completar con la fecha en que se creó el documento o bien conservar la fecha de creación en caso de ser una actualización]	[Completar con la fecha en que se modificó el documento o bien conservar la fecha de creación en caso de ser una actualización]	[Completar con la fecha en que se dio la aprobación por parte de la dirección o gerencia]	[Uso exclusivo del gestor de calidad, debe ser un mes máximo después de la fecha de aprobación]	[Uso exclusivo del gestor de calidad, 2 años posterior a la fecha de vigencia]	

3. Objetivos del plan

Objetivos	Indicador	Meta	Resultado Final
[Completar con el objetivo del plan]	[Completar con la fórmula del indicador]	[Completar con la meta para el objetivo]	[Completar con el dato numérico final de cumplimiento del objetivo]

3.1. Detalle de resultados finales

[Detallar en caso de no haber alcanzado la meta e indicar como se va a lograr para el próximo periodo]

	[Código + Nombre del Plan]	Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad
		Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad

4. Requerimientos

Nivel de documentación	Código	Nombre del documento
[Detallar el tipo de documento relacionado]	[Detallar el código asociado al documento]	[Detallar el nombre del documento]
Este procedimiento		
[Detallar el tipo de documento interno o externo relacionado]	[Detallar el código del documento]	[Detallar el nombre del documento]

5. Propósito del plan

[Detallar el motivo principal que origina la creación del documento, la importancia y lo que se pretende lograr con él. Este propósito debe ser justificado en el apartado del desarrollo]

6. Desarrollo

[Detallar tomando en consideración normativas que apliquen para el cumplimiento del plan]


No.	Responsable	Actividad
7.1.	[Detallar el puesto del responsable]	[Detallar la actividad]

7. Cronograma para el periodo

[Detallar el cronograma de las actividades para el periodo]

8. Cuadro de control de cambios

Fecha	# de Sección	Descripción	Nombre del colaborador
[DD/MM/AAAA]	[Detallar la sección a]	[Detallar el nuevo punto o el cambio en el desarrollo]	[Colocar el nombre del]


	[Código + Nombre del Plan]	Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad
		Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad
	la cual se aplicó el cambio]	colaborador que genera o actualiza el documento]

9. Anexos

[Detallar documentación que de soporte al documento que se está generando o actualizando]

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Figura 81 Plantilla maestra para elaborar guías clínicas


	<p>[Código + Nombre de la Guía Clínica]</p>	<p>Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad</p>
		<p>Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad</p>

1. Contenido

1. Contenido	1
2. Involucrados y periodicidad de revisión	2
3. Requerimientos.....	2
4. Propósito.....	2
5. Alcances	3
6. Definiciones	3
7. Abreviaturas.....	3
8. Desarrollo	3
9. Flujograma.....	3
10. Bibliografía.....	4
11. Cuadro de control de cambios.....	5
12. Anexos	5

CONSIDERACIONES PARA EL FORMATO DEL DOCUMENTO A SEGUIR (Eliminar cuando finalice):

- Redacción en tercera persona, singular, presente.
- Títulos numerados como apartados del documento en consecutivo tipo 1., 2., N. en letra Arial, negrita, tamaño 12, con estilo de Títulos 1 para agregar referencia de tabla de contenido (Índice); primera letra en mayúscula después del número.
- Subtítulos numerados como apartados del documento en consecutivo tipo 1.1., 2.1., N. en letra Arial, negrita, tamaño 12, con estilo de Títulos 2 para agregar referencia de tabla de contenido (Índice); primera letra en mayúscula después del número.
- Texto del cuerpo de cada apartado en letra Arial, normal, tamaño 12, estilo Texto.
- Encabezados de las tablas en letra Arial, negrita, tamaño 12, en mayúscula y centrados en la celda.
- Textos en las celdas de tablas en letra Arial, normal, tamaño 11, alineados a la izquierda superior de la celda.
- Todo el contenido es editable 100% para ser adecuado por el usuario de acuerdo a sus necesidades.
- Los textos en color azul y/o enmarcado entre signo de corchetes [Algún texto] pueden ser sustituidos para adecuar el documento a las particularidades.
- Las instrucciones de uso del documento marcadas en color azul deben ser eliminadas una vez terminado el documento en su versión 0.

	[Código + Nombre de la Guía Clínica]	Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad
		Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad

2. Involucrados y periodicidad de revisión


Elabora		Revisa		Aprueba
[Completar con el puesto que elabora el documento]		[Completar con el puesto que revisa el documento cuando requiera ser modificado]		[Completar con la dirección o gerencia que aprueba el documento]
Fecha de creación	Fecha de modificación	Fecha de aprobación	Fecha en que entra en vigencia	Fecha de próxima actualización
[Completar con la fecha en que se creó el documento o bien conservar la fecha de creación en caso de ser una actualización]	[Completar con la fecha en que se modificó el documento o bien conservar la fecha de creación en caso de ser una actualización]	[Completar con la fecha en que se dio la aprobación por parte de la dirección o gerencia]	[Uso exclusivo del gestor de calidad, debe ser un mes máximo después de la fecha de aprobación]	[Uso exclusivo del gestor de calidad, 2 años posterior a la fecha de vigencia]

3. Requerimientos

Nivel de documentación	Código	Nombre del documento
[Detallar el tipo de documento relacionado]	[Detallar el código asociado al documento]	[Detallar el nombre del documento]
Este procedimiento		
[Detallar el tipo de documento interno o externo relacionado]	[Detallar el código del documento]	[Detallar el nombre del documento]

4. Propósito

[Detallar el motivo principal que origina la creación del documento, la importancia y lo que se pretende lograr con él. Este propósito debe ser justificado en el apartado del desarrollo]

	[Código + Nombre de la Guía Clínica]	Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad
---	---	--

5. Alcances

- **Responsable de la guía clínica:** [Detallar el puesto asignado por la jefatura, dirección o gerencia para la actualización del documento]
- **Aplica a:** [Detallar el puesto o área de trabajo donde es utilizado el documento para ejecutar las labores]
- **Límites:** [Detallar las actividades que marcan el inicio y fin del proceso]

6. Definiciones

[Detallar términos importantes que serán utilizados en el documento y de los cuales se necesita tener conocimiento para mayor comprensión, su extensión depende del público al que se dirija la información. En caso de no ser requerido se debe colocar "N/A"]

-

7. Abreviaturas

[Detallar abreviaturas exclusivas que serán utilizadas en el desarrollo del documento para simplificar la redacción. En caso de no ser requerido se debe colocar "N/A"]

-


8. Desarrollo

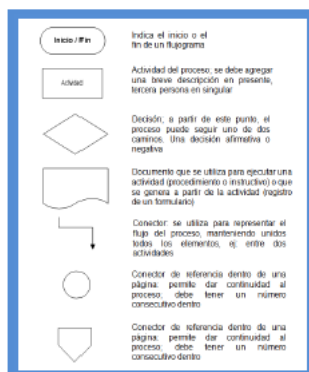
[Detallar todas las actividades para el desarrollo del proceso o el cambio del mismo, redactar en tercera persona singular.]

8.1. Actividades

9. Flujograma

[Desarrollar el diagrama de flujo que corresponda, eliminar explicación de figuras para el archivo final]


 <p>Hospital Clínico Central de San José</p>	<p>[Código + Nombre de la Guía Clínica]</p>	<p>Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad</p> <p>Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad</p>
---	--	---



[Carril uno para un actor, colocar el nombre del puesto del actor]	[Carril dos para otro actor, colocar el nombre del puesto del actor]	[Carril tres para otro actor, colocar el nombre del puesto del actor]

10. Bibliografía

[Detallar documentos de referencia que se utilizaron para reforzar el documento.
En caso de no ser requerido se debe colocar "N/A"]

	[Código + Nombre de la Guía Clínica]	Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad
		Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad

•

11. Cuadro de control de cambios

Fecha	# de Sección	Descripción	Nombre del colaborador
[DD/MM/AAAA]	[Detallar la sección a la cual se aplicó el cambio]	[Detallar el nuevo punto o el cambio en el desarrollo]	[Colocar el nombre del colaborador que genera o actualiza el documento]

12. Anexos

[Detallar documentación que de soporte al documento que se está generando o actualizando]

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Figura 82 Plantilla maestra para elaborar políticas

	<p>[Código + Nombre de Política]</p>	<p>Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad</p>
		<p>Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad</p>

1. Contenido

1. Contenido	1
2. Involucrados y periodicidad de revisión	2
3. Requerimientos.....	2
4. Propósitos de la política.....	2
5. Alcances	3
6. Definiciones	3
7. Abreviaturas.....	3
8. Desarrollo de la política	3
9. Bibliografía.....	4
10. Cuadro de control de cambios.....	4
11. Anexos	4

CONSIDERACIONES PARA EL FORMATO DEL DOCUMENTO A SEGUIR (Eliminar cuando finalice):

- Redacción en tercera persona, singular, presente.
- Títulos numerados como apartados del documento en consecutivo tipo 1., 2., N. en letra Arial, negrita, tamaño 12, con estilo de **Títulos 1** para agregar referencia de tabla de contenido (Índice); primera letra en mayúscula después del número.
- Subtítulos numerados como apartados del documento en consecutivo tipo 1.1., 2.1., N. en letra Arial, negrita, tamaño 12, con estilo de **Títulos 2** para agregar referencia de tabla de contenido (Índice); primera letra en mayúscula después del número.
- Texto del cuerpo de cada apartado en letra Arial, normal, tamaño 12, estilo **Texto**.
- Encabezados de las tablas en letra Arial, negrita, tamaño 12, en mayúscula y centrados en la celda.
- Textos en las celdas de tablas en letra Arial, normal, tamaño 11, alineados a la izquierda superior de la celda.
- Todo el contenido es editable 100% para ser adecuado por el usuario de acuerdo a sus necesidades.
- Los textos en color azul y/o enmarcado entre signo de corchetes [Algún texto] pueden ser sustituidos para adecuar el documento a las particularidades.
- Las instrucciones de uso del documento marcadas en color azul deben ser eliminadas una vez terminado el documento en su versión 0.

