



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

CARRERA ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

**DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO
EN LA NORMA ISO 9001;2015, PARA EL HOSPITAL
PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN”**

Trabajo de titulación

Tipo: Proyecto de Investigación

Presentado para optar al grado académico de:

LICENCIADA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

AUTOR:

KAREN ALEJANDRA VALENCIA TRUJILLO

Riobamba-Ecuador

2022



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
CARRERA ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

**DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO
EN LA NORMA ISO 9001;2015, PARA EL HOSPITAL
PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN”**

Trabajo de titulación

Tipo: Proyecto de Investigación

Presentado para optar al grado académico de:

LICENCIADA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

AUTORA: KAREN ALEJANDRA VALENCIA TRUJILLO

DIRECTOR: ING. DIEGO RAMIRO BARBA BAYAS

Riobamba-Ecuador

2022

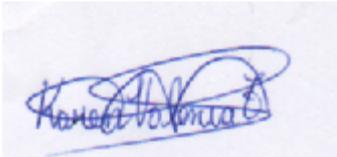
©2022, Karen Alejandra Valencia Trujillo

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Yo Karen Alejandra Valencia Trujillo, declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos. Los textos constantes en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autora, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación. El patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Riobamba, 22 de febrero de 2022



Karen Alejandra Valencia Trujillo

C.I. 060295810-0

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
CARRERA ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

El tribunal del trabajo de titulación certifica que. El trabajo de titulación: Tipo: Proyecto de Investigación **DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001;2015, PARA EL HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN”**, realizado por la señorita. **KAREN ALEJANDRA VALENCIA TRUJILLO**, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del trabajo de titulación, el mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud el Tribunal Autoriza su presentación.

	FIRMA	FECHA
<p>Ing. Gabriela Natali Fonseca Romero PRESIDENTE DEL TRIBUNAL</p>	<p>FONSECA ROMERO GABRIELA NATALI</p>  <p>Firmado digitalmente por FONSECA ROMERO GABRIELA NATALI</p>	<p>2022-02-22 </p>
<p>Ing. Diego Ramiro Barba Bayas DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN</p>	<p>DIEGO RAMIRO BARBA BAYAS</p>  <p>Firmado digitalmente por DIEGO RAMIRO BARBA BAYAS</p>	<p>2022-02-22 </p>
<p>Mgs. Bladimir Enrique Urgiles Rodríguez MIEMBRO TRIBUNAL</p>	<p> espoch</p> <p>W00S0UA U U O U @ W O Z A O S O E O r @ A D E U @ W O O U O O O P V O I O U U O P U @ O C E F O O A O O W O E U U</p>	<p>2022-02-22 </p>

DEDICATORIA

Con la ayuda de Dios he logrado culminar este trabajo de investigación, que la dedico con todo mi cariño a mi familia quienes han sido mi motivación e inspiración para alcanzar un objetivo más en mi vida profesional, los que siempre han sido un ejemplo de responsabilidad, esfuerzo, persistencia y dedicación.

Karen

AGRADECIMIENTO

Mi eterna gratitud, para la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, al personal docente de la Escuela de Administración de Empresas, quienes acertadamente han impartido los conocimientos, para poder enfrentar la ardua tarea de liderazgo empresarial.

A mi Esposo Diego a mis Hijos Emilio y Micaela, por ser el pilar fundamental, en la culminación de mi carrera profesional.

A mis Abuelitos Rosa y Luis, quienes forjaron en mi valores y principios, que los practico en mi vida cotidiana.

A mi Madre Patricia quien ha sido un ejemplo de superación, responsabilidad, tenacidad y firmeza.

A toda mi familia por brindarme siempre su apoyo incondicional, y sobre todo agradezco al Padre Celestial quien me ha permitido seguir existiendo físicamente en este mundo terrenal.

Karen

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xii
ÍNDICE DE ANEXOS	xiv
RESUMEN.....	xv
ABSTRACT	xvi
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	5
1.1. Fundamentación teórica.....	5
1.1.1. <i>Proceso administrativo</i>	5
1.1.1.1. <i>Elementos del proceso administrativo</i>.....	5
1.1.2. <i>Aportaciones a la calidad</i>	6
1.1.3. <i>Calidad</i>	7
1.1.4. <i>La Calidad en las organizaciones de servicio</i>	9
1.1.5. <i>Calidad para el cliente</i>	9
1.1.6. <i>Calidad de la empresa</i>.....	9
1.1.7. <i>Calidad en salud</i>	10
1.1.8. <i>Calidad total</i>	11
1.1.9. <i>Gestión de calidad</i>.....	11
1.1.10. <i>Fundamentos de la gestión de la calidad</i>	12
1.1.11. <i>Gestión de calidad en los servicios de salud</i>	13
1.1.12. <i>Sistema de gestión de la calidad</i>	13
1.1.13. <i>Beneficios de implantar un sistema de gestión de la calidad</i>	14
1.1.14. <i>ISO</i>	14
1.1.15. <i>Norma ISO 9001</i>	14
1.1.15.1. <i>Características de la norma ISO 9001</i>	15
1.1.16. <i>Historia y evolución de las normas ISO 9001:2015</i>	15
1.1.17. <i>Qué es la norma ISO 9001:2015</i>	16
1.1.18. <i>Aspectos importantes de la norma ISO 9001:2015</i>.....	16
1.1.18.1. <i>Enfoque a procesos</i>.....	16
1.1.18.2. <i>Pensamiento basado en riesgos</i>.....	17
1.1.18.3. <i>Cumplimiento permanente con los requisitos</i>.....	18
1.1.19. <i>Relación con otras normas de sistemas de gestión</i>	18

1.1.20.	<i>Beneficios de la norma internacional ISO 9001:2015</i>	18
1.1.21.	<i>Ciclo planificar-hacer-verificar-actuar</i>	19
1.1.22.	<i>Diagrama de flujo de procesos</i>	20
1.1.23.	<i>Diagrama de flujo concatenaste</i>	20
1.1.24.	<i>Principios de la gestión de calidad</i>	21
1.1.25.	<i>Estructura de la norma ISO 9001:2015</i>	22
1.1.26.	<i>Diferencia entre la norma ISO 9001:2008 y la norma ISO 9001:2015</i>	23
1.1.27.	<i>Índice del manual de la norma ISO 9001:2015</i>	24
1.1.28.	<i>Descripción de los requisitos de la norma ISO 9001:2015</i>	26

CAPÍTULO II

2.	MARCO METODOLÓGICO	31
2.1.	Enfoque de investigación	31
2.1.1.	<i>Enfoque cualitativo</i>	31
2.1.2.	<i>Enfoquen cuantitativo</i>	31
2.2.	Nivel de investigación	32
2.2.1.	<i>Exploratorio</i>	32
2.2.2.	<i>Descriptivo</i>	32
2.2.3.	<i>Explicativo</i>	32
2.3.	Diseño de investigación	33
2.3.1.	<i>No experimental</i>	33
2.4.	Tipo de Estudio	33
2.4.1.	<i>Bibliográfico-documental</i>	33
2.4.2.	<i>De campo</i>	33
2.5.	Población y planificación, selección y cálculo del tamaño de la muestra	34
2.5.1.	<i>Población</i>	34
2.5.2.	<i>Muestra</i>	35
2.5.2.1.	<i>Estratificación de la muestra</i>	35
2.5.2.2.	<i>Cálculo de la muestra</i>	35
2.6.	Métodos técnicas e instrumentos de investigación	36
2.6.1.	<i>Métodos</i>	36
2.6.1.1.	<i>Deductivo</i>	36
2.6.1.2.	<i>Inductivo</i>	36
2.6.1.3.	<i>Analítico</i>	37
2.6.2.	<i>Técnicas</i>	37
2.6.2.1.	<i>Entrevista</i>	37
2.6.2.2.	<i>Encuetas</i>	37

2.6.3. Instrumentos	37
2.6.3.1. Guía de entrevista	37
2.6.3.2. Cuestionarios	38

CAPITULO III

3. MARCO PROPOSITIVO	39
3.1. Resultados	39
3.1.1. Resultados de las encuestas dirigidas a responsables de las gestiones y/o unidades 39	
3.1.2. Resultados de las encuestas dirigidas a los clientes externos	51
3.2. Discusión de resultados	59
3.3. Propuesta	60
3.3.1. Título	60
3.3.2. Contenido de la propuesta	60
3.3.3. Descripción de los requisitos que contempla la norma ISO 9001:2015	62
CONCLUSIONES	184
RECOMENDACIONES	185

GLOSARIO

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-1:	Aportes a la calidad por varios autores	6
Tabla 2-1:	Algoritmos simbología para los flujogramas	21
Tabla 3-1:	Diferencias entre la norma ISO 9001:2008- Norma ISO 9001:2015.....	23
Tabla 1-2:	Población del trabajo de investigación.....	34
Tabla 1-3:	Tabulación edad de los encuestados	39
Tabla 2-3:	Tabulación género de los encuestados	41
Tabla 3-3:	Tabulación pregunta 1.....	42
Tabla 4-3:	Tabulación pregunta 2.....	43
Tabla 5-3:	Tabulación pregunta 3.....	44
Tabla 6-3:	Tabulación pregunta 4.....	45
Tabla 7-3:	Tabulación pregunta 5.....	46
Tabla 8-3:	Tabulación pregunta 3.....	47
Tabla 9-3:	Tabulación pregunta 7.....	48
Tabla 10-3:	Tabulación pregunta 8.....	49
Tabla 11-3:	Tabulación pregunta 9.....	50
Tabla 12-3:	Edad de los usuarios encuestados	51
Tabla 13-3:	Género.....	52
Tabla 14-3:	Cartera de servicios.....	53
Tabla 15-3:	Tabulación pregunta 2 usuarios	54
Tabla 16-3:	Tabulación pregunta 3 usuarios	55
Tabla 17-3:	Tabulación pregunta 4 usuarios	56
Tabla 18-3:	Tabulación pregunta 5 usuarios	57
Tabla 19-3:	Tabulación pregunta 6 usuarios	58
Tabla 20-3:	Determinación del contexto de la organización.....	69
Tabla 21-3:	Determinación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	76
Tabla 22-3:	Alcance del Sistema de gestión de calidad	80
Tabla 23-3:	Mapa de procesos.....	83
Tabla 24-3:	Sistema de gestión de calidad y sus procesos	84
Tabla 25-3:	Auditoría interna de los procesos.....	89
Tabla 26-3:	Proceso atención al usuario I	90
Tabla 27-3:	Proceso atención al usuario II	91
Tabla 28-3:	Procesos cuidados al paciente	92
Tabla 29-3:	Proceso atención asistencial hospitalaria	93
Tabla 30-3:	Proceso gestión de apoyo terapéutico I.....	94

Tabla 31-3:	Proceso gestión de apoyo terapéutico II	95
Tabla 32-3:	Proceso gestión talento humano.....	96
Tabla 33-3:	Proceso gestión financiera	97
Tabla 34-3:	Proceso gestión administrativa.....	98
Tabla 35-3:	Política de calidad	100
Tabla 36-3:	Identidad institucional.....	102
Tabla 37-3:	Liderazgo-organigrama.....	103
Tabla 38-3:	Descripción y perfil de la dirección hospitalaria.....	104
Tabla 39-3:	Descripción y perfil planificación.....	106
Tabla 40-3:	Descripción y perfil gestión de calidad.....	107
Tabla 41-3:	Descripción y perfil atención al usuario	109
Tabla 42-3:	Descripción y perfil gestión de cuidados de enfermería	110
Tabla 43-3:	Descripción y perfil gestión especialidades clínicas quirúrgicas	112
Tabla 44-3:	Descripción y perfil gestión diagnóstico terapéutico	113
Tabla 45-3:	Descripción y perfil imagenología.....	115
Tabla 46-3:	Descripción y perfil laboratorio	117
Tabla 47-3:	Descripción y perfil farmacia.....	118
Tabla 48-3:	Descripción y perfil gestión administrativa financiera	120
Tabla 49-3:	Descripción y perfil gestión talento humano	121
Tabla 50-3:	Descripción y perfil gestión administrativa	123
Tabla 51-3:	Descripción y perfil gestión de tecnologías de Información.....	124
Tabla 52-3:	Matriz de responsabilidades y autoridades RACI.....	126
Tabla 53-3:	Evaluación y acciones para abordar los riesgos	127
Tabla 54-3:	Objetivos de calidad.....	130
Tabla 55-3:	Plan de acción para lograr los objetivos de calidad	139
Tabla 56-3:	Cambios del sistema de gestión de calidad	142
Tabla 57-3:	Presupuesto anual para implementación y mantenimiento del SGC.....	144
Tabla 58-3:	Ambiente para la operación de los procesos	147
Tabla 59-3:	Método para la toma de decisiones	150
Tabla 60-3:	Matriz comunicación de procesos.....	151
Tabla 61-3:	Matriz información documentada	152
Tabla 62-3:	Matriz planificación y control.....	155
Tabla 63-3:	Matriz requisitos para los servicios.....	155
Tabla 64-3:	Matriz control de productos y procesos externos.....	157
Tabla 65-3:	Matriz control de proceso transferencia de pacientes	158
Tabla 66-3:	Matriz control de proceso de apoyo	159
Tabla 67-3:	Matriz control de proceso asistencial.....	160

Tabla 68-3:	Matriz control de proceso asistencial seguridad del paciente	161
Tabla 69-3:	Matriz control manejo bomba infusión.....	162
Tabla 70-3:	Matriz control de proceso identificación del paciente	163
Tabla 71-3:	Matriz control de proceso de contratación de personal.....	164
Tabla 72-3:	Matriz control de proceso pago a proveedores	165
Tabla 73-3:	Matriz control proceso contratación pública.....	166
Tabla 74-3:	Matriz control de proceso auditoría interna	167
Tabla 75-3:	Matriz provisión del servicio	168
Tabla 76-3:	Matriz control de las salidas no conformes.....	169
Tabla 77-3:	Matriz seguimiento medición y análisis.....	170
Tabla 78-3:	Matriz seguimiento satisfacción del usuario	171
Tabla 79-3:	Herramientas de seguimiento medición y análisis	172
Tabla 80-3:	Auditoría interna	173
Tabla 81-3:	Matriz no conformidades y acciones correctivas	175
Tabla 82-3:	Matriz plan mejora.....	183

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1-1:	Proceso administrativo	5
Gráfico 2-1:	Consecución de la calidad.....	13
Gráfico 3-1:	Ciclo PHVA	19
Gráfico 4-1:	Estructura de la Norma ISO 9001:2015	23
Gráfico 1-3:	Edad de los responsables de las gestiones y/o unidades	39
Gráfico 2-3:	Género de los responsables de las gestiones y/o unidades.....	41
Gráfico 3-3:	Conocimiento misión y visión institucional.....	42
Gráfico 4-3:	Conocimiento funciones de cada proceso	43
Gráfico 5-3:	Disponibilidad de recursos	44
Gráfico 6-3:	Procesos documentados	45
Gráfico 7-3:	Existencia de unidad de calidad	46
Gráfico 8-3:	Conocimiento existencia manual de calidad	47
Gráfico 9-3:	Eficiencia en el control de procesos.....	48
Gráfico 10-3:	Capacitación para mejora	49
Gráfico 11-3:	Conocimiento sobre la mejora continua	50
Gráfico 12-3:	Edad de los encuestados	51
Gráfico 13-3:	Género de los usuarios encuestados	52
Gráfico 14-3:	Conocimiento de la cartera de servicios usuarios.....	53
Gráfico 15-3:	Información de los servicios que ofrece.....	54
Gráfico 16-3:	Conocimiento sobre la recepción del servicio.....	55
Gráfico 17-3:	Frecuencia con la que recibe el servicio.....	56
Gráfico 18-3:	Calificación del servicio	57
Gráfico 19-3:	Implementar mejoras en los procesos.....	58
Gráfico 20-3:	Partes interesadas de la organización	77
Gráfico 21-3:	Mapa de procesos	83
Gráfico 22-3:	Flujograma del proceso de auditoría interna	89
Gráfico 23-3:	Flujograma atención al usuario	90
Gráfico 24-3:	Flujograma manejo de bombas de infusión.....	91
Gráfico 25-3:	Flujograma seguridad del paciente.....	92
Gráfico 26-3:	Flujograma transferencia de pacientes	93
Gráfico 27-3:	Flujograma conciliación de medicamentos	94
Gráfico 28-3:	Flujograma control de electrolitos concentrados.....	95
Gráfico 29-3:	Flujograma contratación de personal.....	96
Gráfico 30-3:	Flujograma pago a proveedores	97

Gráfico 31-3:	Flujograma contratación pública	98
Gráfico 32-3:	Organigrama estructural	103
Gráfico 33-3:	Control flujograma transferencia pacientes	158
Gráfico 34-3:	Control flujograma identificación electrolitos concentrados.....	159
Gráfico 35-3:	Control flujograma conciliación de medicamentos	160
Gráfico 36-3:	Control flujograma seguridad pacientes	161
Gráfico 37-3:	Control flujograma bombas de infusión	162
Gráfico 38-3:	Control flujograma identificación correcta del usuario.....	163
Gráfico 39-3:	Control flujograma contratación de personal	164
Gráfico 40-3:	Control flujograma pago a proveedores	165
Gráfico 41-3:	Control flujograma contratación pública.....	166
Gráfico 42-3:	Control flujograma auditoría interna	167

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A: ENTREVISTA DIRIGIDA A LA ALTA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ

ANEXO B: ENCUESTA DIRIGIDA A LOS RESPONSABLES DE LAS UNIDADES Y/O GESTIONES DEL HOSPITAL PEDIATRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMAN

ANEXO C: ENCUESTA DIRIGIDA A LOS USUARIOS DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN

RESUMEN

El objetivo primordial del presente trabajo de investigación denominado diseño de un sistema de gestión de calidad basado en la Norma ISO 9001;2015 para el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, ubicado en la ciudad de Riobamba, fue mejorar los servicios que presta esta unidad de salud, a sus usuarios externos e internos, a través de la aplicación de normas procedimientos protocolizados y consensuados, con colaboradores comprometidos, competentes, dirigidos por funcionarios con visión estratégica considerando la incorporación de principios de calidad enfocados en proporcionar servicios de salud eficientes y eficaces. Para el desarrollo de la investigación en la parte metodológica, se utilizó un enfoque cuantitativo y cualitativo pues se adaptó a las características y requerimientos de la misma además el método deductivo inductivo, las técnicas en instrumentos fueron encuestas y entrevistas, permitiendo recolectar datos e información veraz y oportuna para el desarrollo de la propuesta. En las encuestas se pudo evidenciar con un 68,4% que los colaboradores casi nunca reciben capacitaciones en su área específica, lo que deduce que esta entidad se rige en mayor nivel a la política pública, muchas veces estancando procesos que requieren de capacitación necesaria. La ejecución y desarrollo de la propuesta se basó, en diseñar un manual que permita documentar todos los requisitos que contemple la norma, para que sea implementada, buscando la mejora en la prestación de sus servicios. En conclusión, el diseño de este manual ayudara a que la institución cuente con un sistema que le permita implementar mejoras en sus procesos, asegurando la prestación de sus servicios. Se sugirió un diseño, que debe someterse a una evaluación, seguimiento y mejora permanente con vistas a cambios correctivos.

Palabras clave: <SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD>, <SISTEMA>, <GESTIÓN>, <PROCESO>, <CALIDAD>, <PARTES INTERESADAS>, <NO CONFORMIDAD> <INDICADORES>



Firmado electrónicamente por:
JHONATAN RODRIGO
PARREÑO UQUILLAS



24-03-2022

0526-DBRA-UTP-2022

ABSTRACT

The primary objective of this study called design of a quality management system based on ISO 9001; 2015 for the Alfonso Villagómez Román Pediatric Hospital, located in Riobamba city was to improve the services provided by this health institution to its external and internal users, through the application of protocolized and agreed procedure standards, with committed, competent collaborators, directed by officials with strategic vision considering the incorporation of quality principles focused on providing efficient and effective health services. For the development of the study, in the methodological part, a quantitative and qualitative approach was used as it was adapted to its characteristics and requirements, in addition to the inductive deductive method, the techniques in instruments were surveys and interviews, allowing to collect data and reliable and timely information for the development of the proposal. In the surveys, it was possible to show with 68.4% that the collaborators almost never receive training in their specific area, which deduces that the institution is governed at a higher level by public policy, often stalling processes that require the necessary training. The execution and development of the proposal was based on designing a manual that allows documenting all the requirements that the standard contemplates, so that it can be implemented, seeking improvement in the provision of its services. In conclusion, the design of this manual will help the institution to have a system that allows it to implement improvements in its processes, ensuring the provision of its services. A design was suggested, which must be subject to permanent evaluation, monitoring and improvement with a view to corrective changes.

Keywords: <QUALITY MANAGEMENT SYSTEM>, <SYSTEM>, <MANAGEMENT>, <PROCESS>, <QUALITY>, <STAKEHOLDERS>, <NON-CONFORMITY> <INDICATORS>

LUIS
FERNANDO
BARRIGA FRAY

Firmado digitalmente
por LUIS FERNANDO
BARRIGA FRAY
Fecha: 2022.03.28
13:08:18 -05'00'

INTRODUCCIÓN

En el siguiente proyecto de investigación se propone, Diseñar un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001.2015, para el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, que mejore los servicios que presta esta casa de salud a usuarios internos y externos, incrementando el nivel de eficacia y eficiencia, satisfaciendo a todas las partes interesadas.

Un sistema de gestión de calidad pretende que una institución determine sus objetivos y metas, instaurando procesos y recursos que conlleven al logro de resultados esperados, para todos los actores que forman parte directa e indirectamente de la organización, a la vez permite que la alta dirección tome las mejores decisiones en base a un análisis de la gestión documentada, previniendo riesgos, aprovechándose de las oportunidades que les permitan proporcionar un producto y servicio de calidad (ISO, 2015, pág. 7).

El presente trabajo está dividido en tres capítulos de la siguiente manera:

El capítulo I, hace mención al marco teórico referencial, donde se exponen diferentes teorías obtenidas de fuentes fidedignas, además contiene estudios previos o similares al tema de investigación.