	[Código + Nombre de Política]	Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad
		Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad

2. Involucrados y periodicidad de revisión

Elabora		Revisa		Aprueba	
[Completar con el puesto que elabora el documento]		[Completar con el puesto que revisa el documento cuando requiera ser modificado]		[Completar con la dirección o gerencia que aprueba el documento]	
Fecha de creación	Fecha de modificación	Fecha de aprobación	Fecha en que entra en vigencia	Fecha de próxima actualización	
[Completar con la fecha en que se creó el documento o bien conservar la fecha de creación en caso de ser una actualización]	[Completar con la fecha en que se modificó el documento o bien conservar la fecha de creación en caso de ser una actualización]	[Completar con la fecha en que se dio la aprobación por parte de la dirección o gerencia]	[Uso exclusivo del gestor de calidad, debe ser un mes máximo después de la fecha de aprobación]	[Uso exclusivo del gestor de calidad, 2 años posterior a la fecha de vigencia]	

3. Requerimientos

Nivel de documentación	Código	Nombre del documento
[Especificar tipo de documento, este puede ser externo o interno]	[Detallar el código asociado al documento]	[Detallar el nombre del documento]

4. Propósitos de la política

[Detallar el propósito de la política para alinear las acciones y la toma de decisiones rutinarias del proceso con el procedimiento, además complementan los requerimientos de la norma ISO 9001:2015]

	[Código + Nombre del Política]	Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad
---	---------------------------------------	--

5. Alcances

- **Responsable de la política:** [Detallar el puesto asignado por la jefatura, dirección o gerencia para la actualización del documento]
- **Aplica a:** [Detallar el puesto o área de trabajo donde es utilizado el documento para ejecutar las labores]
- **Límites:** [Detallar las actividades que marcan el inicio y fin del proceso]

6. Definiciones

[Detallar términos importantes que serán utilizados en el documento y de los cuales se necesita tener conocimiento para mayor comprensión, su extensión depende del público al que se dirija la información. En caso de no ser requerido se debe colocar "N/A"]

-

7. Abreviaturas

[Detallar abreviaturas exclusivas que serán utilizadas en el desarrollo del documento para simplificar la redacción. En caso de no ser requerido se debe colocar "N/A"]

-

8. Desarrollo de la política

[Detallar tomando en consideración normativas que apliquen para el cumplimiento de la política]

No.	Responsable	Actividad
7.1.	[Detallar el puesto del responsable]	[Detallar la actividad]

	[Código + Nombre del Política]	Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad
		Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad

9. Bibliografía

[Detallar documentos de referencia que se utilizaron para reforzar el documento. En caso de no ser requerido se debe colocar "N/A"]

-

10. Cuadro de control de cambios


Fecha	# de Sección	Descripción	Nombre del colaborador
[DD/MM/AAAA]	[Detallar la sección a la cual se aplicó el cambio]	[Detallar el nuevo punto o el cambio en el desarrollo]	[Colocar el nombre del colaborador que genera o actualiza el documento]

11. Anexos

[Detallar documentación que de soporte al documento que se está generando o actualizando]

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Figura 83 Plantilla maestra para elaborar formularios


 <p>Hospital Clínico Central de San José</p>	<p>[Código + Nombre del Formulario]</p>	<p>Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad</p> <p>Página 1 de 1</p>
---	--	--

[Detalle la información que requiere se muestre en el formulario]

Fecha de creación	Fecha de modificación	Fecha de aprobación	Fecha en que entrar en vigencia	Fecha de próxima actualización
[Completar con la fecha en que se creó el documento o bien conservar la fecha de creación en caso de ser una actualización]	[Completar con la fecha en que se modificó el documento o bien conservar la fecha de creación en caso de ser una actualización]	[Completar con la fecha en que se dio la aprobación por parte de la dirección o gerencia]	[Uso exclusivo del gestor de calidad, debe ser un mes máximo después de la fecha de aprobación]	[Uso exclusivo del gestor de calidad, 2 años posterior a la fecha de vigencia]

Nota: Ana Catalina Vargas Torres




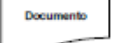




Figura 84 Plantilla maestra para elaborar diagramas de flujo



Plantilla maestra para la elaboración de flujogramas

Indicaciones: Guarde en su escritorio antes de usar.
 Copie y pegue las figuras debaladas en el cuadro al lado derecho de la pantalla para completar el diagrama, tomando en cuenta las descripciones para cada una de las figuras.
 Una vez que el diagrama este listo se debe copiar y pegar en la sección correspondiente del procedimiento o Instructivo relacionado.


[Colocar el nombre del proceso que se va a diagramar]			
[Colocar el puesto del actor 1]	[Colocar el puesto del actor 2]	[Colocar el puesto del actor 3]	[Colocar el puesto del actor 4]

       	<p>Inicio / Fin: Índice del inicio o el fin de un flujograma.</p> <p>Actividad: Actividad del proceso; se debe agregar una breve descripción en presente, tercera persona en singular.</p> <p>Decisión: se agrega cuando en el proceso se puede seguir uno de dos caminos. Una decisión afirmativa o negativa.</p> <p>Documento: se utiliza para ejecutar una actividad (procedimiento o instructivo) o que se genera a partir de la actividad (registro de un formulario).</p> <p>Varios documentos: se utiliza para ejecutar una actividad (procedimiento o instructivo) o que se genera a partir de la actividad (registro de un formulario).</p> <p>Conector: se utiliza para representar el flujo del proceso, manteniendo unidos todos los elementos.</p> <p>Conector de referencia dentro de una página: permite dar continuidad al proceso, debe tener un número consecutivo dentro.</p> <p>Conector de referencia en la siguiente página: permite dar continuidad al proceso, debe tener un número consecutivo dentro.</p>
--	---

Fecha de creación:	DD/MM/AAAA	Código 07 / V.0
Fecha de última actualización:	DD/MM/AAAA	

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

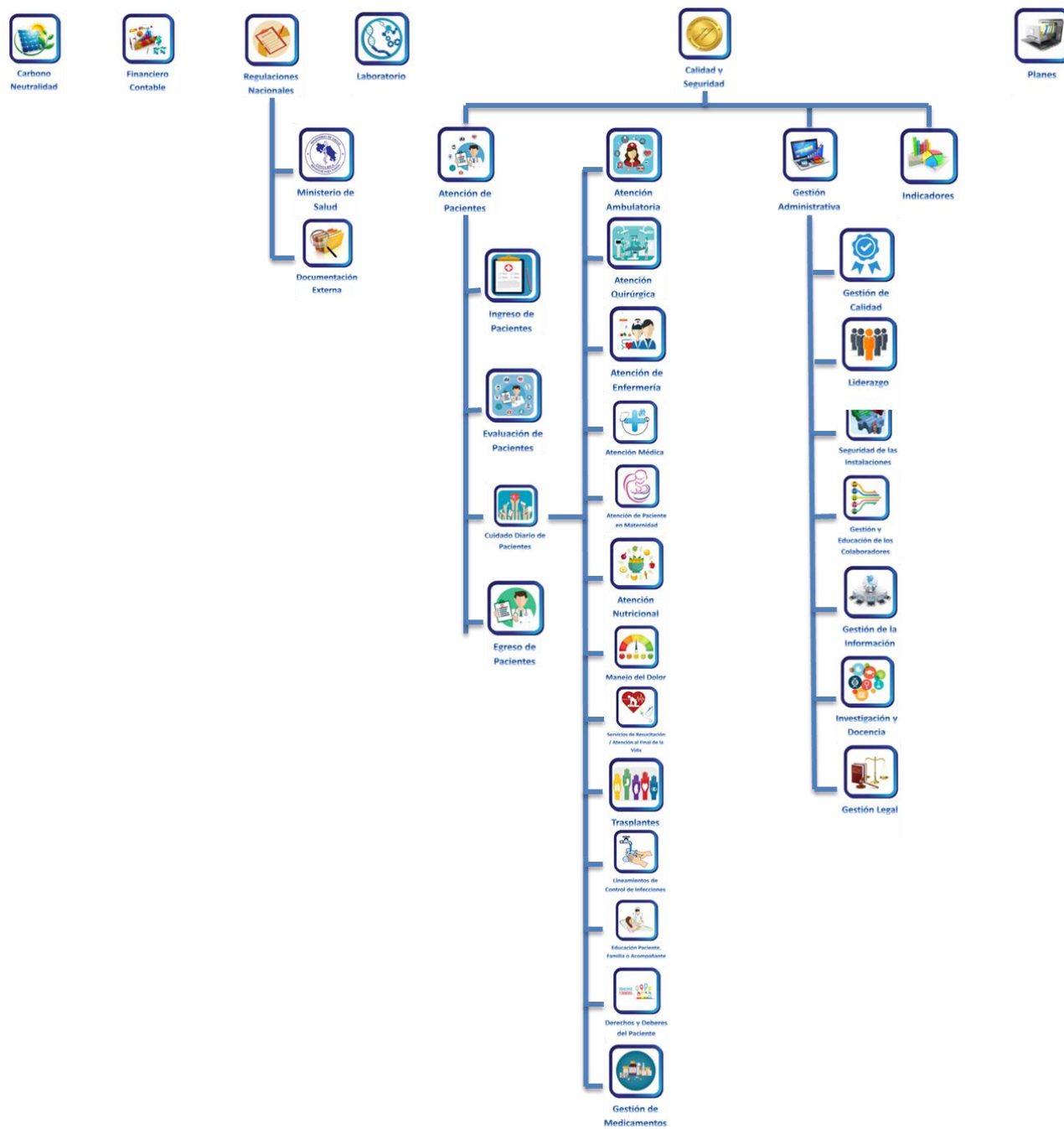
Figura 85 Plantilla maestra para elaborar fichas de procesos

 <p>Hospital Clínico Central de San José</p>	<p>[Código + Nombre de la Ficha de Proceso]</p>	<p>Versión: Uso exclusivo del Gestor de Calidad</p> <p>Copia Controlada N°: Uso exclusivo del Gestor de Calidad</p>
<p>Fecha de revisión:</p>		
<p>Responsables</p>		
<p>Objetivo del proceso</p>		
<p>Entradas</p>	<p>Salidas</p>	
<p>Actividades del proceso</p>		
<p>Procesos relacionados</p>		
<p>Recursos / Necesidades</p>		
<p>Indicadores</p>		
<p>Riesgos</p>		
<p>Documentos relacionados</p>		
<p>Código: 08</p>	<p>Fecha: DD/MM/AAAA</p>	<p>Versión: 0</p>
<p>Página: 1 de 1</p>		