El capítulo II, hace mención al marco metodológico, es decir a los métodos, técnicas y herramientas de investigación, que fueron utilizadas para la recolección de datos e información necesaria para la ejecución y desarrollo del presente trabajo.

El capítulo III, contiene lo sustancial del trabajo, es decir el desarrollo de la propuesta de un Sistema de gestión de Calidad Basado en la Norma ISO 9001;2015 para el Hospital pediátrico Alfonso Villagómez, donde se expone todos los requisitos que contempla la normativa.

Finalmente se expone las conclusiones, recomendaciones y glosario del trabajo de titulación.

Antecedentes de Investigación

Mediante una investigación profunda, tomando como referencia la revisión y análisis previo, de diverso material científico, como artículos y monografías, existentes en varias plataformas de fuente fidedigna, relacionadas con áreas administrativas, y ciencias de la salud, se ha probado que el tema de investigación; **DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015, PARA EL HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN”** no es la primera investigación, relacionada a esta índole en la institución, debido a que existe un estudio, que se refiere a la elaboración de un plan de gestión de la calidad, sin embargo este estudio no ha abarcado todos los procesos de la organización, sino una área específica de la misma, del cual se tomará un enfoque teórico, mismo que formará parte de los antecedentes investigativos del presente estudio, este y otros se detallarán a continuación.

Investigación 1

Tema: Elaboración de un plan de gestión de calidad para el área de farmacia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román- Riobamba.

Autor: Verónica Alexandra Basantes García

Año: 2010

Publicado por: DSPACE ESPOCH

Enlace: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/694/1/56T00224.pdf>

En su estudio, al final muestra el Plan de Gestión de Calidad, con una estructura en base a los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad dispuestos por la Norma ISO 9001-2000, dentro del plan se detallan los pasos, que se deben seguir al momento de adquirir, receiptar, almacenar y descargar los medicamentos, con la finalidad de brindar un servicio de calidad mejorando la satisfacción de sus clientes (Basantes, 2010, págs. 56, 78).

A continuación, se mencionan investigaciones que tienen similitud con el tema de investigación antes señalado, mismos que servirán como guía para llevar a cabo el presente proyecto.

Investigación 2

Tema: Diseño de un sistema de gestión de calidad basada en la Norma ISO 9001:2015 para el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del cantón Guano, provincia de Chimborazo, período 2017.

Autores: Lesly Vaneza Cevallos Arévalo, Washington Adrián Lemache Guevara

Año: 2017

En su proyecto de estudio en la parte final muestra la propuesta del manual de Calidad, basado en la Norma ISO 9001-2015, dentro del plan se describen uno a uno los componentes que forman parte de esta norma, y las matrices y formatos necesarios tal y como la Norma lo requiere, describiendo paso a paso de manera documentada lo que se debe realizar de identificar, ejecutar, y optimizar al máximo los recursos, para el logro pleno del Sistema de gestión de calidad, para el Gobierno Autónomo Descentralizado del cantón Guano con la finalidad de mejorar los procesos, generando un impacto positivo para sus partes interesadas (Cevallos & Lemache, 2017, pág. 99).

Publicado por: DSpace ESPOCH.

Enlace: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/8696>

Investigación 3

Temas: Diseño de un Sistema de Gestión de Calidad basada en la norma ISO 9001: 2015, para la empresa Calmatriz Multimoquetas, de la ciudad de Ambato, Provincia de Tungurahua, periodo 2018.

Autor: Edwin Bolívar Arévalo Colcha

Año: 2018

Publicado por: DSpace ESPOCH.

Enlace: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/8810>

En su investigación da a conocer en la parte de las conclusiones que, el desarrollo del trabajo le ha permitido, diseñar, un sistema de gestión de calidad para la empresa, Calmatriz Multimoquetas, identificando las diferencias que la empresa tiene en cuanto al trabajo en procesos, y el sistema de calidad, y la elaboración del manual de calidad basado en la Norma ISO 9001:2015 como herramienta para la implementación del sistema de gestión de calidad (Arévalo, 2018, pág. 135).

Antecedentes Históricos

El Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román” fue creado en el siglo XX, por el Dr. Miguel Ángel Pontón y el Dr. Alfonso Villagómez que conjuntamente con apoyo de la iglesia, la junta cívica y con la notable representación femenina, fundan el centro general de cultura social, con la

finalidad de proporcionar atención a la población infantil con recursos de gestión autónoma, su primera presidente fue la Señora Manuela Gallegos de León.

En el año de 1938 se inaugura este centro de atención, como Hospital, con el Señor Doctor Alfonso Villagómez denominado director, quien fallece en febrero de 1939, debido a una peste bubónica, en su honor el Hospital recibe el nombre de Hospital Alfonso Villagómez Román, mimo que continuó funcionando debido a donaciones de beneficencia, del Centro General de Cultura Social, que al cabo de 40 años lo dirigió el Señor Ramiro Guerrero Casares.

Durante la presidencia del General Guillermo Rodríguez Lara, mediante decreto N° 232 el 25 de abril de 1972 en el Art. 4, manifiesta que el Hospital de Niños Alfonso Villagómez Román, desde ese instante dependerá del Ministerio de Salud.

El Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, es un hospital de especialidad en el área de pediatría, pertenece a la Coordinación de Salud número 3 ubicado en la zona centro de nuestro país, se encuentra localizado en la provincia de Chimborazo, cantón Riobamba, en las calles España entre Orozco y Veloz, esta institución pública, de acuerdo a la tipología de Hospitales del Ministerio de Salud Pública, se ubica en el Tercer Nivel de Atención, el mismo pone a disposición de la ciudadanía, servicios de mayor complejidad dirigido a una población desde los 0 días de vida hasta los 18 años de edad, conforme a las políticas de Estado, en concordancia con las Normas Constitucionales. Su cartera de servicios asistenciales, está delimitada según sus características estructurales de procedimientos referentes a especialidad y subespecialidad, entre ellos se puede mencionar; consulta externa, imagenología, laboratorio clínico, centro quirúrgico, emergencias, rehabilitación, farmacia entre otros.

Esta organización se dedica a brindar atención especializada, oportuna de calidad, con calidez, eficiencia, eficacia, a niños y adolescentes de la zona centro del país, adoptando una tecnología acorde, con un equipo técnico calificado en un ambiente de trabajo saludable. En cada uno de los parámetros antes mencionados se valora de sobremanera el talento humano, como pilar central para el logro de sus objetivos los cuales aseguran el reconocimiento y crecimiento desarrollo sostenible.

La entidad sustenta sus valores en la Calidad, responsabilidad, servicio, trabajo en equipo como ejes centrales de crecimiento y desarrollo.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

1.1. Fundamentación teórica

1.1.1. *Proceso administrativo*

De acuerdo con Hernández & Hernández (2019, pág. 66), el proceso administrativo se refiere al logro de diversas etapas que se llevan a cabo a través de la ejecución de habilidades administrativas, cuyas fases aceptadas a nivel universal son: planeación, organización, dirección y control.

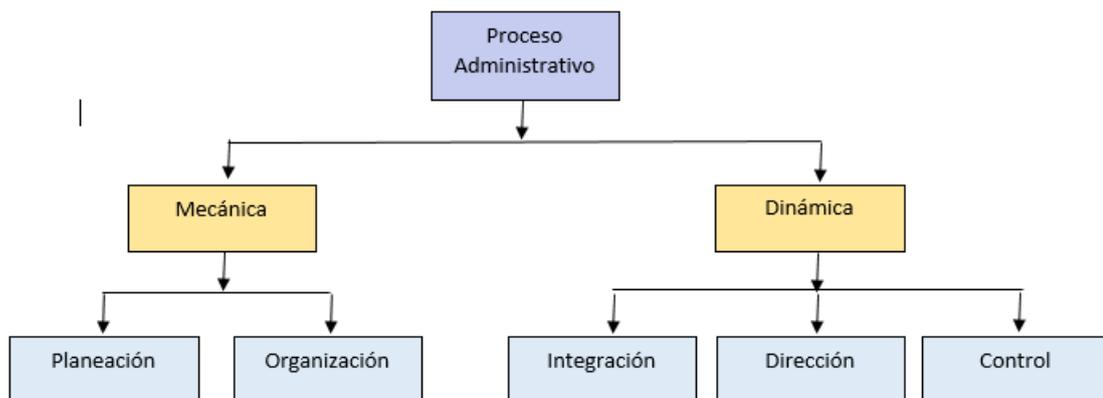


Gráfico 1-1. Proceso administrativo

Fuente: (Hernández & Hernández, 2019)

Realizado por: Valencia, K. 2020

1.1.1.1. *Elementos del proceso administrativo*

De acuerdo con Reyes (2004, pág. 24), señala que Koontz y O'Donnell, en su libro Principios de Administración Moderna, nombran a la planeación, organización, integración, dirección y control, como elementos del proceso administrativo;

Planeación: consiste en definir actividades a ser ejecutadas, partiendo de la toma de decisiones en el presente, con resultados, reflejados en el futuro.

Organización: alude a las relaciones, en cuanto a la estructura técnica de la organización, definiendo las funciones según jerarquía, de acuerdo a las responsabilidades establecidas.

Integración: se refiere a las operaciones para otorgar a la organización, recurso humano y material, ya que se los considera como necesarios para su eficaz funcionamiento, logrando una identidad plena con la organización.

Dirección: indica los planes ejecutados en base a la estructura de la organización, para alcanzar la meta diseñada.

Control: comprobar si lo planeado se llevó a cabo, detectando y corrigiendo variaciones en los resultados obtenidos.

1.1.2. *Aportaciones a la calidad*

De acuerdo con López (2005, pág. 68), la calidad es un término, que ha cobrado mayor valor, durante el transcurso del tiempo, y en la actualidad tiene mayor aprecio y relevancia en el contexto empresarial, su concepto ha evolucionado debido a las aportaciones desarrolladas por varios autores entre los que se puede mencionar están; Jurán, Crosby, Deming, Ishikawa entre otros.

Tabla 1-1: Aportes a la calidad por varios autores

Autores	Aportes	Desarrollo
William Edwards Deming	Catorce puntos de Deming. Anuncio del ciclo PDCA, desarrollado por Shewhart,	Intentó revelar el papel esencial que poseían las personas, enfocándose en la dirección como elemento de competitividad. PHVA, modelo, metodológico orientado a la mejora continua.
Kaoru Ishikawa	Desarrollo los “Círculos de calidad”.	Grupo de personas, que solucionan problemas operativos de la organización.
Joseph M. Juran	Trilogía sobre la Gestión de calidad; planificación, control y mejora de la calidad.	Aplica la mejora de calidad con estos tres aspectos, reduciendo el nivel de coste de “no calidad”.
Armand V. Feigenbaum	Creador del Control Total de la Calidad (CTC).	Entendido como un sistema eficaz que incorpora esfuerzos en el mantenimiento y desarrollo de la calidad.
Philip B. Crosby	Teoría lo que cuesta dinero es la “no calidad”. Cuadro de no madurez.	Hacer bien las cosas desde la primera vez. El cuadro permite efectuar un análisis para conocer qué acciones tomar.

Fuente: Arias, 2010, págs. 12-18

Realizado por: Valencia, K. 2020.

1.1.3. Calidad

A continuación, se dará a conocer definiciones referentes a la calidad por diversos autores e instituciones.

Rubio

Para Rubio (2007, pág. 27), la calidad se define como un conjunto de propiedades inherentes, que se las reconoce y diferencia de otras de su misma especie.

Crosby

Mientras que para Crosby (2007, pág. 35), la calidad se relaciona de manera directa con el producto o servicio, más allá de sus particularidades, se basa en la satisfacción de necesidades, conllevando a la máxima corrección de errores y defectos, en sus procesos.

Álvarez

La calidad es usada a menudo en diversas áreas de la sociedad, sin que importe su procedencia, lo que indica que al parecer los individuos se familiarizan con este término (Álvarez I. , 2006, pág. 3).

Nava

Para Nava (2005, pág. 15) la calidad se refiere, a un grupo de características que personifican a un individuo o cosa; detalla cualidades propias de un elemento, de manera subjetiva, pese a que se lo considera como un concepto actual, en razón de la búsqueda, las personas siempre han incorporado un concepto instintivo, así como su interés y mejora como constantes del individuo a través del tiempo.

López

La calidad puede definirse desde puntos de vista, según el ámbito en que se desarrolle. En vista de ello menciona dos tipos una la calidad interna, la cual se refiere a la forma como la institución administra la calidad en cuanto a procesos, productos o servicios, mientras la calidad externa hace alusión a la apreciación que posee el cliente en cuanto al producto o servicio (López, 2005, pág. 69). Debido a ello la sociedad, cada vez será más exigente con las organizaciones, obligándolos a adaptarse a los cambios para que perfeccionen, sus productos o servicios, del mismo modo los

clientes percibirán de mejor forma la calidad, teniendo mayor seguridad al momento de adquirir un producto.

Moreno, Peris & González

Moreno, Peris, & González (2001, pág. 35), el concepto de calidad se presenta en cuatro rangos principales: calidad como conformidad, esto se refiere a la idoneidad con las descripciones específicas en función a los requisitos de los consumidores, calidad como satisfacción de las expectativas del cliente; es decir la calidad valor correspondiente al costo y calidad como perfección, esto se adapta para aquellos bienes o servicios que aglomeran altos estándares de calidad según sus particularidades. Un bien o servicio es considerado de calidad cuando adopta en su desarrollo elementos sobresalientes, una gestión adecuada en sus procesos.

López

De acuerdo con López (2003, págs. 32-35) el concepto de calidad se trascibe a la noción de mejora, o de cualidad, esto dentro de los procesos, así como de los bienes o servicios que una entidad provee, trayendo a la memoria aspectos relacionados al adecuado ambiente de trabajo, ubicación notable en el sector, manejo adecuado de la estructura orgánica, elevada estimación interna como externa, supremo rendimiento tanto económico como social. En si la calidad se refiere a la satisfacción de las necesidades y expectativas por parte de los clientes.

Confederación Nacional de Ourense

Citado por Confederación Nacional de Ourense (2013), La fundación europea para la Gestión de la Calidad ha definido el concepto de calidad como: “Todas las formas a través de las cuales la organización satisface las necesidades y expectativas de sus clientes, su personal, las entidades implicadas financieramente y toda la sociedad en general” (p.1). Es decir, la calidad vista desde una perspectiva interna y externa, que se complementa buscando beneficios mutuos.

Carro & González

American Society for Quality Control define a la calidad como “la totalidad de los rasgos y características de un producto o servicio que se sustenta en su habilidad para satisfacer las necesidades establecidas”. (American Society for Quality, 2001, pág. 3; citado en Carro & González, 2009, pág. 3)

ISO 9000

La calidad se define como “la totalidad de las características, de una entidad (proceso, producto, organismo, sistema o persona) que le confiere aptitud para satisfacer necesidades establecidas e implícitas”. (ISO 9000, 2000, pág. 3)

1.1.4. *La Calidad en las organizaciones de servicio*

Las organizaciones encaminadas hacia una filosofía de excelencia, se interesan por la calidad de los servicios, de esa forma logran fidelizar a sus clientes, incrementar el número de clientes nuevos, así como también, aprovechar las oportunidades para su desarrollo interno y externo, reducir costes, y fortalecer la permanencia de sus colaboradores (Arias, 2010, pág. 40).

1.1.5. *Calidad para el cliente*

Las organizaciones dependen de sus clientes para alcanzar el éxito, debido a ello es primordial que se identifique las necesidades y deseos que requieren, en este sentido para López (2006), cuando se habla de calidad para el cliente, se está refiriendo a:

1. Estudiar las necesidades del cliente: el cliente espera satisfacer sus necesidades a cambio de su dinero, ya no solo se limita a comprar un producto o adquirir un servicio.
2. Mejorar las prestaciones: para satisfacer al cliente, en muchos casos se necesita otorgar más valor al concepto de plazo, flexibilidad, atención personalizada entre otros, que solo aumentar la calidad del producto.
3. Controlar la satisfacción: se debe hacer un seguimiento al cliente para conocer, si se ha mejorado el producto o servicio, si hemos conocido las necesidades del cliente y mejorado nuestras prestaciones, identificando si cumplimos con lo esperado o si estamos causando en el cliente efectos negativos. (pág. 3)

1.1.6. *Calidad de la empresa*

La calidad es algo imprescindible, y es percibido de manera diferente para el cliente como para la empresa, López (2006), menciona a los siguientes aspectos, como la forma en la que la empresa admite la calidad:

1. Mejora tecnológica de procesos: para obtener productos o servicios de calidad se necesita reconvertir los procesos.

2. Mejora económica de procesos: cuando se suprime piezas innecesarias en los procesos se los mejora.
3. Supervivencia como objetivo prioritario: una prioridad de las empresas es supervivir a lo largo del tiempo demostrando que la calidad no se refiere a las oportunidades sino a las estrategias que se lleven a cabo, pues la finalidad es el logro de una reputación de calidad, que constituye un recurso económico en el activo de la empresa. (pág.4)
4. Significa que la supervivencia de la empresa se encuentra por encima del beneficio a corto plazo. Con esto se demuestra que la calidad no es un tema de oportunidad, sino estratégico, pues el objetivo es llegar a poseer una reputación de calidad, la cual representa un recurso económico más en el activo de la empresa. (pág. 4)

Esta visión de la calidad indica como las empresas, no solo deben hacer énfasis en satisfacer las necesidades de los clientes, al momento de adquirir un producto o servicio, sino que deben mejorar cada día sus procesos de producción, tratando de eliminar los errores, corrigiéndolos, capacitando a su personal para que desempeñe un buen trabajo.

1.1.7. Calidad en salud

Para muchos la calidad en salud puede significar un tema más amplio, pues caracteriza a los servicios de salud, porque este debe garantizar la vida del ser humano (Vargas, Valecillos, & Hernández, 2013, pág. 665).

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona sobre la responsabilidad simultánea que debe coexistir entre los prestadores del servicio y el estado, con los usuarios, definiendo a la calidad del servicio de salud como:

“El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimiento del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso”. (OMS, 1991)

1.1.8. *Calidad total*

De acuerdo Chiavenato (2002), la calidad total, es una ideología basada en la gestión que deduce la implicación de todos los integrantes de la entidad en la constante búsqueda del progreso y mejora continua.

Según Confederación Nacional de Ourense (2013), menciona que la calidad total, llamada también TQM (Total Quality Management), consiste en una visión más creativa referente a la gestión de una entidad. Su concepto con el transcurso del tiempo ha ido desarrollándose, a continuación, se detallarán sus características principales:

1. Se constituyen como una de las actividades realizadas por la organización, que necesita la participación de todo el personal sin importar su nivel jerárquico.
2. Tiene como propósito establecer y satisfacer las necesidades de los clientes o partes interesadas, con servicios o productos libres de fallas.
3. Se introduce el concepto de mejora continua, como un segmento del concepto de calidad total, debido a que las necesidades de los clientes cambian con el tiempo.
4. Determinación y gestión por procesos, clave en la organización, lo que permite superar barreras departamentales y estructurales que no se visualizan a simple vista en los procesos.
5. La toma de las decisiones de la gestión, se basa en hechos y datos verídicos sobre la institución, es decir se domina el manejo de la información (p.24).

El vocablo Calidad Total, se usa para detallar el proceso en el cual se debe conseguir que los principios de calidad formen parte de los fines indispensables de una institución, empleándolos en cada operación conjuntamente con la mejora continua, orientando las necesidades del usuario para producir bienes perfectamente elaborados en la primera vez (López, 2005, pág. 4).

1.1.9. *Gestión de calidad*

Se refiere al grupo de vías posibles a través de las cuales se alcanza la calidad, integrándolo al proceso de gestión que indica mando, manejo y organización de las acciones a efectuar (Martínez, 2017). Este concepto permite la posibilidad de que quien este encargado de dirigir planear tácticas, que lleven a cabo programas que contribuyan a inspeccionar los resultados obtenidos de la gestión de calidad para determinar de manera fija mejoras continuas en sus procesos.

Para Udaondo (1992, pág. 32), la gestión de calidad se refiere a un conjunto de opciones a través de los cuales se logra la calidad, introduciéndolo al proceso de gestión, mismo que indica la dirección

gobierno y por último coordinar actividades, es decir formula un posible enunciado, acerca de una manera de calidad seria, la forma en que la dirección planifique, implante y controle los resultados de la calidad con visión a una mejora permanente.

La gestión de calidad en una organización mediante la gerencia interviene en la creación en los estudios y garantía de los productos y servicios tal como expresa Udaondo (1992), permitiendo que la empresa:

- 1 Delimitar los objetivos de calidad asociando sus intereses con los de sus clientes.
- 2 Lograr que sus productos o servicios estén acordes con los objetivos definidos, proporcionando los medios para alcanzarlo.
- 3 Valorar y controlar que se consiga la calidad ansiada.
- 4 Enfocarse en la mejora continua, transformando los objetivos y el logro de la calidad en un proceso interactivo, que se adecuen con las exigencias del mercado. (pág. 35)

1.1.10. Fundamentos de la gestión de la calidad

Los fundamentos de la gestión de la calidad expuestos por Udaondo (1992) mencionan lo siguiente:

- Pretende ayudar a satisfacer las necesidades del cliente.
- Los recursos humanos son su elemento más importante.
- Es preciso el trabajo en equipo para conseguirla.
- La comunicación, la información y la participación a todos los niveles son elementos imprescindibles.
- Se busca la disminución de costes mediante la prevención de anomalías.
- Implica fijar objetivos de mejora permanente y la realización de un seguimiento periódico de resultados.
- Forma parte de la gestión de la empresa, de cuya política de actuación constituye un objetivo estratégico fundamental. (pág. 37)

Dentro de los fundamentos se puede mencionar que la consecución de la calidad viene representada por lo siguiente según Udaondo (1992):

- Calidad realizada: este tipo de calidad se refiere a aquella que obtiene la persona capaz de realizar un trabajo, con un alto grado de cumplimiento, un ejemplo puede ser un carpintero que labora sin especificaciones, pero entrega el producto.