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Apéndice 7

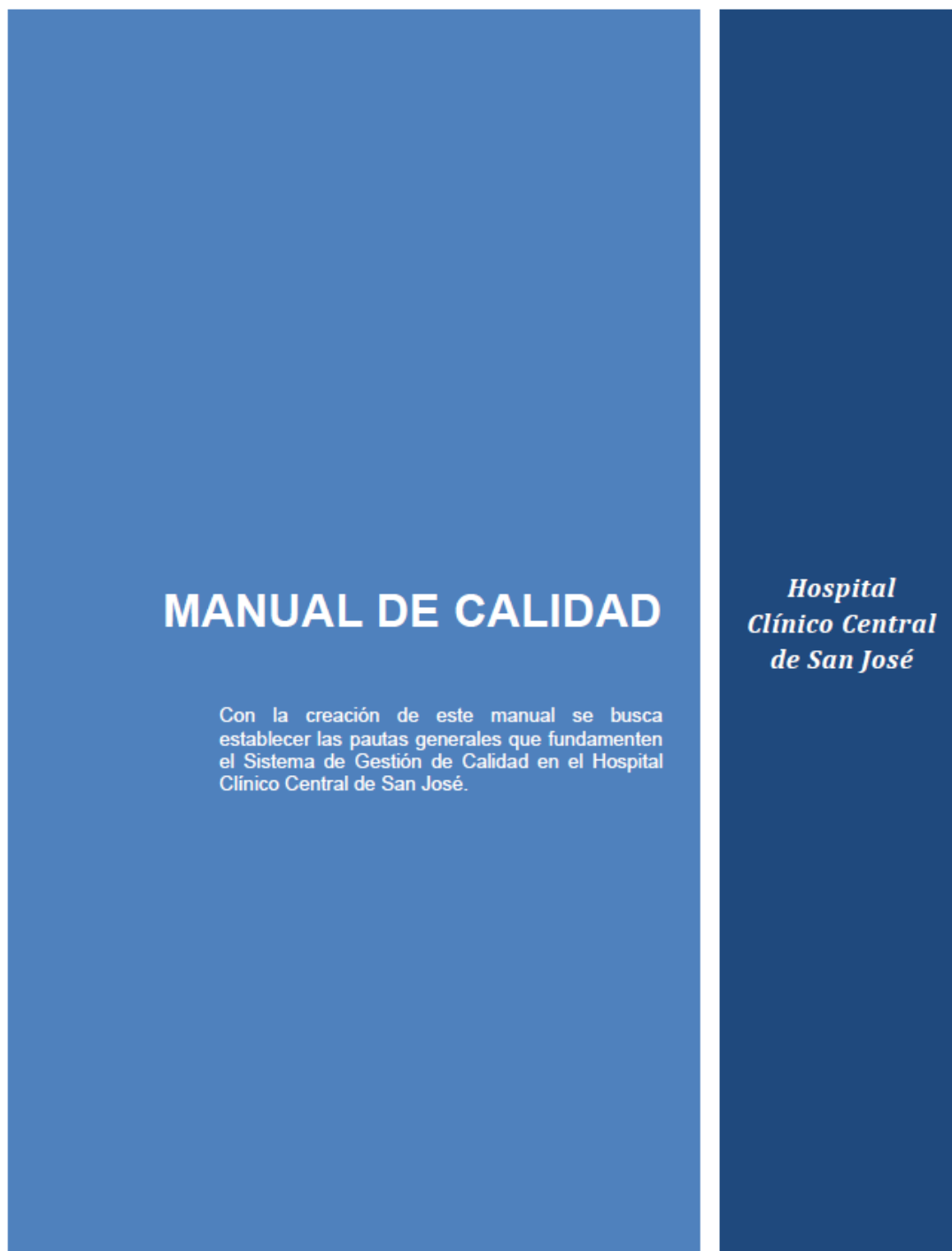
Figura 86 Estructura para la gestión documental en Hospital Clínico Central de San José



Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Apéndice 8

Figura 87 Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José



	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

Contenido

Involucrados y periodicidad de revisión	2
1. Introducción.....	1
1.1. Propósito	1
1.2. Alcance.....	1
2. Referencias	2
3. Términos y Definiciones	2
4. Contexto de la organización.....	3
4.1. Reseña Histórica	3
4.2. Misión de la Organización	4
4.3. Visión de la Organización.....	4
4.4. Valores	5
4.5. Organigrama	5
4.6. Mapeo de procesos	7
4.7. Requisitos generales.....	7
4.8. Requisitos de la documentación.....	8
4.8.1. Manual de calidad	8
4.8.2. Control de documentos	8
5. Liderazgo	9
5.1. Compromiso de los involucrados e interesados en el SGC.....	9
5.1.1. Gerencia General	9
5.1.2. Consejo Ejecutivo.....	10
5.1.3. Comité de Calidad	10
5.1.4. Calidad Hospitalaria	11
5.2. Enfoque al cliente	11
5.3. Política de calidad	12
5.4. Planificación	13
5.4.1. Gestión de Riesgos	13
5.4.2. Objetivos de calidad	13
5.4.3. Planificación del Sistema de Gestión de Calidad	14
5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación	14
5.5.1. Representante de la dirección	14
5.5.2. Comunicación interna.....	15
5.6. Revisión del Sistema de Gestión de Calidad.....	15
5.6.1. Generalidades	15
5.6.2. Información para la revisión del SGC.....	15
5.6.3. Resultados de la revisión	16
6. Estructura y organización del programa.....	16
6.1. Programa de Calidad.....	16

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

7. Modo de trabajo	17
7.1. Generación del Comité de Calidad.....	17
7.2. Funciones del comité de calidad.....	17
7.4. Integrantes del departamento de calidad y el comité de calidad.....	19
7.5. Estrategia de trabajo del departamento de calidad y el comité de calidad.....	19
7.6. Metodología de trabajo del departamento de calidad y el comité de calidad.....	20
7.7. Grupos de trabajo asociados al Comité de Calidad.....	21
8. Guías de Práctica Clínica	21
9. Mejora continua	21
9.1. Ciclos de mejora.....	21
9.2. Creación de indicadores.....	22
9.3. Validación de Indicadores.....	24
9.4. Medición de la voz del cliente.....	25
10. Cuadro de control de cambios	25
11. Anexos	25

Involucrados y periodicidad de revisión

Elabora		Revisa		Aprueba	
Gestora de Calidad		Gerente de Calidad y Ambiente		Director General	
Fecha de creación	Fecha de modificación	Fecha de aprobación	Fecha en que entra en vigencia	Fecha de próxima actualización	

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

1. Introducción

1.1. Propósito

Este manual tiene como propósito establecer las pautas generales que fundamenten el Sistema de Gestión de Calidad en el Hospital Clínico Central de San José y las futuras sedes que se creen para la conformación de la red de servicios hospitalarios, además se busca que sirva de base y guía para evaluar, controlar y mejorar la calidad reforzando la cultura en la organización, respaldando los servicios brindados y la cultura de seguridad para la satisfacción de clientes tanto internos como externos.

El Sistema de Gestión de Calidad pretende a nivel interno dar a conocer la política, los procedimientos y requisitos de calidad de la red hospitalaria a todo el personal para su formación y conocimiento, busca la implementación efectiva de un plan de calidad y además brindar herramientas de control que contribuyan a garantizar la calidad tomando en cuenta la gestión documental para respaldar el plan y auditarlo.

A nivel externo con el Sistema de Gestión de Calidad se pretende dar a conocer el compromiso de la red hospitalaria con servicios de calidad que buscan velar siempre por el bienestar de los pacientes, demostrar el cumplimiento de lineamientos ante cualquier ente regulador o ente de certificación o acreditación, además de continuar siendo un centro de atención referente a nivel nacional e internacional.

1.2. Alcance

Este documento abarca todas las áreas funcionales y procesos de la organización tanto en su parte clínica como en la administrativa. Dentro de este proceso de gestión, el Comité de Calidad y el departamento de calidad adquieren

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

un protagonismo especial ya que son a lo interno, los entes especializados en materia de aseguramiento de calidad y los principales promotores de iniciativas de calidad destinadas a mantener activos los procesos de mejora continua y mejores prácticas.

2. Referencias

Este manual tiene como referencia las siguientes normas:

- Requisitos de la norma ISO 9001:2015 para el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad.
- Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals.

3. Términos y Definiciones

- HCCSJ: Hospital Clínico Central de San José.
- CH: Calidad Hospitalaria.
- SGC: Sistema de Gestión de Calidad.
- Calidad: según la norma ISO:9001 la calidad es el "grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos".
- Requisito: según la norma ISO:9001 un requisito es la "necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria".
- Política de calidad: es un compromiso declarado de una organización que tiene que ser formal para poder tomar decisiones.
- Cliente interno: es cualquier persona dentro de la organización que toma el resultado o producto de un proceso como insumo para realizar su propio proceso.
- Cliente externo: es cualquier persona externa a la organización que requiere de un servicio o un producto.

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

- Parte interesada: corresponde a los grupos de interés que se pueden ver afectados por las actividades de la organización, o bien sus decisiones pueden afectar al SGC.

4. Contexto de la organización

4.1. Reseña Histórica

El Hospital Clínico Central de San José cuenta con noventa años de servicio médico, nace de un proyecto de ayuda con la misión de contribuir con el sistema de salud de Costa Rica ya que en los años treinta se evidenciaban grandes problemas de salud en infantes y de cada mil niños nacidos al año, trescientos cincuenta morían antes de cumplir los cinco años, siendo la desnutrición y el abandono los principales problemas sufridos por la infancia en ese periodo.

Para esa época solo existía el Hospital San Juan de Dios y dicho hospital no contaba con la capacidad de atender por si solo a tantos enfermos, por lo que un grupo de personas decide contribuir con los más necesitados y en especial con los niños brindando servicios médicos totalmente gratuitos por medio de la constitución del Hospital Clínico Central de San José como un hospital pediátrico, materno y con áreas quirúrgicas.