- Calidad Programada: es aquella que se pretende obtener, es decir se encuentra plasmada en un documento, como una especificación, es por tanto la que se recomienda al responsable conseguir según lo especificado.
- Calidad necesaria: esta se refiere a la que el cliente requiere, con un mayor o menor grado de especificación, por lo menos algo que a él le gustaría recibir. (pág. 39)



Gráfico 2-1. Consecución de la Calidad

Fuente: Udaondo, 1992

Elaborado por: Valencia, K. 2020

1.1.11. Gestión de calidad en los servicios de salud

La gestión de la calidad de los servicios de salud se enmarca en la política pública vigente del país, del Ministerio de Salud Pública y del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), de sus objetivos estratégicos, principales enfoques y en los principios de: Garantía de los derechos de las y los ciudadanos, Universalidad, Integralidad, Equidad, Continuidad, Participativo, Desconcentrado, Eficiente, Eficaz y de Calidad, que fomente la relación equipo de salud - ciudadano y provea resultados de impacto social. (Álvarez & Mendoza, 2017, pág. 45)

Es un proceso cuyo objetivo es mejorar la calidad de la atención, centrada en la seguridad y satisfacción del/a usuario/a, a través de un enfoque de derechos y desarrollo humano, para lo cual, se referencia en las políticas nacionales sociales y de salud y ha definido una estructura organizacional nacional, diseñada para operarla técnicamente, de manera desconcentrada, en cada nivel de atención y establecimiento de salud; fomenta el trabajo en equipo, motiva y reconoce el desempeño de los usuarios/as internos/as. (Barahona, 2017, pág. 23)

1.1.12. Sistema de gestión de la calidad

De acuerdo con Secretaría Central ISO (2015, pág. 7), referente al Sistema de gestión de la Calidad menciona que este hace alusión a las diversas actividades por las cuales una institución determina sus objetivos y metas, estableciendo procesos y recursos necesarios alcanzando resultados esperados para las partes interesadas, a la vez permite a la alta dirección, tomar decisiones

optimizando los recursos, analizando los efectos pronosticados y los no pronosticados en cuanto al suministro de productos y servicios.

La estructura de un sistema de gestión de calidad debe acomodarse a las características y tipo de organización, tomando en cuenta componentes que le son de propiedad como:

- ✓ La estructura organizativa, incluyendo funciones, responsabilidades, líneas de autoridad y de comunicación.
- ✓ Los resultados que se pretenden lograr.
- ✓ Los procesos que se llevan a cabo para cubrir los fines.
- ✓ Los procedimientos mediante los cuales se ejecuta las actividades y las tareas. • Los recursos que se disponen. (García, 2006, pág. 117)

1.1.13. Beneficios de implantar un sistema de gestión de la calidad

Según Martínez (2017, pág. 72), algunos de los beneficios de implantar un sistema de gestión de la calidad se basan en:

“La reducción de costos referente a la ejecución, evaluación, y certificación, debido a que en un mismo sistema se integran todos estos aspectos, optimizando y aprovechando recursos, generando un ahorro valioso para la entidad, así mismo se simplifica, el manejo de la información documentada, facilitando el cumplimiento de los requisitos”. (Pág. 72)

1.1.14. ISO

De acuerdo con Secretaría Central ISO (2015, pág. 2), ISO se refiere a la Organización Internacional para la Estandarización, que traducido al inglés sus siglas significan “International Standardization organization”, misma que fue instaurada en 1947, con sede en Ginebra Suiza, el fin que persigue esta entidad es promocionar la estandarización internacional, para favorecer la compraventa de bienes y servicios, además de su avance de carácter investigativo y técnico.

1.1.15. Norma ISO 9001

Según Yáñez (2008, pág. 27), menciona que la ISO 9001 es una norma internacional que se emplea en los sistemas de gestión de calidad, enfocada en todos los componentes de administración de calidad que una entidad debe poseer, para que el sistema sea útil y que le permita manejar y mejorar la calidad de bienes o servicios. Los usuarios se orientan por aquellas entidades que poseen esta

identificación, ya que esa es la única forma de asegurar que la institución elegida cuente con un sistema de gestión de calidad.

1.1.15.1. *Características de la norma ISO 9001*

De acuerdo a lo antes mencionada las características de la Norma ISO 9001 se basa en:

- Enfoque basado en procesos.
- Concurrencia con algunas normas de gestión
- Norma fundamental de mayor certificación en el mundo.
- Enfoque en acatar los requerimientos legalizados y normalizados.
- Mayor énfasis, por parte de la alta gerencia en cuanto a la participación y compromiso con la calidad.
- Menor énfasis en procedimientos documentados.
- Instauración de objetivos medibles en cuanto a la estructura jerárquica y funcional.
- Mayor cuidado con la existencia de recursos.
- Enfatiza en asistir y satisfacer las necesidades del usuario en mayor nivel.
- Seguimiento y análisis de la información concerniente a satisfacer al usuario.
- Las decisiones se toman en función del análisis previo de la información recolectada por el sistema de gestión de calidad
- Mejora continua y análisis permanente de la eficacia del sistema de gestión de calidad. (Yáñez, 2008, págs. 27-28)

1.1.16. *Historia y evolución de las normas ISO 9001:2015*

La Norma ISO 9001 fue divulgada en 1987 por primera vez, debido a la necesidad de poseer un documento de carácter normativo para la gestión de la calidad a nivel internacional. Desde entonces la norma ISO 9001 ha registrado diversas revisiones. La última versión corresponde a la norma ISO 9001:2015 misma que ha sido publicada en septiembre de 2015. (Sánchez, 2017, pág. 22)

Según Sánchez (2017), existen diversas versiones de la norma ISO 9001 mismas que se describirán a continuación:

1. ISO 9001:1987 (primera edición). La norma se basó en la norma británica BS 5750, dividiéndose en tres grupos de Gestión de Calidad: Diseño y Desarrollo, Producción y Servicio e Inspección Final.

2. ISO 9001:1994: Introdujo el término aseguramiento de la calidad que comenzó a ser considerada como estándar único.
3. ISO 9001:2000: Estaba centrada en los procesos de gestión, para facilitar la interpretación y aplicación para empresas y mejorar su desempeño.
4. ISO 9001:2015: Esta nueva versión, tiene como objetivo alinearse con otras normas de
5. Sistemas de Gestión teniendo la estructura llamada de alto nivel, adaptarse a la existencia de servicios además del producto y potenciar el liderazgo y la planificación. (pp. 22-25)

1.1.17. *Qué es la norma ISO 9001:2015*

ISO se refiere a la Organización Internacional de Estandarización, encargada de reunir a representantes de varios países con la finalidad de originar normas de estandarización, en diversos campos de actuación, mismo que afirma que la norma ISO 9001:2015 se refiere a una regla que estandariza el sistema de control de la calidad en organizaciones de todo el mundo, en caso de la norma ISO 9001, la más relevante y actualizada se trata de sistemas de gestión de calidad, que fue publicada el 23 de septiembre de 2015, misma que antes de ser compartida pasa por una serie de revisiones en la que intervinieron 93 países.

1.1.18. *Aspectos importantes de la norma ISO 9001:2015*

1.1.18.1. *Enfoque a procesos*

La finalidad de una estrategia del proceso, se basa en buscar la manera de producir bienes y servicios que den cumplimiento a los requisitos del cliente al igual que las especificaciones del producto, en lo que se refiere a costos y otras limitaciones de la administración, si nos colocamos en el enfoque basado en procesos de una organización, su planta se instaura junto a las actividades o procesos concretos, es decir cada proceso está diseñado para cumplir un conjunto de actividades y dirigir cambios permanentes (Heizer & Render, 2009, pág. 206).

El enfoque a procesos, consiste en que una organización, planifique sus procesos y sus interrelaciones, mediante el ciclo PHVA una organización puede asegurar que sus procesos, dispongan de recursos para gestionar de manera adecuada, de la misma forma que las oportunidades de mejora puedan establecerse, actuando para el efecto (Secretaría Central ISO , 2015, pág. 7)

La Norma Internacional ISO 9001:2015 suscita la adopción de un enfoque a procesos, pues permite que una organización, desarrolle, implemente y mejore la eficacia del sistema de gestión

de la calidad, para de esa forma incrementar la satisfacción del cliente a través del cumplimiento de requisitos del cliente (Secretaría Central ISO , 2015, pág. 10).

El presente enfoque permite mejorar el desempeño global de la organización, mediante el control de interrelaciones entre los procesos del sistema de gestión, es decir el enfoque implica, la enunciación además de la gestión sistémica de los procesos y las interacciones, para lograr resultados pronosticados, en relación a su política de calidad, esta gestión por procesos y el sistema de manera conjunta puede cumplirse mediante el uso del ciclo PHVA mismo que se encuentra orientado a aprovechar oportunidades y prevenir riesgos (Secretaría Central ISO , 2015, pág. 10).

1.1.18.2. *Pensamiento basado en riesgos*

De acuerdo con la Secretaría Central ISO (2015, pág. 7), el pensamiento basado en riesgos, radica en que una organización logre identificar los factores, que pueden causar, desviaciones en sus procesos y su sistema de gestión de la calidad, afectando resultados planificados, poniendo en marcha controles provisionales, de esa forma propagar las oportunidades que sigan surgiendo, y disminuyendo los efectos negativos.

El pensamiento basado en riesgos es primordial para adquirir un sistema de gestión de la calidad eficaz, este concepto ha estado sobreentendido en ediciones anteriores de la Norma Internacional, incorporando aspectos como las acciones que se deben llevar a cabo para eliminar conformidades, así como analizar no conformidades que ocurren, tomando acciones para notificar su recurrencia (Secretaría Central ISO , 2015, pág. 10).

Las organizaciones para ser conforme con los requisitos de esta Norma Internacional, requiere planificar y efectuar, tareas que aborden los riesgos y oportunidades, de esa forma, se constituye un pilar para incrementar la eficacia del sistema de gestión de calidad, logrando resultados favorables y al mismo tiempo prever resultados negativos (Secretaría Central ISO , 2015, pág. 10).

Las oportunidades surgen como respuesta a una favorable situación, alcanzando resultados previstos, mientras tanto el riesgo es el resultado de la incertidumbre, siendo que la misma puede tener un impacto positivo o negativo (Secretaría Central ISO , 2015, pág. 10).

1.1.18.3. *Cumplimiento permanente con los requisitos*

De acuerdo el cumplimiento de los requisitos implica un reto para las organizaciones en un contexto cambiante y complicado, para alcanzar con todos los objetivos organizacionales, puede ser necesario incorporar diferentes formas de mejora, a más de la modificación y la mejora continua, como ejemplo puede ser la innovación y la renovación (Secretaría Central ISO , 2015, pág. 7).

1.1.19. *Relación con otras normas de sistemas de gestión*

De acuerdo con la Norma Internacional ISO 9001:2015, cumple con el marco de referencia establecido por la ISO para renovar el alineamiento entre sus Normas Internacionales enfocadas en sistemas de gestión, esta norma permite que una organización utilice el enfoque en procesos, de manera conjunta con el ciclo PHVA, así como también el pensamiento basado en riesgos, integrando y alineando su sistema de gestión de calidad, con la integración de otros requisitos de sistemas de gestión (ISO 9001, 2015).

Según la ISO 9001 (2015), esta Norma Internacional se relaciona con la Norma ISO 9000 y la Norma ISO 9004 como se indica a continuación:

ISO 9000 Sistemas de gestión de la calidad: Fundamentos y vocabulario, proporciona una referencia esencial para la comprensión e implementación adecuadas de esta Norma Internacional.

ISO 9004 Gestión para el éxito sostenido de una organización: Enfoque de gestión de la calidad, proporciona orientación para las organizaciones que elijan ir más allá de los requisitos de esta Norma Internacional. (pág. 5)

1.1.20. *Beneficios de la norma internacional ISO 9001:2015*

Según la Secretaría Central ISO (2015), menciona que algunos de los beneficios potenciales para una organización de implantar un sistema de gestión de la calidad basado en esta Norma Internacional son:

- La capacidad para proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables;
- Facilitar oportunidades de aumentar la satisfacción del cliente;
- Abordar los riesgos y oportunidades asociadas con su contexto y objetivos;

- La capacidad de demostrar la conformidad con requisitos del sistema de gestión de la calidad especificados. (pág. 7)

1.1.21. *Ciclo planificar-hacer-verificar-actuar*

De acuerdo con la Secretaría Central ISO (2015), el ciclo PHVA puede ser aplicado a todos los procesos, de forma general al sistema de gestión de calidad como un todo, a continuación, se detalla cada uno de sus componentes:

1. Planificar: determina los objetivos del sistema y de los procesos que lo conforman, además los recursos que serán necesarios para originar y proveer resultados en relación de los requisitos del cliente, al igual que las políticas de la organización, identificando y abordando los riesgos y las oportunidades.
2. Hacer: esto se refiere a efectuar o dar cumplimiento con lo planificado.
3. Verificar: efectuar un seguimiento, identificando si fue aplicable, es decir medir los procesos que dieron como resultado productos o servicios, realizando una revisión, para dar conformidad al cumplimiento de políticas, objetivos, requisitos y acciones planeadas, informando acerca del resultado obtenido.
4. Actuar: alude a tomar acciones que permitan mejorar el desempeño, corregir esas acciones cuando la organización lo necesite. (pp. 9-10)

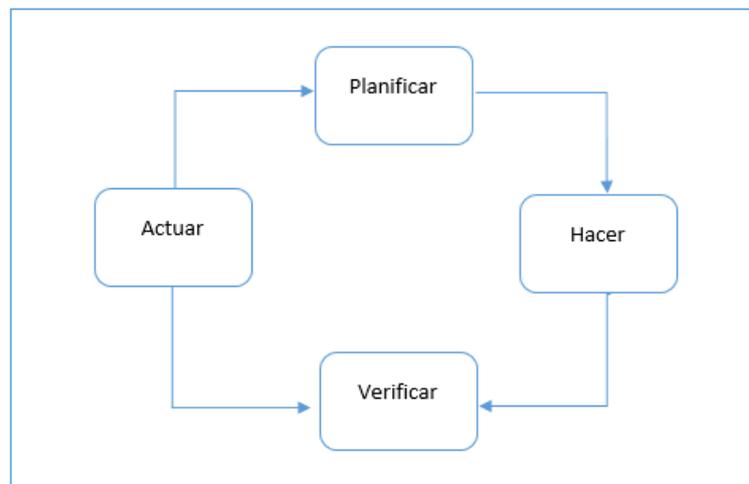


Gráfico 3-1. Ciclo PHVA

Fuente: ISO 9001, 2015

Elaborado por: Valencia, K. 2020

1.1.22. Diagrama de flujo de procesos

Se la conoce también como mapa del proceso, son diagramas de bloques que detallan de manera gráfica un proceso o sistema, usando líneas cuadros conectados entre sí, permiten explicar procesos o por lo menos que se pretenda que sea entendido (Heizer & Render, 2009, pág. 207). En ese sentido es mejor que los diagramas antes mencionados sean diseñados por equipos ya que permite replicar de mejor forma un proceso, y poder elaborarlo con la finalidad de que facilite la visualización del sistema completo, además se puede identificar los puntos de problemas de mayor potencia, así como también localizar las actividades que permiten controlar dichos procesos, y finalmente se puede efectuar mejoras al proceso, combinando pasos o eliminándolos haciendo notar que los pasos más frecuentes son los más eficientes (Besterfield, 2009, pág. 85).

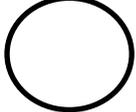
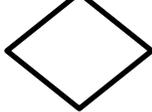
1.1.23. Diagrama de flujo concatenaste

Se refiere a una representación a través de un gráfico de un flujo secuencial mediante el uso de simbologías para personalizar operaciones específicas incorporando flechas que expliquen la secuencia del mismo, en una organización estos diagramas son primordiales ya que permiten una mayor comprensión, mediante la representación de los mismos, incorporando herramientas como son los algoritmos, que permiten su entendimiento mediante la observación remplazando palabras o frases largas (Pastor, 2013, pág. 15).

Según Pastor (2013), las siguientes acciones previas son las que se deben seguir para la realización del diagrama de flujo:

- Determinar las ideas primordiales que deben incluirse en el diagrama de flujo.
- Precisar que se quiere obtener con el diagrama de flujo.
- Identificar para quien será aplicable y como.
- Fijar el nivel de detalle a requerir.
- Identificar los límites del proceso a detallar. (pág. 15)

Tabla 2-1: Algoritmos simbología para los flujogramas

NOMBRE	FUNCIÓN	SIMBOLO
Líneas de Flujo (conexión de pasos)	Otorga el sentido del flujo del proceso, mediante la conexión de símbolos	
Terminador (comienzo o final)	Dentro de él se fija información de comienzo o final del proceso.	
Proceso (Actividad)	Actividad o tarea llevada a cabo en el proceso.	
Conector, Paso, Secuencia (conexión con otros procesos)	Sirve para nombrar procesos independientes que se puede relacionar con el principal.	
Datos Entrada/ Salida información de Apoyo)	Se incorpora la información para realizar una actividad.	
Decisión	Sirve para indicar puntos donde se toman decisiones Si o No.	
Documento	Se usa para referirse a un documento en un punto del proceso.	

Fuente: Pastor, 2013

Elaborado por: Valencia. K, 2020.

1.1.24. Principios de la gestión de calidad

Es evidente que los principios son aquellos que norman las acciones que se efectúan en una organización, es así que la gestión de la calidad cuenta con siete principios establecidos en la Norma ISO 9001:2015, que debe cumplir de manera correcta, para mejorar el desempeño, obteniendo beneficios esperados, estos han sido creados tomando en consideración los principios, de gestión de la calidad incorporados en su momento por la ISO 9000:2000, mismos que en principio eran ocho, sin embargo en la nueva versión 2015 los disminuyeron a siete solamente,

exponiendo que el enfoque de sistemas para la gestión, se sobreentenderán con los siete principios expuestos en la norma (Oviedo, 2016, pág. 5).

Según ISO 9001 (2015, pág. 8), Esta Norma Internacional se fundamenta en los principios de la gestión de la calidad descritos en la Norma ISO 9000. Las exposiciones contienen una explicación de cada principio, es decir un sustento razonable de por qué el principio es fundamental para la entidad.

Para la ISO 9001 (2015), los principios de la gestión de la calidad según la Norma ISO son:

- Enfoque al cliente;
- Liderazgo;
- Compromiso de las personas;
- Enfoque a procesos;
- Mejora;
- Toma de decisiones basada en la evidencia;
- Gestión de las relaciones. (pág. 8)

1.1.25. Estructura de la norma ISO 9001:2015

De acuerdo con López (2016, pág. 35), la Norma ISO 9001:2015 destaca varios puntos con respecto a la versión 2008, a esta nueva estructura se la considera de alto nivel, misma que ha sido determinada por la ISO en el mes de septiembre del 2015, en el anexo SL. El objeto que tiene esta nueva adaptación, en comparación con las demás ISO 9001, es proporcionar la incorporación de las mismas cuando existan al mismo tiempo dentro de la organización. En la siguiente figura mostrada a continuación se detallará la estructura frecuente que asumirán todas las normas ISO de sistemas de gestión en concordancia con el Anexo SL. Se pronostica que los apartados 4. Contexto de la Organización, 5. Liderazgo, 6. Planificación, 7. Apoyo, 9. Evaluación del Desempeño y 10. Mejora Continua, sean habitualmente parecidos, inclusive ocupando párrafos similares para narrar los requerimientos, para todas las normas, y el componente diferenciador será el punto 8. Operación.

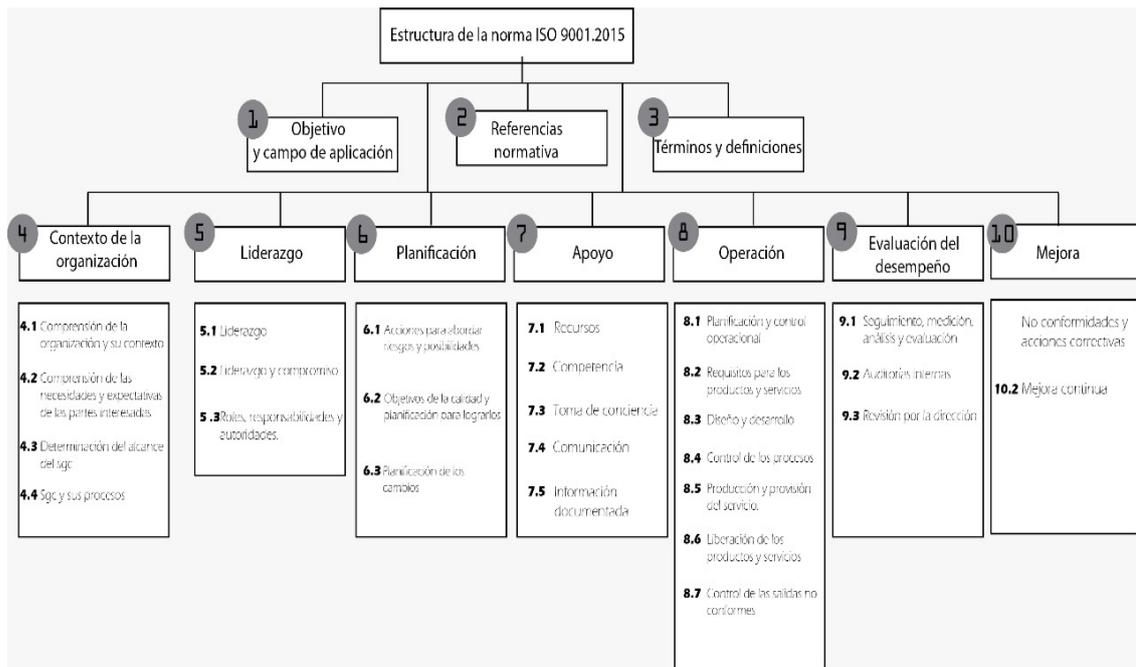


Gráfico 4-1. Estructura de la Norma ISO 9001:2015

Fuente: ISO 9001, 2015

Elaborado por: Valencia, K. 2020

1.1.26. Diferencia entre la norma ISO 9001:2008 y la norma ISO 9001:2015

Las organizaciones ya sean grandes o pequeñas, deben poseer sistemas de calidad en base a la norma ISO 9001, debido a que esta norma se encuentra estandarizada a nivel mundial, su actualización más reciente corresponde al año 2015, mediante ella se puede verificar la capacidad para promover productos y servicios, que cumplan las necesidades de clientes, además de requisitos indispensables como los legales y reglamentarios aplicables, en busca de incrementar la satisfacción del cliente a través de procesos mejorados y conformidad con la evaluación (Luna, 2018, párrafo 3).

Tabla 3-1: Diferencias entre la Norma ISO 9001:2008- Norma ISO 9001:2015

ISO 9001:2008	ISO 9001:2015
<ul style="list-style-type: none"> Objeto y campo de aplicación Normas para la consulta Términos y definiciones Sistema de gestión de calidad Responsabilidad de la dirección Gestión de los recursos Relación del producto Medición análisis y mejora 	<ul style="list-style-type: none"> Objeto y campo de aplicación Referencias normativas Términos y dediciones Contexto de la organización Liderazgo Planificación Apoyo Operación Evaluación del desempeño Mejora

Fuente: Luna, 2018

Elaborado por: Valencia, K, 2020.

A más de los cambios evidenciados en el cuadro anterior entre la norma ISO 9001:2008 e ISO 9001:2015 se pueden mencionar que la norma ISO correspondiente al 2015 hace énfasis en un enfoque por procesos, además la incorporación de un pensamiento basado en riesgos, en donde se debe aprovechar las oportunidades y prevenir los riesgos.

1.1.27. Índice del manual de la norma ISO 9001:2015

1. Objetivo y campo de aplicación
2. Referencias Normativas
3. Términos y definiciones
4. Contexto de la Organización
 - 4.1 Comprensión de la organización y de su contexto
 - 4.2 Comprensión de la necesidades y expectativas de las partes interesadas
 - 4.3 Alcance del sistema de gestión de calidad
 - 4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos.
5. Liderazgo
 - 5.1 Liderazgo y compromiso
 - 5.1.1 Generalidades
 - 5.2.2 Enfoque al cliente
 - 5.2 Política
 - 5.2.1 Establecimiento de la política de a calidad
 - 5.2.2 Comunicación de la política de la calidad
 - 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización
6. Planificación
 - 6.1 Acciones para abordad riesgos y oportunidades
 - 6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos
 - 6.3 Planificación de los cambios
7. Apoyo
 - 7.1 Recursos
 - 7.1.1 Generalidades
 - 7.1.2 Personas
 - 7.1.3 Infraestructura
 - 7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos
 - 7.1.5 Recursos de seguimiento y medición
 - 7.1.6 Conocimiento de la Organización
 - 7.2 Competencia
 - 7.3 Toma de conciencia

- 7.4 Comunicación
- 7.5 Información documentada
 - 7.5.1 generalidades
 - 7.5.2 Creación y actualización
 - 7.5.3 Control de la información documentada
- 8. Operación
 - 8.1 Planificación y control operacional
 - 8.2 requisitos para los productos y servicios
 - 8.2.1 Comunicación con el cliente
 - 8.2.2 Determinación de requisitos para productos y servicios
 - 8.2.3 Revisión de los requisitos para productos y servicios
 - 8.2.4 Cambios en los requisitos para productos y servicios
 - 8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios
 - 8.3.1 Generalidades
 - 8.3.2 Planificación del diseño y desarrollo
 - 8.3.3 Entradas para el diseño y desarrollo
 - 8.3.4 Controles del diseño y desarrollo
 - 8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo
 - 8.3.6 Cambios del diseño y desarrollo
 - 8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente
 - 8.4.1 Generalidades
 - 8.4.2 Tipo y alcance del control
 - 8.4.3 Información para los proveedores externos
 - 8.5 Producción y provisión del servicio
 - 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio
 - 8.5.2 Identificación y trazabilidad
 - 8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos
 - 8.5.4. Preservación
 - 8.5.5 Actividades posteriores a la entrega
 - 8.5.6 Control de los cambios
 - 8.6 Liberación de los productos y servicios
 - 8.7 Control de las salidas no conformes
- 9. Evaluación del desempeño
 - 9.1.1 Generalidades
 - 9.1.2 Satisfacción del cliente
 - 9.1.3 Análisis y evaluación
- 9.2 Auditoría interna

- 9.3 Revisión por la dirección
 - 9.3.1 Generalidades
 - 9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección
 - 9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección
- 10. Mejora
 - 10.1 Generalidades
 - 10.2 No conformidad y acción correctiva
 - 10.3 Mejora continua

1.1.28. Descripción de los requisitos de la norma ISO 9001:2015

La Norma ISO 9001:2015, incorpora dos términos nuevos que se deben desarrollar en dos procedimientos diferentes en comparación con la Norma ISO 9001:2008 el primero se refiere a la gestión del riesgo del proceso y la identificación y el segundo hace alusión a la identificación del contexto de la organización (Gómez, 2015, pág. 12).

Objeto, y Campo de aplicación. – este punto habla de forma general como una organización mediante la implementación de un sistema de gestión, y el cumplimiento de sus requisitos pretende garantizar el incremento de la satisfacción de sus partes interesadas, proporcionando productos o servicios, conforme los requerimientos de sus clientes, así como los legales aplicables (Norma Internacional ISO 9001:2015, 2015).

Los requisitos mencionados en la parte anterior, describen de manera general el motivo por el cual se pretende implementar el sistema de gestión de calidad, y como mediante la aplicación del mismo y el cumplimiento con los requisitos puede ser capaz de proporcionar mejores productos y servicios que cumplan los requerimientos del cliente, incrementando de esa forma la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluido sus procesos de mejora, y el cumplimiento con la conformidad de los requisitos del cliente, además de los legales y reglamentarios aplicables (Gómez, 2015, pág. 19).

Referencias Normativas – este parámetro indica las normas en la que se hará énfasis para el desarrollo del sistema de gestión, es decir hace énfasis en la Norma ISO 9001-2015, y otras indispensables, que tienen relación a las actividades que desempeña la organización que serán necesarias para la aplicación de la misma (Norma Internacional ISO 9001:2015, 2015).

En este apartado se debe dar a conocer de manera textual los reglamentos, normativas que han servido como fundamento para el desarrollo del sistema de gestión de la calidad, como primordial

estará citada la Norma Internacional ISO 9001:2015 y el resto de reglamentaciones dependerá del giro de las actividades que se dedica a desempeñar la organización que implementará el sistema de gestión de la calidad (Gómez, 2015, pág. 19).

Términos y definiciones. – en este apartado deberán incluirse toda la terminología y definiciones que se aplicara en el desarrollo del sistema de gestión, que evidentemente incluye la Norma ISO 9001-2015 (Norma Internacional ISO 9001:2015, 2015).

En este punto se dará a conocer la terminología que ha sido utilizada, para desarrollar el sistema de gestión de calidad, incorporando en este apartado equivalentes a estos conceptos para que al borde de la concesión del sistema se puedan emplear cualquiera de los términos, sin que existan desviaciones (Gómez, 2015, pág. 19).

Contexto de la Organización. – este requisito pretende identificar el contexto del SGC y conocer como las acciones que ejecute la institución ayudaran a lograrlo, es decir entender el contexto de la organización, tomando en consideración, las expectativas de las partes involucradas, y evaluar su impacto en la satisfacción del cliente que es el fin del sistema de gestión (Norma Internacional ISO 9001:2015, 2015).

En este apartado se da a conocer sobre la organización y su entorno, especificando las actividades que desempeña la institución, además señalando la independencia de los agentes que intervengan y el beneficio que se busca al implementar el sistema de gestión de calidad, adaptándolo al sector al que se dedica la entidad, mediante un análisis estratégico, identificar los aspectos internos y externos de la organización para definir su contexto, esto se lo realiza estableciendo una metodología basada en la matriz FODA, lo que permite dar respuesta a los requerimientos de la ISO 9001:2015, incorporándolos en la gestión de riesgos de los procesos, para implantar mejoras en el sistema (Gómez, 2015, pág. 22)

En este punto también se debe incorporar las necesidades y expectativas de las partes interesadas, exponiendo de manera adecuada las metodologías de trabajo, para reducir las posibilidades de error, asegurando así el cumplimiento de los requisitos, implantando un sistema de gestión de calidad que quede documentado (Gómez, 2015, pág. 22)

Liderazgo. – este apartado muestra el compromiso que la alta dirección de una entidad, tiene en cuanto al progreso y la mejora del sistema de gestión de calidad, mediante la implementación, de una política de calidad, así como la designación de roles, responsabilidades y autoridades en la

organización para la aplicabilidad y el funcionamiento del sistema de manera eficiente (Norma Internacional ISO 9001:2015, 2015).

Este requisito debe evidenciar el compromiso de la dirección con la mejora continua, para implementar el sistema de gestión de calidad, mediante la comunicación efectiva con las partes interesadas de la organización para satisfacer los requerimientos legales y complementarios, estableciendo la política y objetivos de calidad, efectuando revisión por parte de la dirección y finalmente proveer de los recursos y medios para alcanzar los objetivos propuestos, estableciendo los roles y responsabilidades por parte de la dirección (Gómez, 2015, pág. 22).

Planificación. – consiste en determinar los riesgos y oportunidades que pueden afectar el alcance del sistema de gestión, para que se pueda alcanzar los resultados propuestos, prevenir efectos no deseables y aumentar los deseables, logrando la mejora (Norma Internacional ISO 9001:2015, 2015).

Para ello la organización debe identificar e incorporar, los procesos indispensables para efectuar su actividad, y los medios para realizarlos de manera eficiente, además la forma de como pretende gestionar los mismos para que cumplan con la conformidad en cuanto al producto o servicio, a más de ello la dirección debe establecer indicadores y objetivos de calidad para cumplir con requisitos, la entidad también debe asegurarse que la planificación del sistema cumpla con los requerimientos establecidos en la norma internacional garantizando la integridad del sistema de gestión y finalmente, la institución debe evaluar sus riesgos con el objetivo de identificar y eliminar causas que deriven a no conformidades en el sistema (Gómez, 2015, pág. 23).

Apoyo. – este requisito permite que la organización establezca, y provea de los recursos necesarios para la determinación, implementación, y mantenimiento de la mejora del sistema de gestión de calidad, considerando los recursos internos y externos existentes (Norma Internacional ISO 9001:2015, 2015).

Dentro de este punto se debe incorporar una descripción de las instalaciones que dispone la organización para llevar a cabo sus actividades, así como de un ambiente de trabajo con las condiciones indispensables, para que su personal pueda desempeñar sus funciones bajo el enfoque de seguridad laboral, para prevenir riesgos laborales, señalando si la implantación del sistema de calidad, se emplea a ciertas instalaciones o a la institución como un todo, a más de ello debe añadir, la documentación correspondiente dando a conocer como se establece la comunicación entre las partes interesadas, puesto que la responsabilidad de la calidad según la norma ISO 9001:2015 recae en la dirección de la organización, y ellos son los encargados de hacer cumplir todos los requisitos que la norma establezca (Gómez, 2015, pág. 25).

Operación. – se refiere a la elaboración de planes y procesos, que faciliten a la organización lograr los requerimientos del cliente, además este requisito trata sobre el diseño de productos y servicios. Enfatiza en mayor nivel, en el control de procesos, con el fin de identificar cambios previstos, de esa forma aplacar efectos adversos (Norma Internacional ISO 9001:2015, 2015).

Para cumplir con este requisito, la organización debe planificar, ejecutar y examinar los procesos precisos dando cumplimiento a las necesidades para el abastecimiento de productos o la entrega de servicios, conociendo los requisitos del cliente, de esa forma satisfacer sus expectativas. Así también debe identificar puntos de control en las fases decisivas de los diferentes procesos, permitiendo ser corregidos, contribuyendo de esa manera a mejorarlos, y obtener mejores resultados, buscando siempre el beneficio de sus clientes, todo esto cumpliendo con lo especificado en la norma. Además, establecer los procesos detallando la fase que cada uno cumple, con el propósito de considerar los requisitos, así como de los recursos necesarios para elaborar un producto o entregar un servicio. Y finalmente debe identificar su trazabilidad a través, de los formatos de control de procesos, que lo ameriten, generando procedimientos, haciendo hincapié en la documentación que será aplicada para la implantación del sistema de gestión de calidad, para ello debe existir una correcta codificación (Gómez, 2015, pág. 32).

Evaluación del desempeño. – este requisito manifiesta que la organización debe hacer un análisis y establecer que requiere ser medido, en qué momento se analizaran los datos, es decir en este punto se deberá valorar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión, y mantener información documentada que permita evidenciar los resultados (Norma Internacional ISO 9001:2015, 2015).

La organización debe hacer énfasis en el seguimiento, medición análisis y mejora, de esa forma garantizar la conformidad del producto y a la vez la del sistema de gestión, mejorando a la vez su eficacia de manera continua, se debe evidenciar también el seguimiento, medición y análisis de las no conformidades, acciones correctivas, auditorías internas mediante la revisión de la dirección. Además, la institución debe incorporar la documentación pertinente, del como medirá el grado de satisfacción del cliente, así como el cumplimiento de los requisitos especificados en la norma, asegurando la adecuación del sistema, realizando actividades de inspección que considere convenientes (Gómez, 2015, pág. 42).

Esto nos quiere decir que Para dar cumplimiento a este requisito la organización debe determinar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora que le permiten mejorar el desempeño del sistema de gestión de la calidad. Para planificar el seguimiento, medición, análisis y evaluación, la Organización tiene que determinar a qué es necesario dar seguimiento y medir.

Dentro de la satisfacción del cliente la organización debe tener en cuenta la opinión de los clientes para determinar si esta, ha cumplido o no con los requisitos especificados y percibidos. Con respecto al análisis y evaluación la organización tiene que ordenar y resumir los datos que recopila de las cosas que han ido bien y las cosas que han ido mal y presentarlas para su análisis y toma de decisiones. (Gómez, 2015, pág. 43)

Mejora. – incrementa su enfoque en la mejora, incluye no conformidades que se refieren al incumplimiento de requisitos y proponer acciones correctivas, aquí las organizaciones establecerán y reconocerán, oportunidades enfocados en los procesos, que permitirá mejorar la satisfacción del cliente proporcionando productos y servicios de calidad (Norma Internacional ISO 9001:2015, 2015).

De acuerdo con Gómez (2015, pág. 43), la mejora continua es otro de los puntos que se deben especificar en la mejora, donde es necesario la incorporación y compromiso por parte de todos los miembros de la organización, con la finalidad de mejorar de manera continua el sistema de gestión utilizando:

- La política de calidad
- Los objetivos de calidad
- Los resultados de las auditorías
- El análisis de datos las acciones correctivas, derivadas de las no conformidades y la evaluación de riesgos.
- La revisión por la dirección y las reuniones de seguimiento periódicas. (pág. 45)

Esto con el fin de garantizar la conformidad de sus servicios con relación a los requisitos de los clientes y los reglamentarios, es decir implementar las acciones indispensables para obtener resultados deseados.

Para Gómez (2015) respecto a la mejora la organización debe considerar los resultados del análisis y la evaluación, y las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades que deben considerarse como parte de la mejora continua. (pág. 45)

La mejora continua es un proceso que se sirve de los resultados de la aplicación de otras cláusulas clave, que generan información valiosa para examinar las necesidades u oportunidades de realizar acciones de mejora en distintos procesos. En siguiente formulario se debe retener la información documentada sobre proyectos de mejora continua. (Gómez, 2015, pág. 46)

CAPÍTULO II

2. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Enfoque de investigación

Para efectuar el presente estudio en el Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román”, se utilizará el enfoque de investigación mixto ya que este se adaptará a las características y requerimientos de la misma.

2.1.1. *Enfoque cualitativo*

Para Ballasteros (2015, pág. 22), la investigación cualitativa, cumple con describir, comprender e interpretar fenómenos mediante la recolección de datos, sin cálculos numéricos, afirmando, preguntas de investigación mediante las apreciaciones, y significados procedentes de las experiencias de los involucrados en la investigación.

A través de la investigación cualitativa se logrará recolectar y analizar información, que será arrojada frente a la situación existente, según distintos puntos de vista del Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román”, con el propósito de mejorar los procesos de gestión y operativos.

2.1.2. *Enfoquen cuantitativo*

De acuerdo con del Castillo & Olivares (2014, pág. 120), la investigación cuantitativa, recolecta datos con la finalidad de probar hipótesis, basados en el análisis estadístico y medición numérica, probando teorías y estableciendo patrones de comportamiento.

La investigación, cuantitativa permitió identificar indicadores que permitan valorar la situación real, en cuanto a los procesos de gestión y operativos del Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román”.

Además, se empleará la investigación cualitativa, en el análisis de los resultados de la aplicación de las encuestas a los usuarios como a los empleados de la Institución de Salud.

2.2. Nivel de investigación

2.2.1. Exploratorio

El estudio exploratorio se realiza cuando se pretende examinar un problema de investigación poco estudiado, sobre el cual existen varias dudas o es un tema abordado antes, pero con ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, con nuevos puntos de vista (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, pág. 80).

Mediante el nivel exploratorio se detallará el contexto existente dentro del Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román” determinando el problema, así como las falencias de la institución.

2.2.2. Descriptivo

Para Hernández, Fernández, & Baptista (2016, pág. 81), el estudio descriptivo, permite describir fenómenos, contextos y demás, detallando como son así como su manifestación, buscando características específicas de procesos objetivos personas o cualquier situación, que pueda ser analizada descubriendo lo que se investiga mediante la información recolectada.

El nivel descriptivo, permitirá detallar a grosso modo, el problema de investigación, mediante la recolección de datos adquiridos, sobre la población de estudio del Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román”, buscando un lenguaje de fácil comprensión para el lector con el objetivo de que el contenido fuera entendible.

2.2.3. Explicativo

Para Hernández, Fernández, & Baptista (2016), el estudio explicativo va más allá de la descripción, de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos (pág. 85). Es decir, este nivel de investigación está interesados en explicar, el ¿por qué? de la ocurrencia de esos eventos.

Este nivel se utilizará para identificar las razones o causas de la ausencia de un Sistema de gestión de la calidad en el Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román”, así como los problemas existentes dentro de la institución.

2.3. Diseño de investigación

2.3.1. *No experimental*

De acuerdo con Hernández, Fernández, & Baptista (2014, pág. 185) la investigación no experimental, es aquella que se la lleva a cabo sin la manipulación intencionada de las variables independientes, observando los fenómenos de manera natural como suceden en su contexto normal.

Debido a que la consecuencia del Objeto de estudio es diseñar un Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2015, que se ajuste a los requerimientos y falencias del Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román”, la presente investigación se la ejecutará mediante un diseño analítico, no experimental, debido a que no se requirió un control de la variable independiente.

2.4. Tipo de Estudio

2.4.1. *Bibliográfico-documental*

Este tipo de estudio permite seleccionar, recolectar e interpretar datos, mediante fuentes bibliográficas, fidedignas se basa en documentos de selección adecuada, que aporten a la investigación propuesta (Ortíz, 2015, pág. 66).

La presente investigación se lo desarrollará mediante la recopilación bibliográfica de diferentes fuentes como: artículos académicos, normas, leyes, revistas entre otras, sustentando de manera bibliográfica el tema de la investigación, que ayudará a darle forma al apartado teórico y conceptual del proyecto.

2.4.2. *De campo*

La investigación de campo es un estudio que permite recolectar y analizar datos de manera sistemática, esto mediante una relación directa con la situación real y la población (del Castillo & Olivares, 2014).

En el marco de lo antes mencionado, mediante un estudio de campo se logrará recolectar datos acerca de las variables de estudio como son; diseño del Sistema de gestión de calidad y el mejoramiento de procesos de gestión y operativos de la institución; la recopilación de datos se

realizó en el Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román”, de la ciudad de Riobamba con la colaboración del personal de la entidad.

2.5. Población y planificación, selección y cálculo del tamaño de la muestra

2.5.1. Población

La población se refiere a un conjunto de elementos que pueden ser finitos e infinitos, con particularidades en común para quienes las conclusiones de la investigación serán extensas, la misma queda definida por los objetivos y el problema a estudiar. (del Castillo & Olivares, 2014, pág. 107)

La población que abarca la investigación, son las personas que prestan su servicio dentro del Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román” la misma está constituida por 140 funcionarios que conforman la institución, de los cuales 22 son administrativos y 118 operativos respectivamente.

Tabla 4-2: Población del trabajo de investigación

Nivel	No. Colaborador
Estratégico o Gobernante	1
Administrativo	21
Operativo o asistencial	118
Total (N)	140

Fuente: Investigación de Campo

Elaborado por: Valencia, K, 2020.

Debido a que el número de trabajadores de la institución, es muy reducida, además con la finalidad de obtener información vasta, confiable y certera, se tomó en cuenta una población de los 140 colaboradores que laboran en la entidad.

La cartera de servicio asistenciales del Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román” se delimita según sus características estructurales de procedimientos referentes a especialidad y subespecialidad, entre los cuales se puede mencionar; consulta externa, laboratorio clínico, imagenología, emergencias, rehabilitación, farmacia entre otros, con un aproximado de atención mensual de 300 usuarios en la actualidad.

2.5.2. Muestra

La muestra se refiere a un subgrupo de personas que se extrae de la población que abarca el estudio. (del Castillo & Olivares, 2014, pág. 109) La muestra es un subconjunto de los miembros de una población, mientras que la población comprende todos los miembros de un grupo. Suele ser costoso y requiere gran inversión de tiempo evaluar a toda la población de interés ya que se debe tener identificada a la población

2.5.2.1. Estratificación de la muestra

Para llevar a cabo el presente trabajo investigativo se aplicará las diversas técnicas y métodos basado en la siguiente muestra.

Fórmula para obtener la muestra

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 (N - 1) + Z^2 (p * q)}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población= 3660

p = Probabilidad de éxito (0,8)

q= 1-p 1-0,8 Probabilidad de fracaso (0,2)

N-1= Tamaño de la Población menos 1

e = Error máximo admisible = 0,05

Z = Nivel de confianza = 1,96

2.5.2.2. Cálculo de la muestra

Se calcula la muestra para los funcionarios como para los usuarios del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez, como se detalla a continuación.