En los años setenta el área de salud nacional había tenido importantes avances, la tasa de mortalidad infantil había disminuido considerablemente y misión se daba por cumplida ya que se había dado un importante avance y se contaba con instalaciones amplias, personal médico capaz y equipo tecnológico excelente, sin embargo, la ayuda económica era vital para poder mantener las puertas del hospital abiertas y poder continuar con la labor del centro.

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

Al surgir la necesidad económica que permitiera mantener el hospital, un grupo de empresarios decide constituirse como una asociación y solicitar la aprobación de los fundadores para poder administrar el hospital manteniendo la esencia de su creación intacta mediante la ayuda a los más necesitados, dado lo anterior el hospital vende sus servicios a las personas que puedan pagar por ellos y con las ganancias mantiene un programa de ayuda social que le permite atender a personas de escasos recursos.

Hoy en día es uno de los hospitales más importantes de Costa Rica, cuenta con el sello país de carbono neutralidad y esencial Costa Rica, entre otras; es reconocido internacionalmente por su amplia gama de servicios médicos ambulatorios y hospitalarios, entre los que destacan más de 50 especialidades médicas, hospital, urgencias, cirugía general y ambulatoria, maternidad, diagnóstico por imágenes, laboratorio, banco de sangre, farmacia, entre otras; cuenta con 841 colaboradores y busca crecimiento a través de expansión, fomentando educación, investigación e innovación.

4.2. Misión de la Organización

Conformamos una red de servicios hospitalarios comprometida con los principios en que fue fundada, innovadora y dedicada a fortalecer programas de ayuda social en favor de los más necesitados.

4.3. Visión de la Organización

Ser la mejor red hospitalaria privada a nivel nacional y regional, reconocida internacionalmente como un centro especializado de diagnóstico y tratamiento médico integral, centrado en el paciente y con un alto componente de enseñanza e investigación.


	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

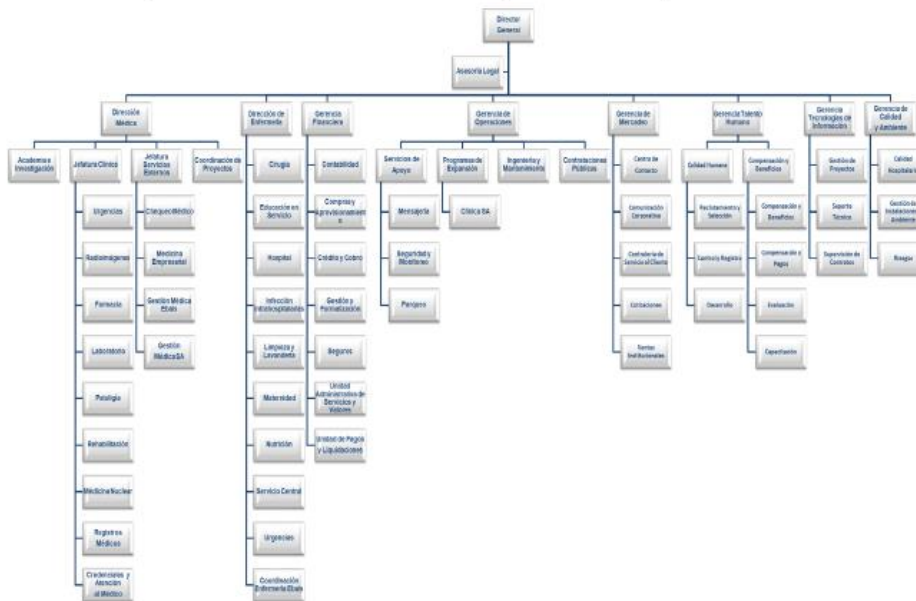
4.4. Valores

- Servicio: dar la milla extra en el servicio.
- Integridad: coherencia en lo que se piensa, se dice y se hace.
- Cooperación: trabajo en equipo con energía.
- Innovación: crear de manera continua, nuevas y mejores soluciones.
- Solidaridad: unión con los semejantes.

4.5. Organigrama

A continuación, se muestra el organigrama del Hospital Clínico Central de San José.

 <p>Hospital Clínico Central de San José</p>	<h2 style="margin: 0;">Manual de Calidad</h2> <h3 style="margin: 0;">Hospital Clínico</h3> <h3 style="margin: 0;">Central de San José</h3>	<p>Versión: 0</p> <p>Copia Controlada N°: N/A</p>
---	--	---



	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

4.6. Mapeo de procesos

El mapeo de procesos en una organización permite identificar, conocer y entender mejor los procesos relacionados con el funcionamiento de la organización en busca de la mejora y el logro de la satisfacción de los clientes.



4.7. Requisitos generales

Con este manual de calidad el Hospital Clínico Central de San José busca marcar las pautas que sirvan de base y guía para evaluar, controlar y mejorar la calidad reforzando la cultura en la organización, respaldando los servicios brindados y la satisfacción de clientes tanto internos como externos.

Adicionalmente se toman en consideración los procesos para establecer, implementar, mantener y mejorar el sistema tomando en consideración las relaciones mediante las fichas de procesos que permiten determinar entradas y

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

salidas de los procesos, la relación con otros, indicadores que permitan asegurar la operación y el control de cada uno de ellos, los recursos, responsabilidades, riesgos, entre otras cosas.

4.8. Requisitos de la documentación

4.8.1. Manual de calidad

Este manual incluye la política y objetivos de calidad, además del alcance del SGC con sus respectivas exclusiones. El departamento de calidad hospitalaria se designa como responsable de confeccionar, revisar y plantear actualizaciones al presente manual según sea necesario para después ser presentado al comité ejecutivo, dirección general y junta directiva para la respectiva aprobación y difusión de este.

4.8.2. Control de documentos

El sistema de gestión de la documentación tiene el objetivo principal guiar e instruir al colaborador para ejecutar correctamente las diferentes actividades en los procesos en que deba ejecutar determinadas actividades. El encargado de la documentación en CH, gestiona con los diferentes departamentos los documentos que apoyen el proceso diario de las diferentes actividades.

Toda la documentación debe ser revisadas cada 18 meses, excepto casos específicos que lo harán anualmente o en caso de que sea necesario para la aplicación de algún ajuste que será realizado de acuerdo a los cambios de mercado, demanda, industria, economía y en procesos internos que puedan afectar su funcionamiento.

Al manejar la documentación centralizada por medio de la plataforma o red interna de la organización, se asegura mantener la documentación protegida,

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

actualizada y disponible para el personal de HCCSJ, dicha información será visible en una estructura por procesos donde se espera una fácil navegación y exploración de todos los documentos existentes.

En la siguiente pirámide, se muestran los tipos de documentos con los que cuenta el Hospital Clínico Central de San José.



5. Liderazgo

5.1. Compromiso de los involucrados e interesados en el SGC.

5.1.1. Gerencia General

La Gerencia General tiene como compromiso:

- Aprobación del manual de calidad anualmente.

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

- Revisión trimestral de los informes presentados por el Consejo Ejecutivo donde se incluyen temas relacionados a eventos adversos y eventos centinela, entre otros.
- Asignación de recursos.
- Toma de decisiones y seguimiento de acuerdo a la información presentada por el Comité de Calidad.

5.1.2. Consejo Ejecutivo

El Consejo Ejecutivo se encuentra conformado por el Director General, el Director Médico, la Directora de Enfermería y seis Gerencias, su compromiso se evidencia principalmente en:

- Asegurar que la Junta Directiva reciban trimestralmente la información presentada por el departamento de calidad y el comité de calidad.
- Velar por la cultura de calidad y seguridad del paciente en toda la red hospitalaria.

5.1.3. Comité de Calidad

El Comité de Calidad se encuentra conformado por miembros de Dirección Médica, Dirección de Enfermería y de la Gerencia de Calidad y Ambiente, su compromiso se evidencia principalmente en:

- Respalda al departamento de calidad hospitalaria como ente regulador del SGC.
- Respalda la política y objetivos de calidad para su difusión.
- Velar por las actividades asociadas al SGC para que sean planificadas, implementadas y controladas con su debido seguimiento.

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

- Establecer puntos de mejora en las reuniones para informar al Consejo Ejecutivo y que la información se comunique de manera clara, efectiva y oportuna a la Junta Directiva para la toma de decisiones.
- Velar por el mejoramiento continuo de todos los procesos dentro del hospital que se encuentran dentro del SGC.

5.1.4. Calidad Hospitalaria

Este departamento se encuentra conformado por un coordinador y dos gestores de calidad, su compromiso se evidencia principalmente en:

- Difundir la política y objetivos de calidad.
- Fomentar la participación, compromiso y empoderamiento de los colaboradores en las iniciativas de mejoramiento.
- Aplicar metodologías y herramientas de mejora para alcanzar la excelencia en el desempeño.
- Brindar educación sobre la calidad a toda la población.
- Innovar con propuestas para proyectos de mejora.
- Realizar trazadores y auditorías a las distintas áreas del Hospital.
- Diseñar y mejorar procesos.
- Gestionar eventos reportados evaluando su condición.
- Gestionar la documentación de toda la organización para centralizarla y controlar todo lo referente a procedimientos, manuales, formularios, instructivos, políticas, etc.
- Gestionar los indicadores de toda la organización.

5.2. Enfoque al cliente

La dirección se encuentra comprometida con la satisfacción del cliente y se apoya en la contraloría de servicio al cliente que es la encargada de escuchar y

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

analizar la voz del cliente ante alguna sugerencia, disconformidad, queja o bien una felicitación, se identifican las necesidades de los clientes o usuarios por medio de encuestas de satisfacción.

Con el fin de hacer cumplir lo anterior, la contraloría tiene como tarea asegurar medios de comunicación variados y de fácil acceso para el cliente, sus familiares y médicos construyendo canales de comunicación en forma directa, impactando en la experiencia del paciente y sus familias.

Toda queja o disconformidad presentada por un cliente es canalizada mediante el sistema para la gestión de quejas, donde se procederá con la generación de informes mensuales que permitan evaluar la voz del cliente para que la dirección general tome de decisiones que contribuyan a la mejora.

5.3. Política de calidad

El Hospital Clínico Central de San José es una entidad comprometida con proyectos de ayuda a los más necesitados y a ofrecer servicios de calidad para la satisfacción y seguridad de los clientes y colaboradores, comprometido con el cumplimiento de los requisitos la norma ISO 9001:2015 para el adecuado uso, mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión de Calidad conformado por procesos y prácticas gestionadas por equipos de trabajo con excelentes profesionales.