Las encuestas para el personal que labora en esta institución de salud, estarán dirigidos solamente a los responsables de los procesos y/o gestiones en este caso son 20 funcionarios públicos.

En el caso de los clientes externos se aplica la siguiente formula;

$$n = \frac{3660 * (1,96)^2 * (0,8) * (0,2)}{(0,05)^2 (3660 - 1) + (1,96)^2 * ((0,8) * (0,2))}$$

$$n = \frac{2249,64096}{9,762156}$$

n = 230 (clientes externos a encuestar)

Luego de aplicar la fórmula para población finita se estableció, que se aplicará las encuestas a 230 clientes externos.

2.6. Métodos técnicas e instrumentos de investigación

2.6.1. Métodos

2.6.1.1. Deductivo

Es el razonamiento que, partiendo de casos generales, se eleva a conocimientos particulares. (Cortés, 2012, pág. 75)

Esta metodología será utilizada para examinar aspectos generales y externos, del Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román” con la finalidad de recolectar información, de la gestión institucional.

2.6.1.2. Inductivo

Este método a través del razonamiento, obtiene conclusiones de carácter general, partiendo de hechos particulares (Cervantes, 2010, pág. 28).

Mediante la aplicación de esta metodología, se identificará los objetivos y metas específicas, considerando un análisis de los elementos constitutivos. En este caso de la investigación se analizará cada uno de los componentes o pilares que integran el sistema de gestión de calidad separando las partes del todo sin destruirlo para conocerlo mejor, con la finalidad de mejorar los procesos de gestión y operativos de la institución.

2.6.1.3. *Analítico*

Esta metodología, permitirá conocer de manera detallada la situación real en la que se encuentra el Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román”, esto permitirá identificar las falencias en los procesos, y formular acciones para mejorarlos.

2.6.2. *Técnicas*

2.6.2.1. *Entrevista*

Según (Perez, 2016, pág. 45), la entrevista se refiere a la técnica por medio de la cual el investigador intentara conseguir información, de manera oral y personificada. Debido a ello la técnica a utilizar en la investigación será la entrevista, pues mediante la indagación, con el personal directivo de la entidad, se obtendrá información, que permita conocer la situación institucional, y como mediante el Sistema de gestión se podrá mejorar los procesos de gestión y operativos.

2.6.2.2. *Encuestas*

De acuerdo con (Perez, 2016, pág. 46), las encuestas hacen alusión a entrevistas, en las cuales participan un mayor número de personas, haciendo uso de un cuestionario con preguntas previamente diseñadas con la finalidad de obtener una información más concreta al respecto de un tema.

Así mismo para realizar la investigación se elaborará una encuesta dirigida a 79 colaboradores de la entidad pública, utilizando un cuestionario de 10 ítems relacionados principalmente a los principios de la calidad utilizados en la institución, y con ello el acercamiento a la problemática institucional.

2.6.3. *Instrumentos*

2.6.3.1. *Guía de entrevista*

Se refiere a listar una serie de puntos a llevar a cabo en una entrevista, que lleven a obtener respuestas relacionadas al tema tratado (Perez, 2016, pág. 49). La Investigación mediante la utilización de una guía de entrevista a la directora del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, se realizará preguntas abiertas que examinen el problema de investigación.

2.6.3.2. *Cuestionarios*

Se refiere a la secuencia de una cadena de preguntas que se lo realizan de manera escrita, se puede emplear en una encuesta o entrevista (Perez, 2016, pág. 50). Este instrumento permitirá recolectar información necesaria para elaborar la investigación.

En la presente investigación a través de las encuestas dirigidas a los responsables de las unidades y/o gestiones del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, así como a los clientes externos se obtendrá información relevante relacionada con el objeto de estudio.

CAPITULO III

3. MARCO PROPOSITIVO

3.1. Resultados

Para la recolección de datos se aplicó encuestas a los responsables de las unidades y/o gestiones del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, al igual que a sus clientes externos, y una entrevista a la gerencia hospitalaria, actores principales en el presente trabajo de investigación, la información se analizó, a través Microsoft Excel, mediante estadística descriptiva, presentando los siguientes resultados.

3.1.1. Resultados de las encuestas dirigidas a los responsables de las gestiones y/o unidades

Edad de los encuestados:

Tabla 5-3: Tabulación edad de los encuestados

ESPECTATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
20-30	0	0,0%
31-40	6	31,6%
41-50	11	57,9%
51-60	2	10,5%
Más de 60	0	0,0%
TOTAL	19	100%

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez
Elaborado por: Valencia, K, 2020.

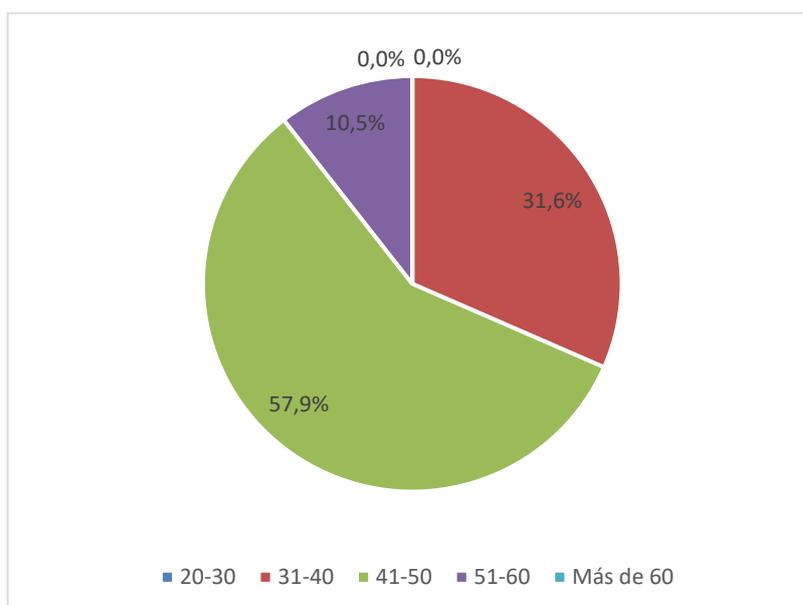


Gráfico 5-3. Edad de los responsables de las gestiones y/o unidades

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez
Elaborado Valencia, K, 2020

Análisis:

Respecto a la edad de los responsables, de las gestiones y/o unidades, se aprecia que el 57,9% de los colaboradores de la institución, se encuentran en un rango de 41-50 años, en segundo lugar, con un 31,6% se encuentra el rango de 31-40 años y finalmente con el 10,5% se encuentran los empleados con un rango de 51-60 años, lo que significa que estos cargos están representados por profesionales que conocen el funcionamiento del sistema de salud y poseen gran experiencia y conocimientos además de profesionales jóvenes que aportan con nuevas ideas a la gestión de la organización.

Género:

Tabla 6-3: Tabulación género de los encuestados

ESPECTATIVA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
Femenino	15	78,9%
Masculino	4	21,1%
TOTAL	19	100,0%

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez
Elaborado por: Valencia, K, 2020.

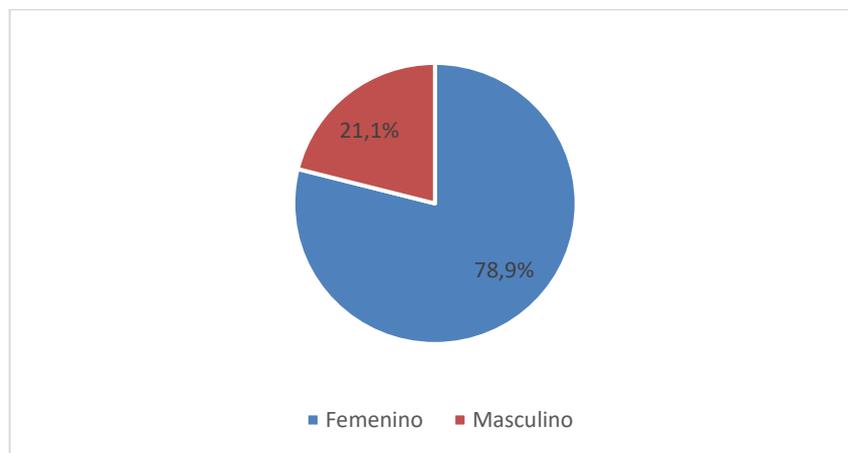


Gráfico 6-3. Género de los responsables de las gestiones y/o unidades

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez
Elaborado por: Valencia, K, 2020

Análisis:

Los datos obtenidos muestran que la mayoría de colaboradores que ocupan los cargos más importantes de la organización son mujeres con un 78,9%, quedando un 21,1% representado por hombres, lo que demuestra que en las instituciones públicas en la actualidad existe equidad de género, respecto a años anteriores donde la mayoría de puestos jerárquicos eran ocupados por hombres, y este resultado no altera, la consecución de objetivos de la institución.

1) ¿Conoce usted la misión y visión del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román?

Tabla 7-3: Tabulación pregunta 1

ESPECTATIVA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
Si	17	89,5%
No	2	10,5%
TOTAL	19	100,0%

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez
Elaborado por: Valencia, K, 2020.

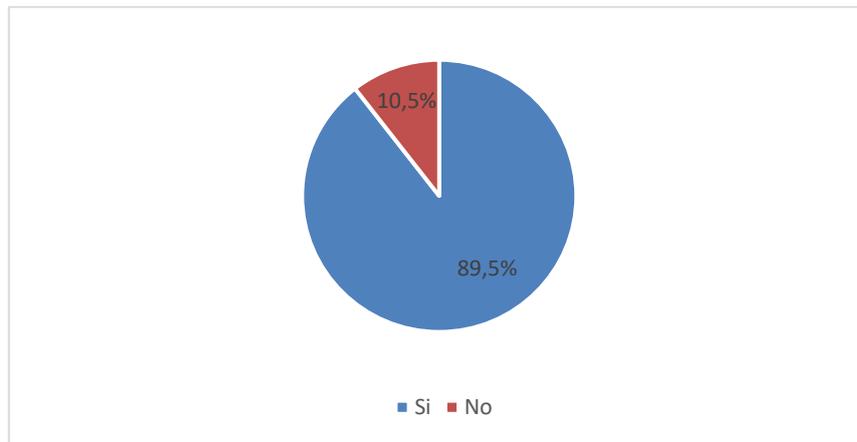


Gráfico 7-3. Conocimiento misión y visión institucional

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez
Elaborado por: Valencia, K, 2020

Análisis:

La mayoría de los colaboradores con un 89,5% mencionan que, si conocen la misión y visión de Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, mientras tanto el 10,5% restante indican que no lo conocen. Lo que significa que la gran parte de profesionales que ocupan cargos importantes en la institución, desempeñan sus funciones contribuyendo al logro de los objetivos organizacionales.

2) ¿Conoce usted las funciones que se deben llevar a cabo en cada proceso?

Tabla 8-3: Tabulación pregunta 2

ESPECTATIVA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
Si	15	78,9%
No	4	21,1%
TOTAL	19	100,0%

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez
Elaborado por: Valencia, K, 2020.

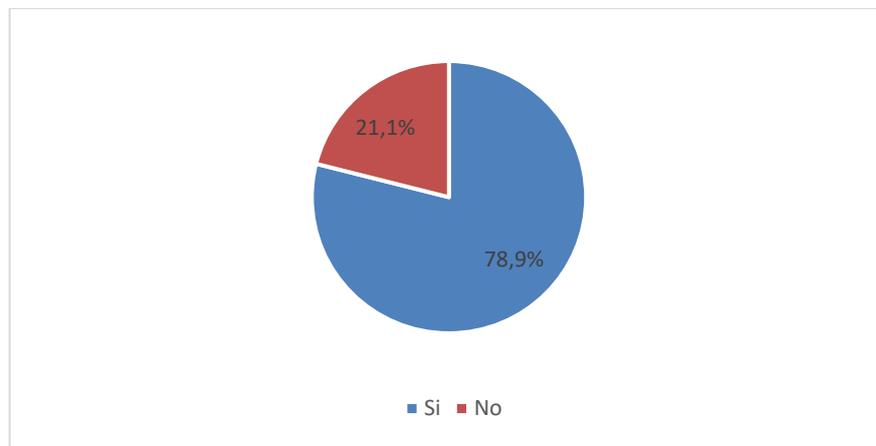


Gráfico 8-3. Conocimiento funciones de cada proceso

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez
Elaborado por: Valencia, K, 2020

Análisis:

Los datos obtenidos muestran que el 78,9% de los colaboradores conocen las funciones que se llevan a cabo en cada proceso de la institución de salud, mientras que el 21,1% no tienen conocimiento sobre las funciones de cada proceso, este resultado tiene un valor positivo para la organización, debido a que es importante que cada uno de los colaboradores conozca las funciones que debe desempeñar, como la de los otros cargos jerárquicos ya que esto permite que se complemente la gestión que se lleve a cabo para brindar un mejor servicio a los usuarios.

3) ¿Dispone de los recursos necesarios para llevar a cabo sus actividades?

Tabla 9-3: Tabulación pregunta 3

ESPECTATIVA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
Siempre	1	5,3%
Casi siempre	13	68,4%
Algunas veces	3	15,8%
Pocas veces	2	10,5%
Nunca	0	0,0%
TOTAL	19	100%

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez
Elaborado por: Valencia, K, 2020.

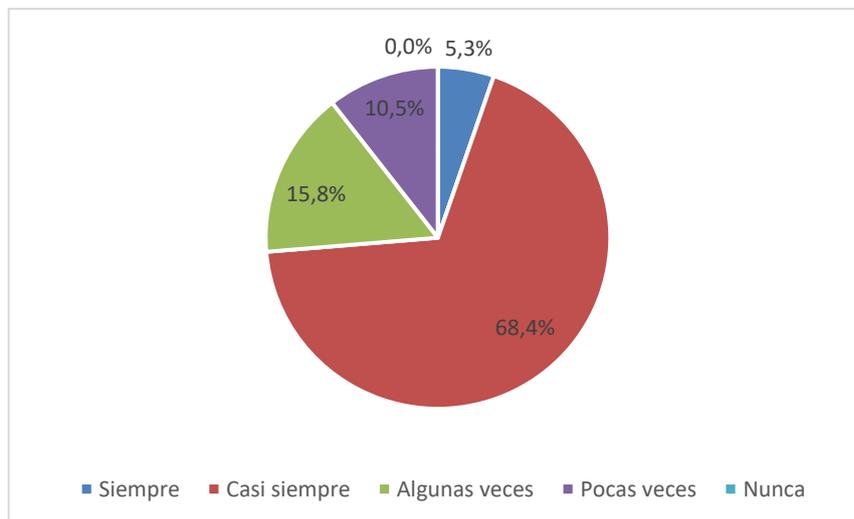


Gráfico 9-3. Disponibilidad de recursos

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez
Elaborado por: Valencia, K, 2020

Análisis:

El 68,4% de los colaboradores encuestados mencionan que casi siempre disponen de los recursos necesarios para realizar sus actividades diarias, el 15,8% manifiestan la opción de algunas veces, el 10,5% pocas veces, y finalmente el 5,3% restante indican que siempre cuentan con los recursos para llevar a cabo sus funciones, como se puede evidenciar existe una gran parte de empleados que señalan que siempre y casi siempre disponen de los recursos para desempeñar sus actividades, y los porcentajes restantes de pocas veces y algunas veces, puede ser porque es una entidad pública, y muchas de las veces no cuentan con el presupuesto necesario para cubrir todas sus necesidades sin embargo tratan de distribuir sus recursos de manera óptima para cumplir con sus objetivos organizacionales.

4) ¿Los procesos que se llevan a cabo en la institución se encuentran documentados?

Tabla 10-3: Tabulación pregunta 4

ESPECTATIVA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
Si	14	73,7%
No	5	26,3%
TOTAL	19	100,0%

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Elaborado por: Valencia, K, 2020.

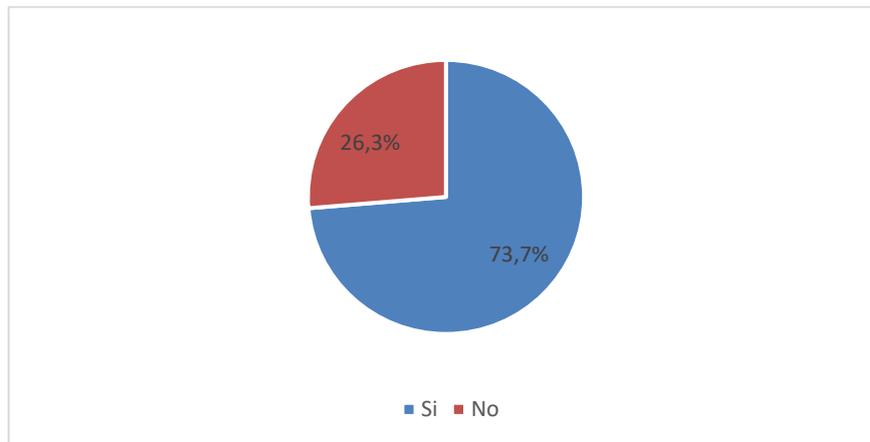


Gráfico 10-3. Procesos documentados

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Elaborado por: Valencia, K, 2020

Análisis:

De acuerdo con los datos obtenidos el 73,7% de los colaboradores indican que los procesos que se realizan en la institución de salud se encuentran documentados, por otra parte, el 26,3% señalan que desconocen del tema. Gran parte de los colaboradores conocen que existen procesos documentados esto puede ser debido a que la mayoría de instituciones públicas, se rigen en políticas gubernamentales.

5) ¿Conoce si existe un departamento o unidad que se encargue de la gestión de la calidad?

Tabla 11-3: Tabulación pregunta 5

ESPECTATIVA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
Si	14	73,7%
No	5	26,3%
TOTAL	19	100,0%

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Elaborado por: Valencia, K, 2020.

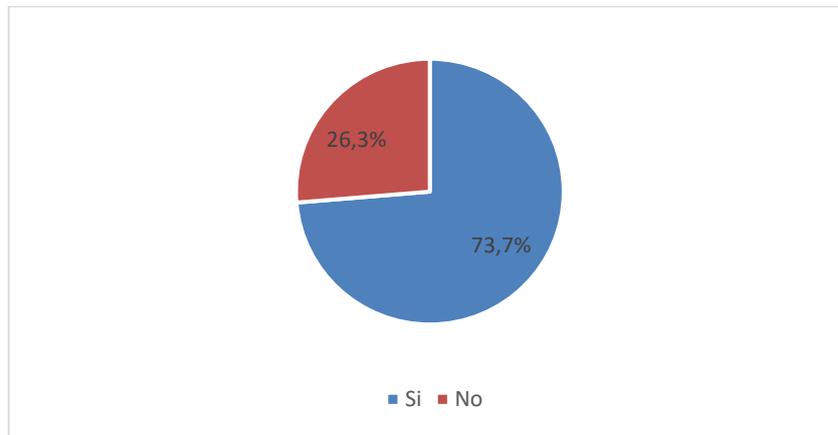


Gráfico 11-3. Existencia de unidad de calidad

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Elaborado por: Valencia, K, 2020

Análisis

El 73,7% de los colaboradores encuestados indican que dentro de la institución de salud existe una unidad que se encarga de la gestión de calidad, sin embargo, un porcentaje de 26,3% mencionan que no tienen conocimiento de la presencia del mismo.

6) ¿Conoce si la institución cuenta con un manual de calidad en la actualidad?

Tabla 12-3: Tabulación pregunta 3

ESPECTATIVA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
Si	14	73,7%
No	5	26,3%
TOTAL	19	100,0%

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez
Elaborado por: Valencia, K, 2020.

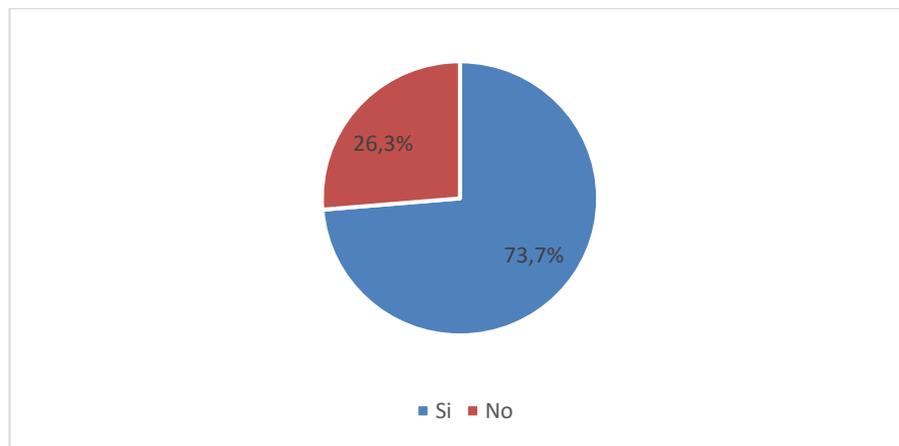


Gráfico 12-3. Conocimiento existencia manual de calidad

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez
Elaborado por: Valencia, K, 2020

Análisis:

Respecto a la existencia de un manual de calidad en la institución de salud, un 73,7% de los colaboradores encuestados señalan que la organización si cuenta con un manual de calidad, sin embargo, una minoría con el 26,3% desconocen de la presencia del documento, lo que podría impedir que los empleados realicen sus actividades de manera eficiente, esto puede ser debido a una no sociabilización de información importante entre los niveles jerárquicos.

7) ¿Cómo califica usted la eficiencia en el control de procesos de la institución?

Tabla 13-3: Tabulación pregunta 7

ESPECTATIVA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
Muy buena	0	0,0%
Buena	10	52,6%
Regular	5	26,3%
Mala	4	21,1%
Muy mala	0	0,0%
TOTAL	19	100%

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez
Elaborado por: Valencia, K, 2020.

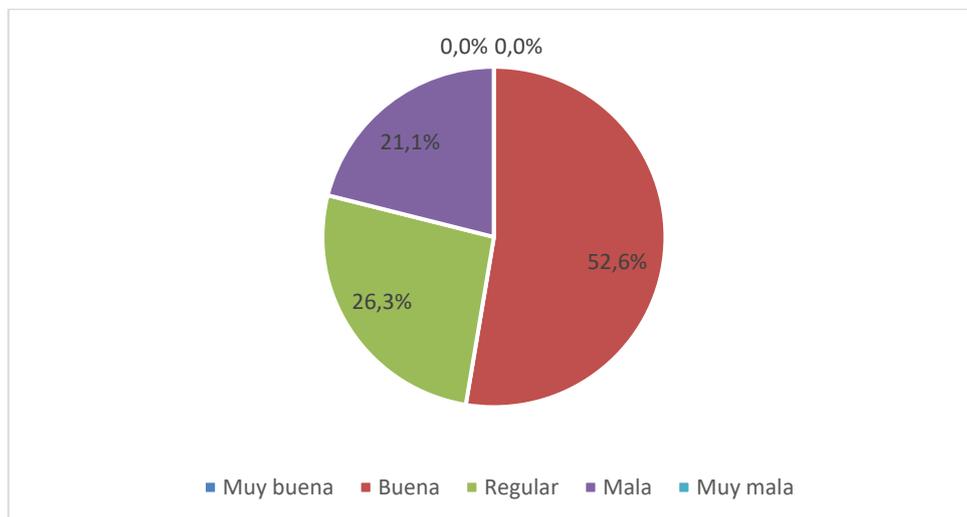


Gráfico 13-3. Eficiencia en el control de procesos

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez
Elaborado por: Valencia, K, 2020

Análisis:

Los colaboradores encuestados en un 52,6% califican la eficiencia en el control de procesos como buena, el 26,3% como regular y el 21,1% como mala, esto puede ser debido a que el presente manual con el que cuenta la entidad, no posee puntos específicos control que permitan controlar que los procesos se los lleve a cabo de manera adecuada.

8) ¿Cada cuánto tiempo recibe capacitación que le ayuda a mejorar sus aptitudes?

Tabla 14-3: Tabulación pregunta 8

ESPECTATIVA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
Mensual	0	0,0%
Trimestral	0	0,0%
Semestral	1	5,3%
Anual	5	26,3%
Nunca	13	68,4%
TOTAL	19	100%

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez
Elaborado por: Valencia, K, 2020.

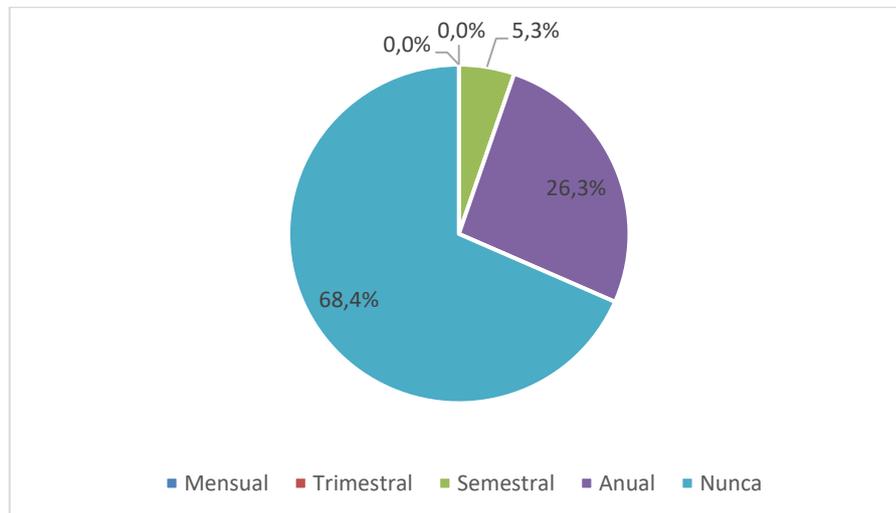


Gráfico 14-3. Capacitación para mejora

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez
Elaborado por: Valencia, K, 2020

Análisis

El 68,4% de colaboradores encuestados señalan que nunca reciben capacitaciones que les permita mejorar sus aptitudes, el 26,3% indica que, lo reciben anualmente, y finalmente con el 5,3% restante manifiestan que lo reciben de manera semestral, lo que se puede apreciar es que la organización no organiza capacitaciones para todas las áreas de la entidad, sino más bien prioriza las más importantes según la necesidad, el presupuesto y según las normas y políticas públicas a las que se rigen.

9) ¿Conoce usted si existe un plan de mejora continua dentro de la institución para brindar un servicio de calidad?

Tabla 15-3: Tabulación pregunta 9

ESPECTATIVA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
Si	9	47,4%
No	10	52,6%
TOTAL	19	100,0%

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez
Elaborado por: Valencia, K, 2020.

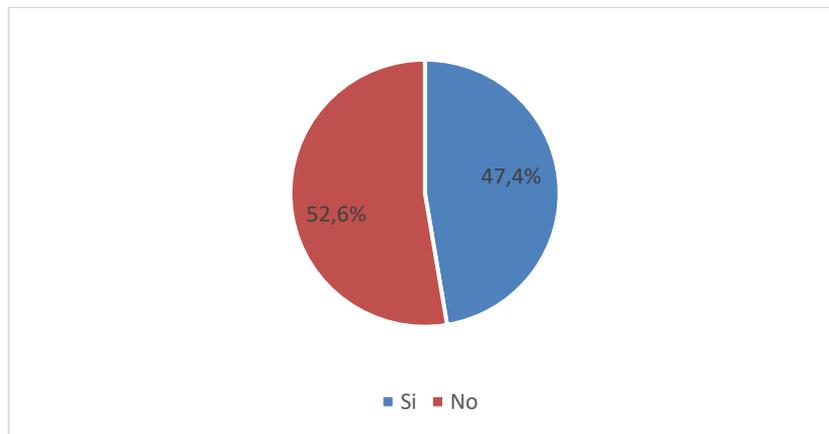


Gráfico 15-3. Conocimiento sobre la mejora continua

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez
Elaborado por: Valencia, K, 2020

Análisis:

El 52,6% de los colaboradores encuestados, indican que desconocen sobre la existencia de un plan de mejora continua dentro de la organización, sin embargo, el 47,4% restante manifiestan que la institución si cuenta con un plan que permite implementar acciones de mejora para cumplir con los objetivos propuestos.

3.1.2. Resultados de las encuestas dirigidas a los clientes externos

Edad de los encuestados:

Tabla 16-3: Edad de los usuarios encuestados

ESPECTATIVA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
15-25	51	22,2%
26-36	101	43,9%
37-47	53	23,0%
48-58	17	7,4%
59 en adelante	8	3,5%
TOTAL	230	100%

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Elaborado por: Valencia, K, 2020.

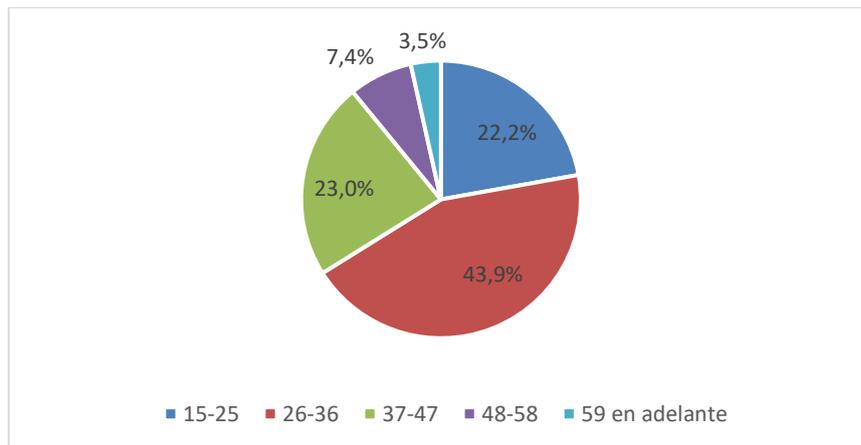


Gráfico 16-3. Edad de los encuestados

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Elaborado por: Valencia, K, 2020

Análisis:

Los clientes externos encuestados en su mayoría con un 43,9% pertenecen a un rango de 26-36 años, seguido con un 23,0% el rango de 37-47 años, a continuación, con un 22,2% el rango de 15-25 años, luego con un 7,4% el rango de 48-58 años y finalmente con un 3,5% restante el rango de 59 en adelante. Se puede evidenciar que la mayor parte de clientes oscilan en un rango de 15 a 47 años esto se debe a que el Hospital atiende a niños desde 0 años de edad hasta los 19 años, la mayoría de usuarios van acompañados de un familiar, en su mayoría de padre, madre o abuela, además hay que tener en cuenta que en la actualidad existen un mayor número de padres jóvenes.

Género:

Tabla 17-3: Género

ESPECTATIVA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
Femenino	173	75,2%
Masculino	57	24,8%
TOTAL	230	100,0%

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez
Elaborado por: Valencia, K, 2020.

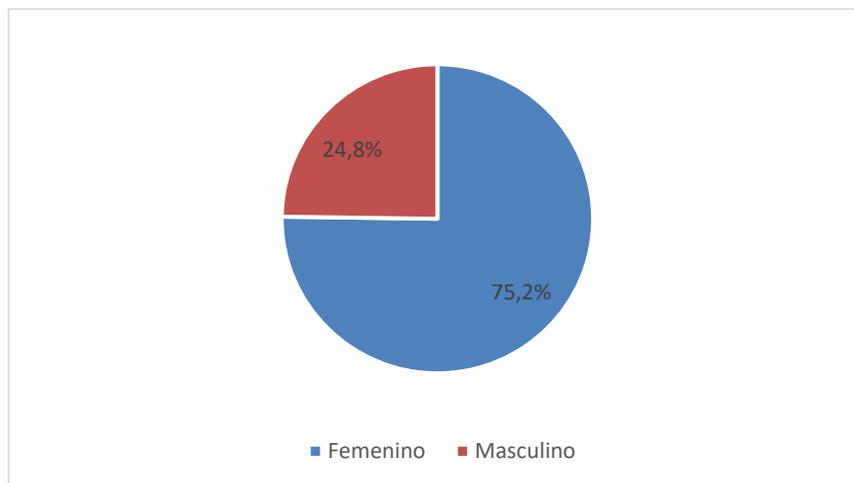


Gráfico 17-3. Género de los usuarios encuestados

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez
Elaborado por: Valencia, K, 2020

Análisis:

Respecto al género de los clientes externos encuestados, el 75,2% está representado por las mujeres y el 24,8% restante pertenecen al sexo masculino, esto debido a que la mayoría de usuarios de la institución de salud acuden en compañía de su madre.

1) ¿Conoce usted la cartera de servicios que brinda la institución?

Tabla 18-3: Cartera de servicios

ESPECTATIVA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
Si	161	70,0%
No	69	30,0%
TOTAL	230	100,0%

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Elaborado por: Valencia, K, 2020.

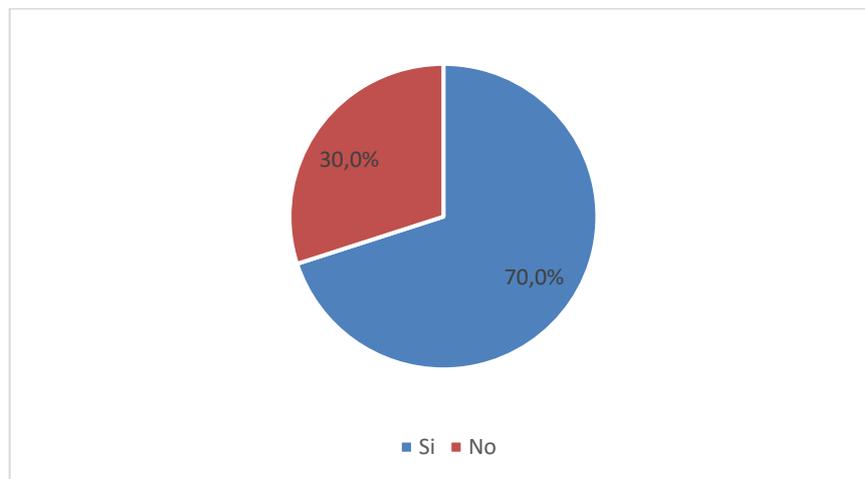


Gráfico 18-3. Conocimiento de la cartera de servicios usuarios

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Elaborado por: Valencia, K, 2020

Análisis

Los datos obtenidos muestran que la mayoría de clientes externos encuestados con un 70% manifiestan que conocen la cartera de servicios que ofrece la casa de salud, sin embargo, el 30% restante indica que no tienen conocimiento del mismo, esto se debe a que la mayoría de clientes encuestados son aquellos que acuden de manera regular con un familiar para recibir un servicio de salud gratuito.

2) ¿El Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román proporciona información en un lugar visible sobre los servicios que ofrece?

Tabla 19-3: Tabulación pregunta 2 usuarios

ESPECTATIVA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
Siempre	79	34,3%
Casi siempre	111	48,3%
Algunas veces	40	17,4%
Pocas veces	0	0,0%
Nunca	0	0,0%
TOTAL	230	100%

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Elaborado por: Valencia, K, 2020.

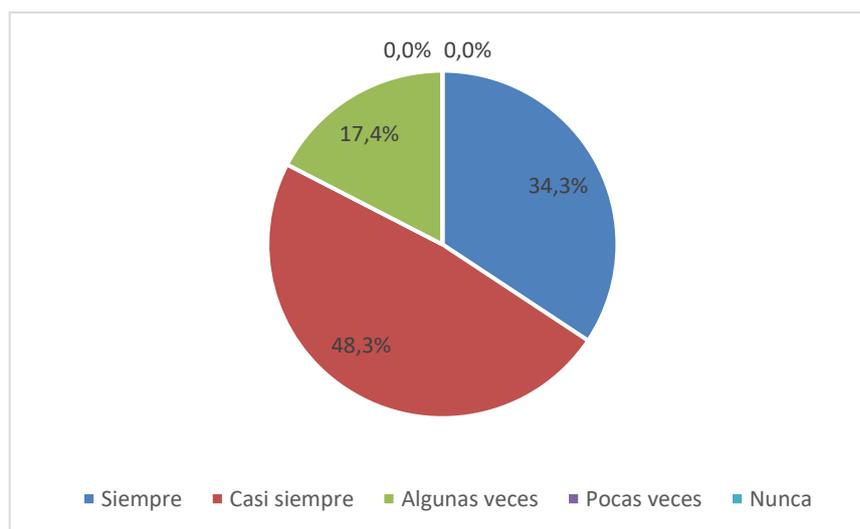


Gráfico 19-3. Información de los servicios que ofrece

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Elaborado por: Valencia, K, 2020

Análisis

Las personas encuestadas, respecto a esta pregunta de investigación señalan en un 48,3% que casi siempre la casa de salud proporciona información sobre los servicios que oferta en un lugar visible, de igual manera un 34,3% indican que siempre y finalmente un 17,4% restante manifiesta que algunas veces. Se puede apreciar que la mayor cantidad de personas mencionan que la institución pública si provee de la información necesaria sobre los servicios que ofrece, sin embargo, para llegar a la mayoría de clientes se puede buscar otras formas de dar a conocer sus servicios.

3) ¿Conoce el proceso a seguir para recibir atención médica en esta institución de salud?

Tabla 20-3: Tabulación pregunta 3 usuarios

ESPECTATIVA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
Si	202	87,8%
No	28	12,2%
TOTAL	230	100%

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Elaborado por: Valencia, K, 2020.

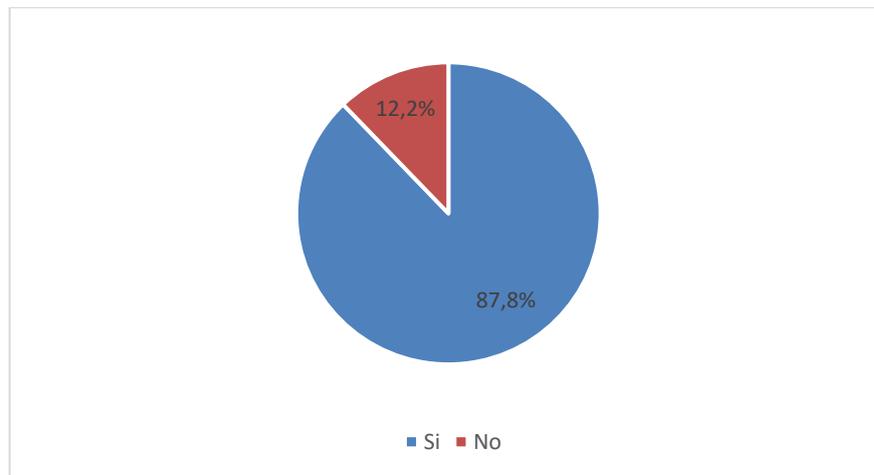


Gráfico 20-3. Conocimiento sobre la recepción del servicio

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Elaborado por: Valencia, K, 2020

Análisis

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede evidenciar que el 87,8% de las personas encuestadas indican que sí conocen el proceso que deben seguir para recibir el servicio en la casa de salud, y solamente el 12,2% restante menciona que desconoce de los pasos a seguir para recibir atención médica. Esto debido a que la mayor parte de este porcentaje de clientes encuestados acudieron por primera vez a recibir atención médica en esta casa de salud.

4) ¿Con que frecuencia acude usted a recibir un servicio en la institución de salud?

Tabla 21-3: Tabulación pregunta 4 usuarios

ESPECTATIVA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
Cada semana	34	14,8%
Cada 15 días	20	8,7%
Cada mes	104	45,2%
Cada seis meses o más	45	19,6%
Una sola vez	27	11,7%
TOTAL	230	100%

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Elaborado por: Valencia, K, 2020.

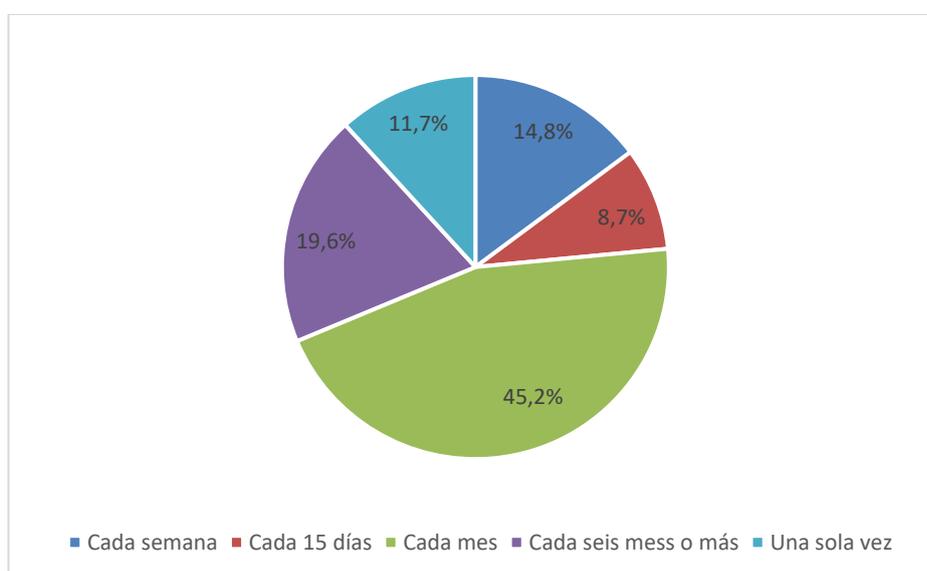


Gráfico 21-3. Frecuencia con la que recibe el servicio

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Elaborado por: Valencia, K, 2020

Análisis:

Según los datos obtenidos para esta pregunta de investigación, un 45,2% de personas encuestadas señalan que acuden cada mes con un familiar a recibir un servicio de salud, a continuación un 19,6% mencionan que acuden cada seis meses o más, seguido un 14,8% manifiestan que acuden cada semana, luego un 11,7% han acudido a la casa de salud una sola vez, y finalmente con solo un 8,7% acuden cada 15 días, como se puede evidenciar la mayoría de clientes acude para una revisión mensual, o periódica, por otra parte existe pacientes que acuden para recibir un servicio complementario o de apoyo a su diagnóstico a este puede ser terapia física o salud mental entre otros.

5) ¿Cómo califica usted el servicio recibido por la Institución de salud?

Tabla 22-3: Tabulación pregunta 5 usuarios

ESPECTATIVA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
Muy bueno	96	41,7%
Bueno	112	48,7%
Regular	14	6,1%
Malo	8	3,5%
Muy malo	0	0,0%
TOTAL	230	100%

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Elaborado por: Valencia, K, 2020.

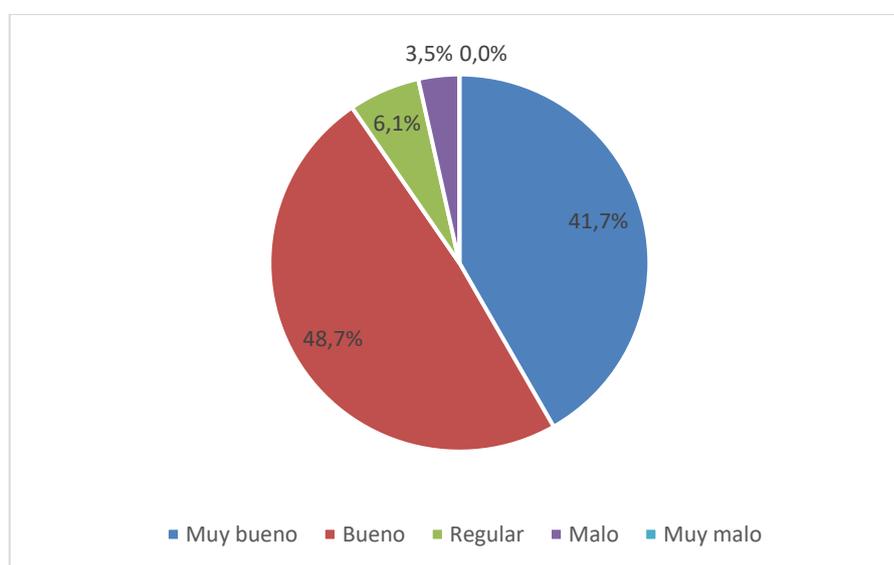


Gráfico 22-3. Calificación del servicio

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Elaborado por: Valencia, K, 2020

Análisis

Las personas encuestas califican el servicio recibido con un 48,7% como bueno, otro 46,7 % como muy bueno, un 6,1% como regular y solo un 3,5% restante como malo, en su mayoría se puede evidenciar que los clientes están conformes con el servicio que brinda la casa de salud, mientras una minoría con el 9,6 % demuestran inconformidad con el mismo, esto se debe a que este porcentaje de personas requieren a la brevedad ser atendidos, sin embargo al ser una entidad pública deben seguir con varios protocolos establecidos.