Esta política es propuesta por el departamento de calidad y es aprobada por el director general de la organización y se encuentra disponible en la red interna para que sea de acceso de todo aquel colaborador que la desee consultar y en la página oficina del hospital para acceso de partes interesadas externas a la organización, adicionalmente se comunicara por medio de las jefaturas para que la misma sea entendida y aplicada en el hospital.

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

5.4. Planificación

5.4.1. Gestión de Riesgos

La administración del riesgo es el proceso que involucra las etapas de identificación, análisis, respuesta y el monitoreo continuo, su análisis en términos de consecuencias y probabilidad de ocurrencia permite evaluar un nivel estimado del riesgo.

A partir del mapeo y aprovisionamiento de este insumo, los grupos interdisciplinarios o comités evalúan y clasifican por orden de importancia, a la hora de elaborar planes de mitigación y el personal que se encuentra inmerso en el proceso y día a día lo ejecuta vela por su ejecución para que sea monitoreado y se le dé seguimiento por parte del departamento de calidad y el comité de calidad.

Adicionalmente, se da por parte del departamento de riesgos la monitorización de los datos de calidad de conformidad con los contratos, el análisis de la información sobre la calidad y seguridad de las entidades externas contratadas, esto con la participación de líderes clínicos y administrativos pertinentes.

5.4.2. Objetivos de calidad

- Satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.
- Asegurar la eficiencia en los procesos.
- Asegurar contrataciones de personal cualificado de acuerdo con el perfil.
- Cumplir con requisitos legales y normativos.

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

5.4.3. Planificación del Sistema de Gestión de Calidad

Se toma en cuenta para la planificación los requerimientos de los usuarios y las partes interesadas, el Comité de Calidad y el departamento de calidad hospitalaria se aseguran de que la planificación del SGC cumpla con la política y objetivos de calidad, además de velar por las etapas de hacer, verificar y actuar como parte del mejoramiento continuo para lograr la satisfacción de los usuarios internos y externos.

La integridad del SGC es garantizada al no poder incorporar ningún documento nuevo o cambios en los existentes sin la revisión correspondiente del departamento de calidad hospitalaria y el comité de calidad para analizar el impacto o la relación con otros documentos del sistema.

5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación

La Junta Directiva y el Consejo Ejecutivo del Hospital velan por la definición de responsabilidades y autoridades, además se encargan de que las mismas se comuniquen de manera oportuna a toda la organización.

Dado lo anterior el Hospital Clínico Central de San José cuenta con perfiles de puestos actualizados donde cada colaborador tiene definidas sus responsabilidades o funciones de acuerdo con su perfil, experiencia, educación, entre otras.

5.5.1. Representante de la dirección

La Dirección del Hospital delega como representante al departamento de calidad hospitalaria y al comité de calidad para que sean los entes que velen por el cumplimiento del SGC aplicable al HCCSJ y a su red de servicios, en todos los niveles que conforman la entidad con el apoyo de los directores y gerentes.

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

5.5.2. Comunicación interna

La comunicación interna a nivel de la organización se maneja de manera bidireccional, la información pasa de la Junta Directiva al Consejo Ejecutivo, del Consejo Ejecutivo se le comunica lo correspondiente al departamento de calidad y al comité de calidad y ellos a su vez informan la organización sobre decisiones tomadas por la Junta Directiva; y viceversa.

La información debe ser difundida por correo electrónico, el boletín semanal, en campañas o visitas que se realicen a las áreas, además el departamento de calidad organizará reuniones mensuales con el comité de calidad y trimestrales con gerentes y directores.

5.6. Revisión del Sistema de Gestión de Calidad

5.6.1. Generalidades

La revisión del Sistema de Gestión de Calidad se realiza por parte del departamento de calidad hospitalaria, el comité y el director general, con el fin de velar y asegurar que el sistema sigue siendo útil, correcto y eficaz, dicha revisión permite detectar oportunidades de mejora y la necesidad de realizar cambios en el sistema, su política o sus objetivos.

5.6.2. Información para la revisión del SGC

El departamento de calidad hospitalaria, contraloría de servicio al cliente y los comités asociados brindan los insumos necesarios para la toma de decisiones, entre los insumos a presentar se encuentra la siguiente información:

- Hallazgos que requieran de atención y que fueron detectados por Calidad Hospitalaria o los Comités, dadas las auditorias, trazadores, inspecciones, visitas, entre otros.

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

- El desempeño de los procesos por medio de los indicadores establecidos de acuerdo con las prioridades de medición.
- Retroalimentación sobre resultados de las encuestas de satisfacción aplicadas a los clientes.
- Acciones preventivas y correctivas para la resolución de problemas y quejas.
- Cambios que puedan afectar el SGC.
- Recomendaciones de mejora.

5.6.3. Resultados de la revisión

Producto de la revisión se selecciona la información que se considere importante que el Consejo Ejecutivo tenga para presentar a la Junta Directiva, dicha información debe generar planes de acción para mejorar la eficiencia del SGC, para mejorar los servicios relacionados con los requerimientos de los clientes, la necesidad de incorporar nuevos recursos o reasignar los existentes e informes sobre evolución y mejora.

En caso de que se puedan implementar acciones correctivas o planes de acción el departamento de calidad hospitalario será el responsable del acercamiento con las áreas para lo correspondiente, respaldado por el comité de calidad.

6. Estructura y organización del programa

6.1. Programa de Calidad

Apoyado con el Plan de Calidad del departamento de CH se busca alcanzar los objetivos detallados en este Manual de Calidad.

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

7. Modo de trabajo

En este punto se toma en consideración la forma en que se dará cumplimiento al Manual de Calidad, esto de acuerdo con la aprobación de la dirección general de la red Hospitalaria con el fin del mejoramiento continuo de la cultura de calidad en cada hospital que conforme la red.

Dado que actualmente existe un departamento de calidad dentro de la organización este será el encargado de gestionar el sistema en conjunto con un nuevo comité de calidad que se debe conformar para respaldar las labores del departamento de calidad hospitalaria.

7.1. Generación del Comité de Calidad

Como parte de la estrategia para asegurar la calidad de la red hospitalaria la gerencia general define como responsables para el cumplimiento de este manual al departamento de calidad hospitalaria y a un nuevo comité de calidad.

Este Comité tiene como objetivo velar por el cumplimiento de lo estipulado en este manual en conjunto con el departamento de calidad hospitalaria y aplicar mejoras a los procesos para aumentar la calidad de los servicios y la seguridad a los pacientes, familiares y demás personas que visitan la organización, además de la seguridad de los colaboradores.

7.2. Funciones del comité de calidad

- Respalda al departamento de calidad hospitalaria como ente regulador del SGC.
- Respalda la política y objetivos de calidad para su difusión.

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

- Velar por las actividades asociadas al SGC para que sean planificadas, implementadas y controladas con su debido seguimiento.
- Establecer puntos de mejora en las reuniones para informar al Consejo Ejecutivo y que la información se comunique de manera clara, efectiva y oportuna a la Junta Directiva para la toma de decisiones.
- Velar por el mejoramiento continuo de todos los procesos dentro del hospital que se encuentran dentro del SGC.

7.3. Funciones del departamento de calidad

- Difundir la política y objetivos de calidad.
- Fomentar la participación, compromiso y empoderamiento de los colaboradores en las iniciativas de mejoramiento.
- Aplicar metodologías y herramientas de mejora para alcanzar la excelencia en el desempeño.
- Brindar educación sobre la calidad a toda la población.
- Innovar con propuestas para proyectos de mejora.
- Realizar trazadores y auditorías a las distintas áreas del Hospital.
- Diseñar y mejorar procesos.
- Gestionar eventos reportados evaluando su condición.

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

- Gestionar la documentación de toda la organización para centralizarla y controlar todo lo referente a procedimientos, manuales, formularios, instructivos, políticas, etc.
- Gestionar los indicadores de toda la organización.
- Aprobar los nuevos indicadores que se presenten por parte de Calidad Hospitalaria.

7.4. Integrantes del departamento de calidad y el comité de calidad

El departamento de calidad está conformado por un coordinador y dos gestores de calidad, por su parte el comité de calidad se encuentra conformado por miembros de dirección médica, dirección de enfermería y el gerente de calidad y ambiente, se busca conformar el comité de esta manera ya que las direcciones más fuertes e involucradas en la mayoría de los procesos operativos de la organización la conforman la dirección médica y de enfermería.

7.5. Estrategia de trabajo del departamento de calidad y el comité de calidad

Dentro de la estrategia del trabajo del departamento de calidad y el comité de calidad se determina que:

- La introducción de la gestión de calidad en el hospital debe estar respaldada con la participación de la alta dirección.
- La definición del contexto de la organización debe ser compartida ya que es de gran apoyo para las estrategias de implementación.
- La formación del personal se debe dar a todos los colaboradores de la organización para que se involucren y comprometan a mejorar la calidad.

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

- Difundir el manual de calidad mediante la red interna junto con toda la documentación relacionada al SGC.
- Para el programa se deben aprovechar los recursos formados y cualificados con los que actualmente cuenta la organización, con los medios de comunicación o difusión y sistemas actuales donde se gestiona la información para generar datos.
- Brindar formación a los recursos que no se encuentran cualificados pero que son necesarios para el adecuado funcionamiento del sistema.
- Implementar actividades para mejorar la calidad partiendo por ciclos de mejora ya que son fáciles de comprender y aportan un gran valor didáctico a la gestión de la calidad. Con esto se busca que se desarrollen con éxito y motiven.

7.6. Metodología de trabajo del departamento de calidad y el comité de calidad

El departamento de calidad y el comité de calidad fundamentan su metodología de trabajo mediante reuniones periódicas centradas en temas varios presentados por algunos comités o bien sobre situaciones detectadas por el departamento de calidad y el comité que deben ser analizadas, en dichas reuniones también se da la discusión de políticas y normas.

Adicionalmente dentro de la metodología de trabajo se encuentra la discusión, redacción y comunicación del programa de gestión de calidad, la definición de nuevos comités para el apoyo del departamento de calidad y el comité y la recepción de ciclos de mejora.