6) ¿Considera usted que la Institución de salud debe implementar mejoras en sus procesos?

Tabla 23-3: Tabulación pregunta 6 usuarios

ESPECTATIVA	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA
Si	193	83,9%
No	37	16,1%
TOTAL	230	100,0%

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Elaborado por: Valencia, K, 2020.

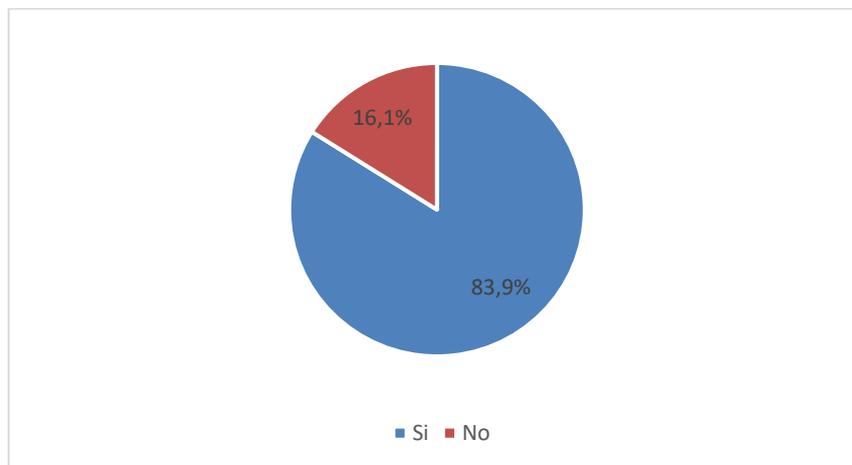


Gráfico 23-3. Implementar mejoras en los procesos

Fuente: Encuesta al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Elaborado por: Valencia, K, 2020

Análisis

En relación a esta pregunta de investigación, según las personas encuestadas mencionan en un 83,9% que el Hospital Pediátrico debe implementar mejoras en sus procesos, y solo un 16,1 % de clientes externos indican que la entidad de salud no necesita mejoras. Siempre es importante para cualquier organización fomentar un cambio positivo en vista de ofrecer un mejor servicio a la sociedad.

3.1.3 *Resultados de la entrevista dirigida a la directora del Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román”*

Se conoce que un director es aquel que gestiona los procesos organizacionales mediante la optimización de recursos para dar cumplimiento con los objetivos propuestos, debido a esto se efectuó una encuesta dirigido a la Dra. Mariela Vinuesa, directora del Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román”, con la finalidad de corroborar el nivel de cultura de calidad por parte de la alta dirección, este documento se puede observar en la parte correspondiente a ANEXOS del presente trabajo de investigación.

Los datos obtenidos revelan que la Dra. Mercedes Vinuesa conoce la misión y visión de la entidad al igual que las funciones que debe desempeñar en su cargo. Menciona, además que las entidades de salud públicas, se encuentran jerarquizadas bajo el acuerdo ministerial N° 001537, a través del estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos de Hospitales, de la misma manera expone que la institución cuenta con sus respectivos manuales de funciones de acuerdo a su estructura. Por otra parte, manifiesta que los servidores públicos disponen de las herramientas básicas para desarrollar sus actividades, aunque cabe señalar que sus espacios físicos no son los más adecuados para que los colaboradores se desarrollen de manera efectiva.

Señala también que no cuentan con procedimientos documentados, solamente poseen los productos que cada colaborador debe alcanzar, considera que los procesos permiten mejorar la atención a los usuarios, y reconoce que a la institución le falta culminar algunos de ellos. Respecto al manual de calidad menciona que la entidad al momento si cuenta con el mismo. Y en cuanto a las capacitaciones manifiesta que no se planifican con frecuencia, sin embargo, existen instructivos a los que deben someterse como política pública.

Y finalmente indica que el hospital pediátrico, planifica actividades de mejora continua a través de los Comités de Mejora, y considera que es esencial contar con indicadores para comprobar el cumplimiento de las metas institucionales.

3.2. *Discusión de resultados*

De acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación de encuestas dirigidas a: la dirección, jefes o encargados de las gestiones y/o unidades y clientes externos de esta institución de salud, se pudo apreciar que la entidad pública ejecuta diversos procesos, estos pueden ser de gran utilidad para conseguir la certificación referente a la calidad, considerando que la acreditación servirá para

incrementar la reputación de la misma, logrando mayor aceptación por la ciudadanía, debido a que la existencia de estas organizaciones dependen en mayor nivel de sus usuarios.

El Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, del cantón Riobamba, posee un departamento encargado de vigilar los procesos e indicadores de calidad de cada uno de los servicios que provee, y, además, cuenta con un manual del cual la mayoría de sus colaboradores tienen conocimiento. Al ser una entidad pública los funcionarios casi siempre poseen los recursos necesarios para poder llevar a cabo sus actividades, esto condiciona el accionar de las gestiones y/o unidades.

La casa de salud no planifica capacitaciones con frecuencia, lo que genera conflictos en las diferentes gestiones y/o unidades, debido a que sus recursos deben ser ejecutados de acuerdo a prioridades relacionadas a su presupuesto, sin embargo, se someten al seguimiento de instructivos según la política pública. La percepción que poseen los colaboradores en relación a la eficiencia del control de procesos, es buena, y finalmente la organización planifica actividades de mejora continua mediante sus comités de mejora, sin embargo, los funcionarios no están al tanto de estas.

La cartera de servicios ofrecidos por el hospital es conocido en su gran mayoría, por los usuarios que acuden a este centro médico, y gran parte de ello han recibido un trato adecuado por lo que califican el servicio recibido como muy bueno, y finalmente los usuarios al igual que los colaboradores consideran necesario que la institución de salud pública, implemente un sistema de gestión de calidad que mejore sus procesos, para brindar un servicio de salud eficiente y eficaz a sus clientes externos.

3.3. Propuesta

3.3.1. Título

Manual del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001;2015, para el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román.

3.3.2. Contenido de la propuesta

Al ser el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, una entidad pública que brinda servicios gratuitos de salud, y su prestigio depende en mayor nivel de la satisfacción de sus usuarios, es necesario para ello la implementación de un sistema de gestión, que incremente el desempeño de sus colaboradores, y demuestre mayor interés por mejorar su capacidad de servicios, cumpliendo los requerimientos de sus clientes externos.

Con la finalidad de desarrollar el sistema de gestión, es importante estructurar un manual de calidad, donde se describirá, cada uno de los requisitos de la norma internacional ISO 9001:2015, documento que servirá como guía de trabajo para mejorar los servicios que presta esta entidad a usuarios internos y externos elevando el nivel de eficiencia y eficacia por parte de sus colaboradores; ofertar productos y servicios de salud que cumplan altos estándares de calidad que garanticen la salud de la ciudadanía.

Es por ello que la presente propuesta contempla los requisitos expuestos en la norma ISO 9001:2015, que permitirán la mejora continua del centro hospitalario. Para el desarrollo del Manual de Calidad de la institución de salud ya que este servirá como pilar fundamental para la implementación del sistema de gestión, este manual está sujeta a diez parámetros que condicionarán la gestión y mejora continua del mismo.

HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN



Ministerio
de **Salud Pública**

Edición N° 1	Fecha: Enero de 2021	Código: SGC. 4.1
--------------	----------------------	------------------

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015

Historial de modificaciones		
Edición	Fecha	Causa de modificación
1	Enero de 2021	Primera edición
2
3

Destinario:	Copia controlada	Copia no controlada
Firma: Fecha:	N°:	

Elaborado por:		Aprobado por:	
Nombre	Firma	Nombre	Firma
Sra. Karen Valencia	Ing. Eduardo Espín
		Ing. Bladimir Urgiles

3.3.3. Descripción de los requisitos que contempla la norma ISO 9001:2015

INTRODUCCIÓN

El presente manual detalla los requisitos del sistema de gestión de calidad de acuerdo con la norma ISO 9001 del año 2015, a través de una estructura de alto nivel para su implementación. En este documento se describirán cada uno de los parámetros que lo contemplan, tomando en consideración que el sistema de gestión de una organización ya sea pública o privada es de real importancia, ya que compromete a cada parte interesada de la entidad con el logro de los objetivos organizacionales previamente establecidos, con el objeto de mejorar los servicios de salud que brindan.

Dentro de los parámetros, los tres primeros puntos se enfocan en describir las generalidades, las normas de referencia, y la definición de la terminología que son una guía para su correcta aplicación, y a partir del punto cuatro al diez, se describen las cláusulas que harán posible la implementación de un sistema de gestión de calidad para el Hospital. Se debe realizar revisiones del presente documento cuando los integrantes de la dirección lo crean pertinente, como una acción de mejora para la institución.

OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN

La finalidad del manual de calidad es determinar los requisitos que debe cumplir el Hospital para alcanzar la certificación, la misma que garantiza la prestación de un servicio eficaz efectivo y eficiente. Es menester señalar que se requieren de otras actividades específicas que tienen como objetivos los siguientes:

Manifiestar la capacidad que posee la institución a través del cumplimiento de las normas legales y reglamentos, internos y externos a las que se sujeta, garantizando servicios de salud que se ajusten a los requerimientos de sus usuarios.

Incrementar la satisfacción de los clientes internos y externos, mediante la correcta aplicación de sus procesos basados en el cumplimiento de sus necesidades y expectativas.

El campo de aplicación amplía su alcance a toda la casa de salud, por lo que se llevara a cabo todos los requisitos como establece la Norma ISO 9001:2015.

REFERENCIAS NORMATIVAS

Las normas que se usaran como referencia para el desarrollo del manual de calidad para el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román son:

La norma ISO 9001: 2015 Sistema de Gestión de la Calidad.

Ley orgánica de Salud

Código de trabajo

Disposiciones del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Ley orgánica de contratación pública.

COPLAFIC Código orgánico de Planificación y de Finanzas Públicas.

Ley Orgánica del Sistema Nacional de contratación pública.

Normas de Control Interno.

Acuerdos Ministeriales que están enmarcados en la política pública del Ecuador.

Lineamientos y directrices de la política pública.

Términos y Definiciones

Ambiente de trabajo: condiciones en las que se desarrolla las actividades laborales.

Aseguramiento de Calidad: Parte de la gestión de la calidad orientada a proporcionar soporte para que se cumplan los requisitos de la calidad.

Auditoría: proceso sistémico autónomo y documentado para acceder a información veraz de auditoría valorada de manera objetiva para establecer la medida en que se logran estos criterios.

Calidad: Grado en que un conjunto de características propias, cumplen con requisitos establecidos.

Cliente: Organización o persona que adquiere un producto o servicio para su satisfacción.

Código: conjunto de símbolos que representan un lenguaje comprensible. Puede referirse al conjunto de normas, reglas o leyes en cualquier ámbito o área.

Competencias: se refiere a las capacidades que tiene las personas en diferentes áreas del conocimiento y habilidades.

Comunicación: Es el proceso de transmisión y recepción de ideas, información y mensajes.

Conformidad: satisfacción del cumplimiento de un requisito que puede ser reglamentaria, profesional, interna o del cliente.

Control de la Calidad: Parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.

Control: Es la acción de examinar las actividades desarrolladas por las empresas estas se realizan en un periodo de tiempo que por general se encuentra programado, con el objeto de verificar si se están cumpliendo las metas de acuerdo a lo planeado.

Desarrollo: Se refiere al proceso de cambio y crecimiento relacionado con una situación u objeto determinado.

Desviación: Cambio de la trayectoria que lleva algo o alguien.

Diseño: Actividad creativa que tiene por fin proyectar objetos que sean útiles y estéticos.

Eficacia: Extensión en la que se realizan las actividades planificadas.

Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

FODA: Es una herramienta de planificación estratégica, diseñada para realizar un análisis interno (Fortalezas y Debilidades) y externo (Oportunidades y Amenazas) en la empresa.

Gestión de Calidad: Actividades coordinadas con el propósito de dirigir y controlar una organización, en lo relativo a la calidad.

Información: Es la que está constituida por un grupo de datos ya supervisados y ordenados, que sirven para construir un mensaje basado en un cierto fenómeno o ente.

ISO 9001:2015: Es un estándar internacionalmente reconocido para crear, implementar y mantener un Sistema de Gestión de Calidad en cualquier empresa. Está pensado para usar en organizaciones de cualquier tamaño o sector; y puede ser utilizada por cualquier empresa.

Lineamientos: es una tendencia, una dirección o un rasgo característico de algo.

Mantenimiento: Es el procedimiento mediante el cual un determinado bien recibe tratamientos a efectos de que el paso del tiempo, el uso o el cambio de circunstancias exteriores no lo afecte.

Manual de Calidad: Documento que engloba el Sistema de Gestión de la Calidad de una organización.

Manual de funciones: Es un instrumento de administración de personal, que refleja las funciones, competencias y perfiles establecidos para los cargos de la institución y la base que sustenta a la capacitación y la evaluación del desempeño. Es un elemento técnico donde se justifica la existencia/creación/eliminación de los cargos.

Medición: hace alusión a la acción de medir, es decir mediante instrumentos determinar un resultado dentro de parámetros.

Mejora continua: actividad cuyo objetivo es aumentar la probabilidad de satisfacer a sus clientes y sus propios requisitos, enfocado en detectar errores o áreas de mejora.

Mejora de la calidad: Parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad.

No Conformidad: El incumplimiento de un requisito establecido bajo norma.

Normativa: hace referencia a un conjunto de normas, reglas, o leyes.

Objetivos de Calidad: Pretensión de metas relacionados directamente con la calidad. Los objetivos de calidad generalmente se basan en la política de calidad de la organización.

Organización: Conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones.

Parámetros: elementos o datos importantes desde el que se examina un tema, cuestión o asunto.

Parte interesada: individuo o grupo de personas con un interés en la operación o el éxito de una organización. Ejemplos: clientes, personal y representantes, accionistas y propietarios, socios y proveedores, bancos, sindicatos, empresa.

Planificación de la Calidad: Parte de la gestión de calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados para cumplir los objetivos de la calidad.

Planificación: Se puede definir como un proceso bien meditado y con una ejecución metódica y estructurada, con el fin de obtener un objetivo determinado.

Política de calidad: planes que demuestran el compromiso de la dirección por implantar un sistema de gestión de la calidad orientado a la atención del cliente y a la mejora continua.

Procedimiento: Documento que detalla cómo se debe llevar a cabo una actividad o un proceso.

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Producto: Cosa producida natural o artificialmente, o resultado de un trabajo u operación.

Proveedor: Organización o persona que proporciona un producto.

Registro: Un documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

Requisitos: Cualidades, circunstancias o cosas que se requiere para algo.

Salud: estado de una persona que posee un buen estado de bienestar con condiciones físicas normales.

Satisfacción del cliente: percepción del cliente sobre el nivel de satisfacción de sus exigencias. La falta de reclamos no significa necesariamente un nivel elevado de satisfacción.

Satisfacción: Sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad.

Seguimiento: Observación minuciosa de la evolución y desarrollo de un proceso.

Servicio: alude a un conjunto de actividades que pretenden satisfacer las necesidades de los clientes.

SGC: Siglas de Sistema de Gestión de la Calidad es la forma en la que una empresa o institución dirige y controla todas las actividades que están asociadas a la calidad.

Sistema de Gestión de Calidad: Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

Sistema de Gestión: Elementos mutuamente relacionados, que interactúan para establecer, políticas, objetivos, con el propósito de alcanzar metas planteadas.

Sistema: Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan.

Trazabilidad: Serie de procedimientos que permiten seguir el proceso de evolución de un producto en cada una de sus etapas.

En los diferentes requisitos de la norma la codificación que se utiliza es la siguiente:

SGC.4.1.COR

- 1 Las siglas SGC se refieren al Sistema de gestión de Calidad.
- 2 Los numerosos representan el orden de los requisitos expuestos en la norma ISO 9001:2015
- 3 Las últimas letras indican las iniciales del requisito.

CONTEXTO DE LA COMPAÑÍA

El Sanatorio Pediátrico “Alfonso Villagómez Román” es un hospital de III tercer nivel, regido por la Coordinación Zonal de Salud 3 y el Ministerio de Salud Pública, brinda servicios de atención médica en consulta externa, emergencia, hospitalización, cirugías, así como también servicios complementarios de laboratorio, imagenología, farmacia y de hotelería. Presta atención las 24 horas del día, los 365 días del año, garantizando el acceso permanente de la ciudadanía con equidad y universalidad. Lleva aproximadamente 90 años en funcionamiento, se constituye el único hospital pediátrico de referencia para la zona 3.

La organización y su contexto

Acerca del requisito:

La institución debe establecer las cuestiones internas y externa que son esenciales para lograr sus objetivos mediante una dirección estratégica que no afecte la capacidad de la entidad y de esa manera alcanzar los resultados esperados de su sistema de gestión de calidad.

Para ello la organización debe efectuar un seguimiento y revisión pormenorizada de la información sobre aspectos internos y externos.

Para cumplir con este requisito se analizó asuntos internos y externos del Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román” mediante una matriz FODA ponderada, además la aplicación del análisis PEST (Político, económico, social y tecnológico), ya que a partir de una evaluación del contexto externo e interno de la organización se señalarán cuestiones que afecten a la entidad, la Tabla, Determinación del contexto de la organización presenta el resumen de los factores analizados y que son necesarias para el cumplimiento de su propósito y de su dirección estratégica. La información documentada posee el código SGC.4.1.COR

Tabla 24-3: Determinación del contexto de la organización

CÓDIGO SGC.4.1.COR PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “DETERMINACIÓN DEL CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN”	VERSIÓN N: 01 ENERO 2021
1. OBJETIVO Identificar las situaciones externas e internas en la organización que son de gran importancia para una dirección estratégica y cumplimiento de sus propósitos las mismas que afectan en el logro de su sistema de gestión de la calidad.		
2. PROCEDIMIENTO		
Entradas	Actividad	Salidas
Contexto de la organización: Factores internos Factores externos	-Realizar análisis Políticos, Económicos, Socioculturales y Tecnológicos PEST. -Realizar análisis de factores internos. -Desarrollar matriz de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA), Matriz de Evaluación de Factores Externos (EFE). Matriz de Evaluación de Factores Internos (EFI).	Comprensión del contexto de la organización.
3. ANÁLISIS PEST		
Factores externos	Condición	
Políticos:		
Política social de gobierno orientada a mejorar la calidad de vida de la población.	O	
Deficiente funcionamiento de la red asistencial.	A	
Reforma en salud, cuyo principio orientador es mejorar la salud y la calidad de atención de salud.	O	
La alineación con los Objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir, nos incluye en la priorización de políticas y apoyo gubernamental.	O	
Injerencia política e inestabilidad de las autoridades	A	
Falta de incremento salarial de acuerdo a las responsabilidades, formación y experiencia.	A	
Ambiente desfavorable ante la gestión del gobierno actual.	A	
Políticas económicas inestables.	A	
Contar con un Estatuto Organizacional para Hospitales estandarizado por niveles y capacidad resolutive.	O	
Económicos:		
Asignación presupuestaria no responde a las necesidades requeridas.	A	
Altos costos operativos y de mantenimiento.	A	
Crisis económica	A	
Apoyo económico de organizaciones autónomas, nacionales e internacionales.	O	
Alianzas estratégicas con instituciones.	O	
Alta demanda de beneficiarios de la Red Pública Integral de Salud que permite recuperar costos.	O	

Socio-culturales:	
Aumento en la demanda de servicios y prestaciones.	O
El aumento progresivo en las expectativas de los usuarios del sistema de salud y su bajo nivel de satisfacción	A
La alineación con los Objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir, nos incluye en la priorización de políticas y apoyo gubernamental.	O
Ubicación geográfica de la provincia facilita el acceso a polos de desarrollo del país.	O
Fomentar las alianzas Docentes con Universidades	O
Existencia de condiciones ambientales adversas que son un factor de riesgo para la salud de la provincia.	A
Existencia de Guías de Práctica Clínica de atención neonatal	O
Posibilidad de participar en las jornadas educativas y de capacitación como talleres, cursos, pasantías que ofrece el hospital y el MSP	O
Poco poder resolutivo del primer nivel de atención.	A
Deseo de brindar una atención de calidad y seguridad al paciente.	O
Actitud agresiva por parte de ciertos usuarios externos.	A
Tecnológicas:	
Innovación y eficiencia con planes de investigación	O
El desarrollo tecnológico e innovación de los servicios.	O
Existencia de tecnologías avanzadas a las cuales se puede acceder.	O
Nota: O = Oportunidad, A = Riesgo o Amenaza	
4. ANÁLISIS DE FACTORES INTERNOS	
Factores Internos	Condición
Personas:	
Talento humano con experiencia, con sentido de pertenencia y capacitado en las áreas administrativas, técnicas y de atención.	F
Capacidad de conformar equipos de trabajo efectivos y responsables.	F
Existencia de Comités y grupos de mejora: Comité de Calidad, Comité de Seguridad del Paciente, Comité de Farmacoterapia, Comité de control de Infecciones asociadas a la atención de salud, Comité de Auditoría.	F
Vinculación de profesionales dinámicos y técnicos	F
Insuficiente recurso humano: laboratoristas, odontólogo, tecnólogo en Rx.	D
Déficit de médicos subespecialistas.	D
Gestión:	
Estructura organizacional establecida	F
Inestabilidad de personal por contratos	D
Implementación de nuevos sistemas informáticos para obtener datos de producción para apoyar la Gestión.	F
Baja implementación en las normativas de riesgo laboral.	D
Convenios con instituciones permitiendo el desarrollo de la docencia, y crecimiento profesional.	F
Necesidad de consolidación institucional en el uso de la metodología y políticas de Seguimiento y Evaluación interna.	D