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

7.7. Grupos de trabajo asociados al Comité de Calidad

A nivel del HCCSJ existen tres estructuras de comités integrados por funcionarios de distintos departamentos que se reúnen periódicamente para dar seguimiento a temas interdisciplinarios que son informados al departamento de calidad y al comité de calidad para que en caso de ser necesario esos temas sean informados oportunamente a la dirección general y a su vez la dirección informe a junta directiva.

8. Guías de Práctica Clínica

El departamento de calidad hospitalaria y el comité de calidad coordinan el desarrollo de las guías clínicas, estas guías son elaboradas por personal clínico cualificado que conforma los comités y las mismas son presentadas para su aprobación al comité ejecutivo.

Toda guía clínica debe especificar el procedimiento o método e indicadores que deben ser incluidos dentro del archivo maestro para la gestión de indicadores con el que actualmente cuenta el hospital.

9. Mejora continua

Para lograr la mejora continua se plantean las siguientes actividades:

9.1. Ciclos de mejora

Los ciclos de mejora son herramientas fundamentales para la mejora continua, a nivel del Hospital Clínico Central de San José se busca tomarlos en consideración como una actividad vital para la gestión de la calidad, esto dado que el departamento de calidad y los distintos comités trabajaran en conjunto en las distintas áreas para que se dé la mejora continua orientada a la mejora de la organización.

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

9.2. Creación de indicadores

Para la construcción de un indicador se deben tomar en consideración los siguientes puntos establecidos por la norma JCI:

- **Definición de términos:** realizar todas las aclaraciones necesarias en la construcción de los criterios que determinan los numeradores y denominadores, de forma tal que sean normativos y explícitos.
- **Tipo de indicador:** se debe explicitar si lo que se mide son datos de estructura (organizativos), proceso o resultado; de igual manera si está previsto que sea un indicador centinela, o que se mida como tasa, como media o como cualquier otro tipo de estimador estadístico.
- **Fundamento:** se debe describir por qué lo que vamos a medir es relevante para la calidad del problema, aspecto o servicio a monitorizar.
- **Población a la que se aplica:** se debe describir de forma clara y pormenorizada el universo y la unidad de estudio en la que se va a medir el indicador. La muestra de unidades de estudio va a ser el denominador de los indicadores tipo tasa, proporción y media.
- **Fuente de datos:** se deberá detallar toda la secuencia de obtención de los datos, desde la identificación de unidades de estudio hasta la medición del indicador en sí.
- **Factores subyacentes:** se debe reflexionar y hacer explícito qué tipo de factores pueden influir en el resultado de las mediciones. Hay que distinguir aquellos relacionados con el paciente, que van a ser de confusión a controlar, y

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

los que dependen del sistema de salud y de la actuación de los profesionales que son los que deberán identificarse como fuente de variación del indicador.

- Base de datos: se tendrá que comprobar empíricamente la validez.

Los indicadores se continúan gestionando en una matriz de acuerdo con las periodicidades establecidas en el procedimiento y dentro de la matriz de indicadores se deben agregar los indicadores generados por las guías clínicas. Como parte de los indicadores para la gestión del SGC se consideran los siguientes de acuerdo con lo establecido en los objetivos de calidad:

- Satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.
 - Indicador: nivel de satisfacción de los clientes.
 - Descripción: calificación promedio de la evaluación de la satisfacción realizada a los clientes.
- Asegurar la eficiencia en los procesos.
 - Indicador: índice de eficacia de los procesos.
 - Descripción: proporción de los procesos que cumplen con el 90% de la meta establecida en sus indicadores operativos.
- Asegurar contrataciones de personal cualificado de acuerdo con el perfil.
 - Indicador: nivel de competencia del personal.
 - Descripción: porcentaje promedio de la evaluación del desempeño de los colaboradores administrativos y clínicos.

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

- Cumplir con requisitos legales y normativos.
 - Indicador: cumplimiento de requisitos legales y normativos
 - Descripción: porcentaje en el que se cumplen los requisitos legales y normativos.

9.3. Validación de Indicadores

A nivel del Hospital Clínico Central de San José existen indicadores administrativos y operativos, los indicadores administrativos relacionados directamente con la estrategia de la organización son gestionados mediante el sistema Balanced Scorecard, los informes y todo lo correspondiente a estos indicadores son gestionados por el gestor de calidad y presentados a la alta dirección cada tres meses.

La validación de los indicadores operativos y de los objetivos de calidad es realizada por la auditora del hospital para garantizar que se han recogido datos correctos y útiles, se establece un proceso interno de validación de datos que realiza la auditora del hospital. La validación de datos es sobre todo importante cuando se implementa una nueva medida (en particular, las medidas clínicas que tienen el propósito de ayudar al hospital a evaluar y mejorar un proceso o resultado clínico importante); se publicarán los datos en el sitio web del hospital o por otro medio; se ha realizado un cambio en una medida existente, como un cambio en las herramientas de recolección de datos, el proceso de abstracción de datos o quien lo realiza; los datos resultantes de una medida existente han cambiado de una manera inexplicable; ha cambiado la fuente de datos, por ejemplo, cuando parte de la historia clínica del paciente se ha convertido a un formato electrónico y por lo tanto la fuente de datos ahora está tanto en versión electrónica como impresa; o cambia el sujeto de la recolección de datos, por

	Manual de Calidad Hospital Clínico Central de San José	Versión: 0
		Copia Controlada N°: N/A

ejemplo por cambios en la media de edad de los pacientes, comorbilidades, alteraciones en el protocolo de investigación, implementación de nuevas directrices de práctica o introducción de nuevas tecnologías y metodologías de tratamiento.

9.4. Medición de la voz del cliente

El cliente interno y externo de la organización debe ser considerado para la mejora continua, es por esta razón que se pretende sea evaluada mediante distintas estrategias.

Con respecto al cliente externo, se dispone de un procedimiento para la gestión de quejas, sugerencias, reclamos o agradecimientos y se cuenta con un sistema de gestión de quejas que permite la generación de informes para la toma de decisiones.

Con respecto al cliente interno se aplicarán encuestas cada seis meses para evaluar el conocimiento sobre la cultura de calidad en la organización, el clima organizacional y de seguridad.

Toda la información permitirá aplicar mejoras que respalden las labores.

10. Cuadro de control de cambios

Fecha	# de Sección	Descripción	Nombre del colaborador

11. Anexos

N/A

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

Apéndice 9

Tabla 54 Acciones para evidenciar los requisitos de la norma ISO 9001:2015

4. ENTORNO/CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN		
4.1.	¿La organización analiza de manera periódica su entorno, en los aspectos que le puedan influir?	Realizar análisis FODA que permita la evaluación de factores internos y externos.
4.2.	¿Se han analizado y definido cuáles son las “partes interesadas” de la organización?	Confeccionar el registro de partes interesadas de acuerdo con las conocidas en el hospital en el formato propuesto.
4.2.	¿La organización identifica, analiza y actualiza información sobre las necesidades y expectativas de sus clientes, proveedores, empleados y otras partes interesadas?	Realizar encuestas internas y externas, además de generar un cuestionario para el análisis de necesidades y expectativas de partes interesadas.
4.1.	¿La organización cuenta con una dirección estratégica, derivada de la información clave interna y externa?	Evaluar el plan estratégico con objetivos y acciones definidas a cumplir en un plazo determinado.
4.3.	¿La organización ha establecido el alcance del sistema?	Definir y documentar en el Manual el alcance del Sistema de Gestión de calidad y los procesos que lo conforman.
4.4.	Para cada proceso identificado dentro del alcance del SGC ¿existe un manual de políticas y procedimientos que especifique el proceso?	Revisar la documentación existente mediante los comités para ajustarla por procesos tomando en consideración que los manuales de políticas y los procedimientos deben describir cómo se planifica el proceso, cómo se gestiona, cómo interactúa con otros procesos, partes interesadas, y cómo se logran los resultados.
4.4.	¿Se han definido los procesos y la documentación necesarios para asegurar la calidad de los productos y servicios?	Revisión del mapeo de procesos, diagramas SIPOC y documentación.
4.4.	¿Se han establecido las responsabilidades y autoridades para el personal que labora en los procesos?	Revisar y actualizar los perfiles de los colaboradores y sus responsabilidades.
4.4.	¿Existen objetivos para asegurar la eficacia y mejora de los procesos?	Establecer los objetivos necesarios vinculados a procesos.
4.4.	¿Se ha analizado cuál es la información del sistema de gestión de la calidad que es necesario documentar?	Revisar y actualizar el archivo maestro de documentos para ligarlo a los procesos del SGC.
4.4.	¿Existe una partida presupuestaria específica suficiente para gestionar de manera eficaz el sistema de gestión y el cumplimiento de los objetivos de los procesos?	Asignar del presupuesto anual una porción para la gestión del sistema.

5. LIDERAZGO		
5.1.1.	¿La dirección revisa el cumplimiento de los objetivos para el desarrollo de la dirección	Revisar, ajustar y aprobar la política y objetivos de calidad establecidos en el manual propuesto para

5. LIDERAZGO		
	estratégica en función de las necesidades detectadas?	posteriormente revisar el cumplimiento de estos periódicamente.
5.1.2.	¿El equipo directivo asegura el enfoque al cliente de la organización, sus procesos, productos y servicios?	Aplicar encuestas o entrevistas a clientes y enfocar los procesos en la satisfacción de estos tomando en consideración sugerencias, quejas y riesgos.
5.1.2.	¿El equipo directivo identifica de manera sistemática cuál es la normativa legal y reglamentaria que aplica a los procesos, productos y servicios de la organización?	Evaluar la normativa legal que rige para el funcionamiento del hospital
5.1.2.	¿El equipo directivo asegura el cumplimiento legal y reglamentario aplicable a la organización?	Definir y aplicar planes que permitan brindar retroalimentación sobre la normativa a las distintas áreas
5.2.1. 5.2.2.	¿El equipo directivo ha definido, actualiza y comunica la Política de Calidad y asegura que ésta es accesible?	Revisar, ajustar y aprobar la política de calidad y los objetivos, además de establecer la ubicación de la misma en la red interna.
5.3.	¿El equipo directivo revisa periódicamente el SGC?	Definir un plan de auditoria para la revisión del sistema, reuniones periódicas y confeccionar la documentación correspondiente
5.3.	¿El equipo directivo ha establecido cómo conocer las necesidades de los clientes?	Revisar y actualizar el proceso definido para conocer el nivel de satisfacción de clientes.
5.3.	¿Se han definido y actualizado los roles, responsabilidades y autoridades del personal?	Identificar roles, responsabilidades y autoridades de los equipos de los procesos.

6. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		
6.1.1.	¿El sistema de gestión implantado incluye el análisis de riesgos y oportunidades por la actividad de la organización?	Revisar y ajustar el método de análisis de riesgos para que se trabajen por procesos y evaluar los riesgos que se presenten en las relaciones de los mismos.
6.1.2.	¿Existe un plan de tratamiento de riesgos y oportunidades por la actividad de la organización?	Revisar y ajustar el procedimiento para la gestión del riesgo en el hospital
6.2.1.	¿Se han definido y documentado los objetivos de calidad?	Revisar, ajustar y aprobar los objetivos de calidad propuestos en el manual de calidad, una vez realizado esto se debe documentar el seguimiento que se da a los mismos.
6.2.2.	¿Se ha definido un plan de mejora enfocado al cumplimiento de objetivos?	Establecer un plan de mejora que permita el cumplimiento de los objetivos
6.3.	¿Se actualiza el sistema de gestión de manera sistemática en función de las necesidades detectadas?	Obtener el software que permita la gestión del sistema

7. SOPORTE		
7.1.1.	¿La organización ha determinado y proporciona los recursos necesarios para gestionar el sistema?	Considerar en el presupuesto anual los recursos para establecer, implantar, mantener y mejorar el SGC
7.1.2.	¿La organización cuenta con el personal suficiente y capaz para cumplir con las necesidades de los clientes y los requisitos legales aplicables?	Revisar y ajustar las evaluaciones al personal de acuerdo a su perfil profesional
7.1.3.	¿La organización cuenta con las infraestructuras y equipos necesarios para lograr la conformidad de sus productos y servicios?	Realizar un registro sobre instalaciones y revisar e inventariar maquinaria y equipos necesarios o existentes en el sistema
7.1.4.	¿Se analiza y mantiene el entorno ambiental para el buen funcionamiento de los procesos, productos y servicios?	Analizar las no conformidades, quejas y sugerencias; evaluar riesgos laborales y contar con instrucciones de uso de equipos para controlar el medio ambiente.
7.1.5.	¿Se utilizan sistemas de medición adecuados y éstos se mantienen para asegurar su fiabilidad?	Revisar y ajustar los indicadores con respecto a los procesos
7.1.5.	En caso de no existir normativa ¿Se ha identificado un sistema de calibración o verificación adecuado?	Analizar plan de auditoría y el control que se aplica al SGC
7.1.6.	¿Existe un plan de formación del personal, adaptado a las necesidades actuales y futuras de los procesos, productos y servicios de la organización?	Reforzar los planes de capacitación, utilizar la plataforma para evaluar el desempeño del personal en el hospital
7.2.	¿Se realiza una evaluación y seguimiento del desempeño de las personas?	Verificar la relación de puestos de trabajo, las descripciones y perfiles de puestos; continuar con la aplicación de evaluaciones de desempeño anuales.
7.3.	¿El personal es consciente de la política de calidad, los objetivos, los beneficios del SGC y la mejora?	Revisar e implementar la estrategia de socialización propuesta.
7.4.	¿Se han definido cuáles son las comunicaciones internas y externas relevantes para el sistema de gestión de calidad?	Revisar el flujo de la información que se comunica con el apoyo del departamento de comunicación corporativa tanto a lo interno como a lo externo del hospital.
7.5.1.	¿Se ha documentado la información necesaria del SGC de calidad para asegurar su efectividad?	Revisar y aprobar estructura documental para publicación en la red interna y los flujos de trabajo. Revisar y depurar la matriz de documentos o bien obtener el software para gestión del sistema.
7.5.2.	¿Se actualiza y controla de manera eficaz la información documentada del SGC y se asegura su accesibilidad?	Revisar y actualizar procedimiento sobre gestión documental en el hospital, utilizar las nuevas plantillas generadas para la gestión documental.
7.5.3.	¿Se actualiza y controla de manera eficaz la información externa necesaria a nivel estratégico y operativo?	Revisar y gestionar la documentación externa en la matriz documental y en la red interna para el apoyo de las funciones en el hospital

8. OPERACIÓN		
8.1.	¿Existe una planificación, ejecución y control de los procesos del SGC?	Revisar y actualizar la documentación con respecto a los procesos y confeccionar los diagramas de flujo correspondientes. Además de las fichas de procesos.
8.2.1. 8.2.2.	¿Existe un proceso de comunicación con el cliente para definir los requisitos de los productos y servicios?	Revisar y actualizar el procedimiento relacionado con servicio al cliente para definir requisitos.
8.2.3.	¿Se adaptan los productos producidos y servicios prestados a las exigencias y cambios de los clientes y/o partes interesadas?	Reforzar la gestión de la contraloría de servicio al cliente y el procedimiento para que los requisitos de los clientes sean tomados en consideración en los procesos y aplicar mejoras.
8.2.3.	¿Se adaptan los productos producidos y servicios prestados a los requisitos legales y reglamentarios?	Revisar y adaptar los servicios de acuerdo a lo que estipula el ministerio de salud.
8.2.4.	¿Se comunican los cambios que afectan a productos y servicios al personal correspondiente?	Revisar y actualizar procedimiento sobre gestión documental en el hospital para la comunicación de cambios, tiempo y verificación de la comunicación que se debe dar en la organización.
8.3.1.	¿La organización cuenta con un proceso definido de diseño y desarrollo?	Determinar y desarrollar la metodología de diseño y desarrollo de procesos.
8.3.2.	¿El proceso de diseño y desarrollo incluye su planificación, verificación y validación?	Planificar, verificar y validar el diseño y desarrollo de los procesos.
8.3.3.	¿Se tienen en cuenta los requisitos aplicables, de cliente y legales en el diseño y desarrollo de los productos y servicios?	Determinar los requisitos esenciales y adecuados.
8.3.4.	¿Se controla el proceso de diseño y desarrollo para que cumpla con lo planificado?	Verificar y validar el control del proceso
8.3.5.	¿Los resultados del diseño y desarrollo cumplen con los requisitos y con el suministro de productos y servicios?	Confeccionar las fichas de procesos tomando en consideración los requisitos de los clientes y los legales.
8.3.6.	¿Se controlan los cambios en requisitos de diseño y desarrollo de productos y servicios, incluso mientras se producen/prestan?	Definir política que permita gestionar los cambios en el diseño de servicios del hospital.
8.4.1.	¿Se realiza una evaluación, seguimiento y reevaluación de proveedores?	Revisar, mejorar y actualizar procedimiento para la gestión de proveedores del hospital, crear un instructivo para el uso del sistema de gestión de proveedores y validar métodos de evaluación actuales.
8.4.2.	¿Se garantiza mediante controles que los proveedores cumplen con los requisitos aplicables y legales?	Actividades de verificación de entrega de productos y prestación de servicios por parte de proveedores.
8.4.3.	¿La organización comunica a los proveedores los requisitos aplicables?	Revisar y actualizar los requisitos de los proveedores y comunicarlo según corresponda.

8. OPERACIÓN		
8.5.1.	¿La organización ha identificado e implantado el sistema de control de producción o prestación de servicios?	Revisar y actualizar plan de calidad.
8.5.2.	¿En caso de ser necesario, la organización identifica y controla las salidas de procesos internos y externos?	Implementar indicadores que permitan el control de las salidas de los procesos internos y externos.
8.5.3.	¿La organización cuida y protege los bienes de clientes y proveedores?	Actualizar la política sobre la información de los clientes y proveedores para asegurar la confidencialidad.
8.5.4.	¿La organización asegura la conformidad de productos y servicios durante su producción y prestación, según los requisitos?	Actualizar el proceso de gestión de servicio al cliente con respecto al trato de las no conformidades de los clientes.
8.5.5.	¿En caso de ser necesario, la organización identifica y cumple con los requisitos posteriores a la entrega de productos y prestación de los servicios?	Generar una política que defina como se va a proceder en caso de ser necesario atender a un cliente posterior al servicio brindado.
8.5.6.	¿La organización revisa y controla los cambios no planificados para asegurar la conformidad de productos y servicios?	Incluir en la política sobre atención posterior al servicio brindado como se deben gestionar los resultados de la revisión y quién los autoriza.
8.6.	¿La organización ha implementado las disposiciones planificadas, en las etapas adecuadas, para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios?	Generar un plan para verificar el cumplimiento de los requisitos en el servicio que se brinda en el hospital.
8.7.	¿La organización identifica y controla los procesos, productos y servicios no conformes?	Gestionar las no conformidades mediante el sistema para poder identificarlas, evaluarlas y controlarlas de una forma efectiva.

9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO		
9.1.1.	¿La organización hace seguimiento, medición, análisis y evaluación del sistema de gestión?	Generar un plan de auditorías periódico para analizar el sistema mediante los indicadores.
9.1.2.	¿Se obtiene el grado de satisfacción de los clientes respecto la organización, productos y servicios?	Generar informes mensuales sobre la satisfacción de los clientes por medio del sistema para la gestión de las quejas con el que cuenta el hospital.
9.1.3.	¿La organización analiza y evalúa la información clave?	Analizar y evaluar los resultados del control de procesos mediante los indicadores, la satisfacción de clientes y la evaluación de proveedores
9.2.1.	¿La organización realiza auditorías internas a intervalos planificados	Generar un plan de auditorías periódico para analizar el sistema de acuerdo a los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
9.2.2.	¿La organización planifica, establece, implementa y mantiene un programa de auditorías?	Generar un plan de auditorías periódico para analizar el sistema mediante los indicadores y generar informes correspondientes para la gerencia general.

9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO		
9.3.1.	¿La dirección revisa el SGC para asegurar su eficacia?	La gerencia general analiza información relacionada con revisiones previas, cambios externos e internos, seguimiento de indicadores, no conformidades y acciones correctivas, auditorías, satisfacción de clientes, evaluación de proveedores, eficacia de los recursos, desarrollo de procesos, productos y servicios y nuevas oportunidades.
9.3.2.	¿La dirección toma decisiones y acciones en base a los resultados de la revisión del SGC?	Generar planes de acciones tomando en consideración la revisión del sistema.

10. MEJORA		
10.1.	¿La organización cumple requisitos de cliente, mejora su satisfacción y los resultados del SGC?	Establecer planes de mejora que afecten los procesos y servicios para evolucionar positivamente en el tiempo.
10.2.	¿La organización controla y corrige las NC?	Registrar las no conformidades con análisis de causas y acciones posteriores tomadas.
10.2.	¿La organización analiza las NC y adopta medidas para eliminar las causas (acciones correctivas)?	Registrar los resultados de acciones correctivas.
10.3.	¿La organización mejora continuamente la eficacia del SGC?	Generar un plan de auditorías periódico para analizar el sistema mediante los indicadores.
10.3.	¿La organización selecciona y utiliza herramientas de investigación para mejorar el desempeño?	Establecer un procedimiento relacionado con el proceso de mejora del SGC y metodologías de mejora, revisar y actualizar las herramientas de mejora utilizadas por el departamento de calidad.

Nota: Ana Catalina Vargas Torres

REFERENCIAS

- Berrocal Jaramillo, J., & Romaní Poma, S. (2017). *Propuesta para la implementación de la norma ISO 9001:2008 en el Servicio Académico Asistencial de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6382?show=full>
- Coaguila Gonzales, A. (2017). *Propuesta de implementación de un modelo de Gestión por Procesos y Calidad en la Empresa O&C Metals S.A.C.* Perú: Univeridad Católica San Pablo. Obtenido de <http://repositorio.ucsp.edu.pe/handle/UCSP/15240>
- Alzate-Ibañez, A. M. (2017). ISO 9001:2015 base para la sostenibilidad de las organizaciones en países emergentes. *Revista Venezolana de Gerencia*, 22(80), 1-18. Obtenido de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/290/29055967003/html/index.html>
- Ancasi Flores, R., & Romero Mendoza, C. (2018). *Implementación de un Sistema de Gestión ISO 9001-2015 y mejora de la Calidad de Servicio en las Boticas de Lima Sur en el periodo 2018*. Perú: Universidad Norbert Wiener. Obtenido de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1769>
- Andrade Orbe, A., Becerra Lois, F., & Díaz Gispert, L. (2019). Sistema de gestión de la calidad para el proceso de investigación: Universidad de Otavalo, Ecuador. *INIE*, 19(1), 1-32. doi:<http://dx.doi.org/10.15517/aie.v19i1.35235>
- Armaulía Sánchez, M., & Huamaní Romero, Y. (2017). *Diseño e implementación de un sistema de gestión de calidad según la norma ISO 9001:2015 en una droguería de dispositivos médicos*. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6190>
- Arreola-Ornelasa, H., Escandón C., P., & Knaul, F. (2007). La competitividad, la salud y el sector salud: una nueva vertiente del paradigma de economía y salud. *Gac Méd Méx*, 143(2), 93-100. Obtenido de https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2007-143-2-93-100.pdf

- Barreto Acosta, C., Benavides Erazo, J., Garavito Jiménez, A., & Gordillo Forero, N. (2003). *Metodologías y métodos de trabajo social en 68 libros ubicados en bibliotecas de unidades académicas de trabajo social en Bogotá*. Colombia: Universidad de la Salle.
- Barros Merizalde, C. K., Carriel Palma, R. J., & Fernández Flores, F. M. (2018). Sistema de gestión y control de la calidad: Norma ISO 9001:2015. *RECIMUNDO*, 2(1), 625-644. doi:10.26820/recimundo/2.1.2018.625-644
- Bouza Suárez, A. (2000). Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud. *Rev Cubana Salud Pública*, 26(1), 50-56. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v26n1/spu07100.pdf>
- Buitrago-Orjuela, L., Numpaque-Pacabaque, A., & Pardo-Santamaría, D. (2017). Calidad de la atención en el servicio de cirugía ambulatoria desde la percepción del usuario. *Rev. Fac. Med.*, 67(2), 235-239. doi:<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n2.65978>
- Camacho Álvarez, M. (2018). *Diseño del Sistema de Gestión de Calidad del proceso de Operación de importación en la empresa Econocaribe*. Costa Rica: Universidad Internacional de las Américas.
- Camisón, C., Cruz, S., & González, T. (2006). *Gestión de la calidad: Conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. España: Pearson Educación, S. A. Obtenido de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/55866751/gestion-de-la-calidad.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DGestion_de_la_calidad_Conceptos_enfoques.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20
- Cañas Roa, J. (2018). *Análisis de la implementación de un sistema de gestión de calidad bajo la norma ISO 9001 versión 2015 en la empresa Totality Services S.A.S*. Colombia: Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. Obtenido de <http://hdl.handle.net/20.500.12010/4683>
- Carro Paz , R., & González Gómez, D. (s.f). Administración de la Calidad Total. *Administración de las Operaciones*, 1-64. Obtenido de http://nulan.mdp.edu.ar/1614/1/09_administracion_calidad.pdf

- Cruz Giraldo, E. V., Osorio Gómez, J. C., & Romero Vega, M. C. (2016). Impacto de la certificación ISO 9001 en clínicas de Cali. *INNOVAR*, 26(59), 35-45. doi:<http://dx.doi.org/10.15446/innovar.v26n59.54321>.
- Cuatrecasas, L. (2010). *Gestión integral de la calidad: Implantación, control y certificación*. España: Profit Editorial. Obtenido de <https://books.google.co.cr/books?id=k449DwAAQBAJ&lpg=PT7&ots=PutxbYfv0v&dq=Introducci%C3%B3n%20al%20control%20de%20calidad%20kaoru%20ishikawa&lr&hl=es&pg=PT33#v=onepage&q&f=false>
- Cubillos Rodríguez, M., & Rozo Rodríguez, D. (2009). El concepto de calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad. *Revista de la Universidad de La Salle*(48), 80-99. Obtenido de <https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1170&context=ruls>
- De la Ossa, J. J., Parra, G. M., & Ruiz, S. (2019). Diagnóstico de la situación actual de una empresa de servicios de alimentación con respecto al cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 para un sistema de gestión de la calidad. *Ediciones Usta*, 11(1), 99-116. doi:<https://doi.org/10.15332/s2145-1389-4937>
- Donabedian, A. (1986). La investigación sobre la calidad de la atención médica. *Salud Pública México*, 28(3), 324-327. Obtenido de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/363/353>
- Flórez Serrano, E., Laguado Ramírez, R., & Martínez Rojas, A. (2018). Factores de éxito de la certificación ISO 9001 en empresas de Cúcuta y su Área Metropolitana. *Estudios Gerenciales*, 34(147), 216-228. doi:<https://doi.org/10.18046/j.estger.2018.147.2599>
- Guerra Bretaña, R., & Marín Álvarez, Y. (2017). Acreditación y Certificación de Calidad Hospitalaria ¿Diferentes o Similares? *Ingeniería Biomédica*, 11(21), 35-41. doi:<https://doi.org/10.24050/19099762.n21.2017.1170>
- Gutiérrez Pulido, H. (2010). *Calidad Total y Productividad*. México: McGraw-Hill.
- Gutiérrez Pulido, H., & De la Vara Salazar, R. (2013). *Control estadístico de calidad y seis sigma*. Mexico: Mc Graw Hill. Obtenido de http://iindustrialitp.com.mx/msamuel.lopezr/Control_Eestadistico_de_la_Calidad_y_Seis_Sigma_Humberto_Gutierrez_Pulido.pdf

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill. Obtenido de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Ishikawa, K. (1994). *Introducción al Control de Calidad*. España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- ISO. (2015). *Sistema de Gestión de Calidad - Requisitos*. Suiza: Secretaría Central de ISO.
- ISO. (2015). *Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario*. Suiza: Secretaría Central de ISO. Obtenido de https://justicialarioja.gob.ar/planificacion/pagina/Norma%20ISO%209000_2015%20Vocabulario%20Fundamentos.pdf
- ISOTools. (15 de 07 de 2016). *ISOTools*. Obtenido de ISOTools: <https://www.isotools.org/2016/07/15/definir-mapear-procesos/>
- López Lemos, P. (2016). *Herramientas para la mejora de la calidad*. España: Femetal.
- Natividad Tineo, B. (2017). *Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001:2015 en la empresa ELECIN S.A.* Perú: Universidad César Vallejo. Obtenido de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/13876>
- Noguez, V. (s.f.). *ISO 9001:2015 El futuro de la calidad*. España: ISOTools Excellence. Obtenido de <http://info.isotools.org/iso-9001-2015-futuro-calidad>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Calidad de la atención en el servicio de cirugía ambulatoria desde la percepción del usuario. *Rev. Fac. Med.*, 67(2), 235-239. doi:<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n2.65978>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Comprensión y medición de la calidad de la atención: cómo manejar la complejidad. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(5), 368-374. doi:10.2471/BLT.16.179309
- Portero Pérez, C. (2017). *Sistema de gestión de calidad en el área quirúrgica del Hospital Básico San Andrés de la ciudad de Ambato basado en la norma ISO 9001:2015*. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/25689>

- Sánchez- Tembleque Montero, R. (2016). *Proyecto de Implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 en la Empresa Pinatar Arena Football Center S.L.* Colombia: Universidad Politécnica de Cartagena. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10317/5818>
- Sotelo Asef, J. (2016). Instrumento para medir la satisfacción de usuarios en base a la norma ISO 9001:2008. *Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 7(13). Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74672016000200607&lang=es
- Tarí Guilló, J. (2000). *Calidad total: fuente de ventaja competitiva.* España: Publicaciones Universidad de Alicante. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10045/13445>
- Torres Samuel, M., & Vásquez Stanescu, C. (2015). Modelos de Evaluación de la Calidad del Servicio: Caracterización y Análisis. *Compendium*, 18(35), 57-76. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88043199005>
- Torres, M., & Vásquez, C. (2010). La Calidad: Evolución de su significado y aplicación en servicios. *Publicaciones en Ciencias y Tecnología*, 4(2), 25-32. Obtenido de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjZgZCf6-7kAhVRpFkKHTwSAAt8QFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F6505356.pdf&usg=AOvVaw1g-XRbUv0jos3Jfn3ynax8>