Incorporación progresiva y utilización de nuevas tecnologías a los procesos administrativos y asistenciales del hospital.	F
Alta rotación de profesionales médicos y de enfermería	D
Permanente sistema de capacitación interna y externa para todos los niveles tanto para el desarrollo laboral como el personal.	F
Cambios frecuentes de la agenda.	D
Modalidad y tiempo limitado de contratación de servicios externalizados.	D
Avances significativos en la calidad de atención y seguridad del paciente.	F
Ausencia de un plan de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos	D
Plan de recuperación de valores sistema de Red Integral Pública de Salud.	F
Falta de realizar, actualizar y mejorar el manual de procesos y procedimientos en todas las unidades, que facilite la realización y distribución eficiente de actividades.	D
Bajo cumplimiento en las aplicaciones de las capacitaciones recibidas.	D
Existencia de herramientas estratégicas que direccionan y orientan la gestión: Plan de Calidad, Plan anual de Capacitación.	F
Ausentismo laboral por incremento de permisos por maternidad, calamidades.	D
Abastecimiento adecuado de medicamentos e insumos.	F
Demanda en la atención de pacientes insatisfechos.	D
Sistema de referencia y Contra referencia.	F
Debilidad en el sistema informático	D
Casa de acogida (albergue) para madres de neonatos hospitalizados.	F
Servicio de limpieza externalizado.	F
Servicio de lavandería externalizado.	F
Infraestructura:	
Planta física ubicada en un lugar de fácil acceso.	F
Infraestructura física no funcional y equipamiento obsoleto.	D
Sistema Hidrosanitario y eléctrico en mal estado.	D
Parque automotor: vehículos han cumplido su vida útil.	D
Cultura:	
Alta representación funcionaria en los gremios	F
Resistencia al cambio.	D
Falta de comunicación efectiva en algunos servicios	D
Falta de coordinación entre las unidades técnicas con las unidades de asesoría y apoyo.	D
Poco empoderamiento de algunas gestiones/unidades en la elaboración e implementación de procesos.	D

Nota: F = Fortaleza, D = Debilidad o riesgo

5. MATRIZ FODA

	Fortalezas (+)	Debilidades (-)
Análisis interno	<p>Talento humano con experiencia, con sentido de pertenencia y capacitado en las áreas administrativas, técnicas y de atención.</p> <p>Hospital con amplia trayectoria y apego social.</p> <p>Estructura organizacional establecida</p> <p>Estabilidad laboral.</p>	<p>Infraestructura física no funcional y equipamiento obsoleto.</p> <p>Sistema Hidrosanitario y eléctrico en mal estado.</p> <p>Insuficiente recurso humano: laboratoristas, odontólogo, tecnólogo en Rx.</p>

	<p>Planta física ubicada en un lugar de fácil acceso.</p> <p>Implementación de nuevos sistemas informáticos para obtener datos de producción para apoyar la Gestión.</p> <p>Capacidad de conformar equipos de trabajo efectivos y responsables.</p> <p>Existencia de Comités y grupos de mejora: Comité de Calidad, Comité de Seguridad del Paciente, Comité de Farmacoterapia, Comité de control de Infecciones asociadas a la atención de salud, Comité de Auditoría.</p> <p>Convenios con instituciones permitiendo el desarrollo de la docencia, y crecimiento profesional.</p> <p>Incorporación progresiva y utilización de nuevas tecnologías a los procesos administrativos y asistenciales del hospital.</p> <p>Permanente sistema de capacitación interna y externa para todos los niveles tanto para el desarrollo laboral como el personal.</p> <p>Vinculación de profesionales dinámicos y técnicos.</p> <p>Alta representación funcionaria en los gremios.</p> <p>Avances significativos en la calidad de atención y seguridad del paciente.</p> <p>Plan de recuperación de valores sistema de Red Integral Pública de Salud.</p> <p>Existencia de herramientas estratégicas que direccionan y orientan la gestión: Plan de Calidad, Plan anual de Capacitación.</p> <p>Abastecimiento adecuado de medicamentos e insumos.</p>	<p>Déficit de médicos subespecialistas</p> <p>Inestabilidad de personal por contratos.</p> <p>Alta rotación de profesionales médicos y de enfermería.</p> <p>Modalidad y tiempo limitado de contratación de servicios externalizados.</p> <p>Cambios frecuentes de la agenda.</p> <p>Ausentismo laboral por incremento de permisos por maternidad, calamidades.</p> <p>Demanda en la atención de pacientes insatisfecha.</p> <p>Carencia de Guías de Práctica Clínica de Atención Pediátrica normalizadas.</p> <p>Falta de realizar, actualizar y mejorar el manual de procesos y procedimientos en todas las unidades, que facilite la realización y distribución eficiente de actividades.</p> <p>Bajo cumplimiento en las aplicaciones de las capacitaciones recibidas.</p> <p>Resistencia al cambio.</p> <p>Falta de comunicación efectiva en algunos servicios.</p> <p>Falta de coordinación entre las unidades técnicas con las unidades de asesoría y apoyo.</p> <p>Parque automotor: vehículos han cumplido su vida útil.</p> <p>Poco empoderamiento de algunas gestiones/unidades en la elaboración e implementación de procesos.</p> <p>Baja implementación en las normativas de riesgo laboral.</p> <p>Necesidad de consolidación institucional en el uso de la metodología y políticas de Seguimiento y Evaluación interna.</p> <p>Debilidad en el sistema informático</p> <p>Ausencia de un plan de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos.</p>
Análisis externo	<p>Oportunidades (+)</p> <p>Política social de gobierno orientada a mejorar la calidad de vida de la población.</p> <p>Reforma en salud, cuyo principio orientador es mejorar la salud y la calidad de atención de salud.</p> <p>La alineación con los Objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir, nos incluye en la priorización de políticas y apoyo gubernamental.</p>	<p>Amenazas (-)</p> <p>Injerencia política e inestabilidad de las autoridades.</p> <p>Crisis económica.</p> <p>Transición demográfica y epidemiológica genera nuevos problemas de salud que aumentan la demanda, complejidad y los costos de salud.</p>

<p>Contar con un Estatuto Organizacional para Hospitales estandarizado por niveles y capacidad resolutive.</p> <p>Proyecto de repotenciación y ampliación del Hospital para lograr áreas más accesibles y cómodas.</p> <p>Ubicación geográfica de la provincia facilita el acceso a polos de desarrollo del país.</p> <p>Alianzas estratégicas con instituciones.</p> <p>Alta demanda de beneficiarios de la Red Pública Integral de Salud que permite recuperar costos.</p> <p>Fomentar las alianzas Docentes con Universidades.</p> <p>Existencia de Guías de Práctica Clínica de atención neonatal.</p> <p>Posibilidad de competitividad con calidad y calidez, respondiendo ante nuevas exigencias en ámbito neonatal, Pediátrico.</p> <p>Innovación y eficiencia con planes de investigación.</p> <p>El desarrollo tecnológico e innovación de los servicios.</p> <p>Existencia de tecnologías avanzadas a las cuales se puede acceder.</p> <p>Entorno dinámico y complejo que obliga al cambio continuo.</p> <p>Aumento en la demanda de servicios y prestaciones.</p> <p>Deseo de brindar una atención de calidad y seguridad al paciente.</p> <p>Posibilidad de participar en las jornadas educativas y de capacitación como talleres, cursos, pasantías que ofrece el hospital y el MSP.</p>	<p>Existencia de condiciones ambientales adversas que son un factor de riesgo para la salud de la provincia.</p> <p>El aumento progresivo en las expectativas de los usuarios del sistema de salud y su bajo nivel de satisfacción.</p> <p>Actitud agresiva por parte de ciertos usuarios externos.</p> <p>Poco poder resolutive del primer nivel de atención.</p> <p>Deficiente funcionamiento de la red asistencial.</p> <p>Asignación presupuestaria no responde a las necesidades requeridas</p> <p>Falta de incremento salarial de acuerdo a las responsabilidades, formación y experiencia.</p> <p>Altos costos operativos y de mantenimiento.</p> <p>Dado el alto índice de demandas de atención pediátrica, la infraestructura podría llegar a saturarse.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6. MATRIZ EFE

Factores internos determinantes de éxito	Peso	Clasificación	Puntuación
Oportunidades			
Reforma en salud, cuyo principio orientador es mejorar la salud y la calidad de atención de salud.	0,07	4	0,28
La alineación con los Objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir, nos incluye en la priorización de políticas y apoyo gubernamental.	0,05	3	0,15
Alianzas estratégicas con instituciones.	0,07	4	0,28
Alta demanda de beneficiarios de la Red Pública Integral de Salud que permite recuperar costos.	0,07	4	0,28
Contar con un Estatuto Organizacional para Hospitales estandarizado por niveles y capacidad resolutive	0,07	4	0,28
Ubicación geográfica de la provincia facilita el acceso a polos de desarrollo del país.	0,05	3	0,15

El desarrollo tecnológico e innovación de los servicios.	0,05	3	0,15
Posibilidad de participar en las jornadas educativas y de capacitación como talleres, cursos, pasantías que ofrece el hospital y el MSP	0,05	3	0,15
Total	0,48		1,72
Amenazas			
Injerencia política e inestabilidad de las autoridades.	0,08	1	0,08
Asignación presupuestaria no responde a las necesidades requeridas.	0,08	1	0,08
Altos costos operativos y de mantenimiento.	0,06	2	0,12
Crisis económica	0,08	1	0,08
El aumento progresivo en las expectativas de los usuarios del sistema de salud y su bajo nivel de satisfacción.	0,06	2	0,12
Existencia de condiciones ambientales adversas que son un factor de riesgo para la salud de la provincia.	0,05	2	0,10
Deficiente funcionamiento de la red asistencial.	0,06	2	0,12
Falta de incremento salarial de acuerdo a las responsabilidades, formación y experiencia.	0,05	2	0,10
Total	0,52		0,8
Sumatoria Total	1		2,52
<p>Conclusión: Mediante la matriz EFE se puede evidenciar, que el Hospital se encuentra por encima de la media con una puntuación de 2,52, Lo que significa que el contexto externo en el que se desempeña contribuye para que se desenvuelva de manera efectiva, pues aprovecha de las alianzas estratégicas con otras instituciones, la reforma de salud, de la red integral de salud entre otras para seguir brindando servicios de salud gratuitos.</p>			
7. MATRIZ EFI			
Factores internos determinantes de éxito	Peso	Clasificación	Puntuación
Fortalezas			
Talento humano con experiencia, con sentido de pertenencia y capacitado en las áreas administrativas, técnicas y de atención. Abastecimiento adecuado de medicamentos e insumos.	0,07	4	0,28
Existencia de Comités y grupos de mejora: Comité de Calidad, Comité de Seguridad del Paciente, Comité de Farmacoterapia, Comité de control de Infecciones asociadas a la atención de salud, Comité de Auditoría.	0,06	4	0,24
Implementación de nuevos sistemas informáticos para obtener datos de producción para apoyar la Gestión.	0,05	3	0,15
Convenios con instituciones permitiendo el desarrollo de la docencia, y crecimiento profesional.	0,05	3	0,15

Existencia de herramientas estratégicas que direccionan y orientan la gestión: Plan de Calidad, Plan anual de Capacitación.	0,07	4	0,28
Estructura organizacional establecida	0,06	4	0,24
Planta física ubicada en un lugar de fácil acceso.	0,05	3	0,15
Servicio de limpieza y lavandería externalizado.	0,05	3	0,15
Total	0,46		1,64
Debilidades			
Insuficiente recurso humano: laboratoristas, odontólogo, tecnólogo en Rx, médicos subespecialistas.	0,07	1	0,07
Inestabilidad de personal por contratos	0,06	2	0,12
Baja implementación en las normativas de riesgo laboral.	0,06	2	0,12
Alta rotación de profesionales médicos y de enfermería	0,07	1	0,07
Ausencia de un plan de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos.	0,06	2	0,12
Falta de realizar, actualizar y mejorar el manual de procesos y procedimientos en todas las unidades, que facilite la realización y distribución eficiente de actividades.	0,08	1	0,08
Infraestructura física no funcional y equipamiento obsoleto.	0,07	1	0,07
Falta de comunicación efectiva en algunos servicios.	0,07	1	0,07
Total	0,54		0,72
Sumatoria Total			2,36
Conclusión: a través de la matriz EFI se puede observar, que la institución de salud se encuentra por debajo de la media con una valoración de 2,36 lo que significa que las estrategias implantadas en la entidad no aprovechan las fortalezas y que deben gestionar sus recursos, para mermar debilidades que pueden poner en riesgo la permanencia de la misma, una de las condicionantes más importante son los espacios físicos inadecuados, que no cumplen la normativa para brindar servicios de salud efectivos.			
8. SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL CONTEXTO DE LA COMPAÑÍA			
Se dará seguimiento y revisión a este formato, cuando la alta dirección lo considere pertinente, o cada vez que exista cambios o mejora por parte del comité de calidad.			
9. RESPONSABLE			
Es competencia de la unidad y/o gestión de calidad y sus comités; difundir, utilizar, mejorar y documentar la información.			
Elaborado por: Sra. Karen Valencia	Aprobado por: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles		

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

4.2 Las necesidades y expectativas de las partes interesadas

Acerca del requisito:

La institución asegurar el cumplimiento de los requerimientos de las partes interesadas adecuados para el sistema de gestión de calidad. Efectuar el seguimiento y revisión de la información, acerca de las partes interesadas y sus requisitos.

La casa de salud debe asegurar el cumplimiento de los requerimientos de las partes interesadas, (clientes internos y externos), determinando sus necesidades y expectativas, con el fin de mejorar la calidad del servicio. Para dar cumplimiento con este requisito, se presenta la Tabla Determinación de la Necesidades y expectativas de las partes interesadas. Documento que se registra con el código SGC.4.2.NE.

Tabla 25-3: Determinación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas

CÓDIGO SGC.4.2.NE. PÁGINAS: 8 	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “DETERMINACIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
1. OBJETIVO		
Determinar las partes interesada para el sistema de gestión de calidad.		
2. PROCEDIMIENTO		
Entradas	Actividad	Salidas
Contexto de la Organización Ref. SGC.4.1.COR Procesos del Hospital pediátrico. Partes interesadas de la casa de salud.	Describir las partes interesadas (grupos internos y externos) que intervienen en el SGC del Hospital.	Determinación y registro de las partes interesadas.
3. DETERMINAR LAS PARTES INTERESADAS		
Partes Interesadas		
Usuarios y/o clientes externos: personas con necesidad de obtener el servicio de salud.		
Proveedores: personas, empresas que prestan servicios y productos para que la organización cumpla los requerimientos de sus clientes externos e internos.		
Funcionarios: personal que forma parte de Hospital pediátrico, que cumple responsabilidades y funciones, según sus competencias.		
Dirección Hospitalaria y COE Institucional: tomadores de decisiones en beneficio de asegurar el cumplimiento de los objetivos organizacionales.		

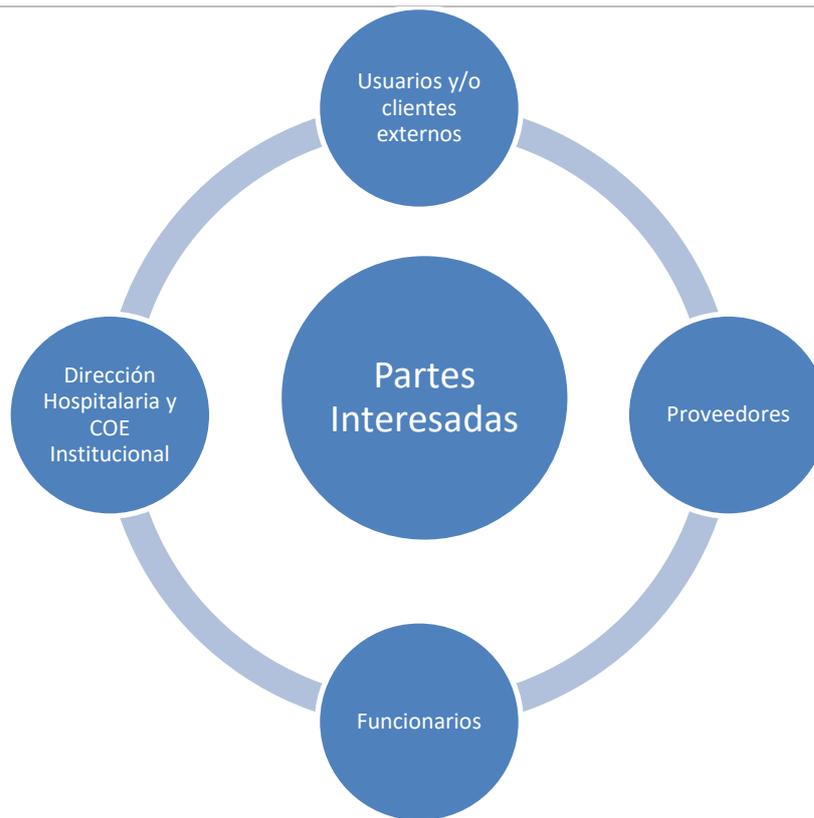


Gráfico 24-3. Partes interesadas de la Organización

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K. 2021

ANÁLISIS DE LAS PARTES INTERESADAS

PARTES INTERESADAS	Interacciona con:	Necesidades	Impacto del SGC
1. Usuarios/ Clientes externos	Atención al usuario. Admisiones Cuidados de enfermería. Apoyo diagnóstico y terapéutico. Especialidades clínicas y/o quirúrgicas.	Recepción de atención médica de emergencia. Recepción de atención médica de consulta externa y especialidades clínicas y/o quirúrgicas. Recepción de atención de servicios de apoyo diagnóstico y terapéuticos. Recepción de servicios de atención en cuidados de enfermería. Servicios de salud. Atención en servicios de salud pediátricos. Servicios de control y prevención de enfermedades.	Satisfacer las necesidades de los usuarios mediante un servicio de salud eficaz, eficiente y efectivo.
2. Proveedores	Compras públicas Efectivizarían del pago.	Levantamiento real de la necesidad con especificaciones claras.	Agilización del proceso de pago, mediante el trabajo

		Especificaciones de la entrega del bien y servicio, así como el cobro respectivo.	coordinado de la comisión técnica.	
3. funcionarios	Atención al usuario Admisiones Cuidados de enfermería. Apoyo diagnóstico y terapéutico. Especialidades clínicas y/o quirúrgicas. Compras públicas. Pago a proveedores. Adquisiciones. Reclutamiento de talento humano. Pago de remuneraciones. Recuperación de costos de la red pública.	Adecuado ambiente laboral. Asignación de recursos económicos por parte del Ministerio de Economía y Finanzas. Levantamiento de necesidades con especificaciones técnicas en base a la realidad hospitalaria. Capacitaciones de manejo de la política pública del ministerio de salud y de los diferentes sistemas informáticos del sector público. Equipos informáticos actualizados. Sistema de internet con mayor capacidad de ingreso de información.		
4. Dirección, COE Institucional y comité de gestión de calidad.	Toma de decisiones. Dirección Hospitalaria. Planificación. Dirección Administrativa Financiera. Coordinación médica. Gestión de enfermería.	Desempeño eficiente del hospital. Consecución de objetivos organizacionales. Asignar recursos para dar cumplimiento con la planificación. Asegurar la dotación de insumos a través del seguimiento de las adquisiciones.	Seguimiento al C cumplimiento de las funciones de los diferentes procesos, promover a la prestación de servicios de salud de manera integral.	
Partes Interesadas	Relevancia			Compromiso
	Influencia	Impacto	Resultados del análisis	¿Cómo influye el SGC en este grupo?
1. Usuarios/ Clientes externos	Baja	Alta	Incrementar los niveles de satisfacción	La atención al cliente implica el cumplimiento de los requerimientos y necesidades del usuario.
2. Proveedores	Baja	Bajo	Informados sobre la implicación de adquisiciones en el sector público.	Información sobre los lineamientos a cumplir para que sus servicios o productos sean adquiridos.
3. funcionarios	Media	Medio	Motivarlos, capacitarlos y mantenerlos informados sobre las leyes normas y	Asignación de funciones de acuerdo al perfil profesional.

			procedimientos a efectos de aplicación según competencias.	
4. Dirección, COE Institucional y comité de gestión de calidad.	Alta	Alto	Trabajo coordinado y participativo en equipo para la efectividad de la cartera de servicios a la ciudadanía.	Trabajo participativo en la ejecución de la planificación institucional, para la prestación de un servicio integral de salud.
5. SEGMENTO Y REVISIÓN				
La unidad y/o gestión de Calidad será la encargada de dar seguimiento y revisar la información cada vez que se realicen cambios, mejoras o al menos revisar la información una vez al año.				
6. RESPONSABLE				
La unidad de calidad debe difundir, actualizar, mejorar, usar y documentar esta información. Información				
Elaborado por: Sra. Karen Valencia			Aprobado por: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles	

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de calidad

Acerca del requisito:
Para establecer el alcance del sistema de gestión de calidad, la institución debe fijar los límites y la aplicabilidad del mismo.

El Hospital pediátrico determinará los límites y la aplicabilidad del sistema de gestión de calidad, para establecer su alcance tomando en consideración los aspectos externos e internos, los requerimientos de las partes interesadas y lo más importante los servicios que brinda la casa de salud. Para dar cumplimiento a este requisito se establece la información documentada con el código de SGC.ASGC.4.3.

Tabla 26-3: Alcance del Sistema de gestión de calidad

CÓDIGO SGC.4.3. ASGC. PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
1. OBJETIVO		
Establecer los límites y la aplicabilidad del sistema de gestión de calidad para determinar su alcance.		
2. PROCEDIMIENTO		
Entradas	Actividades	Salidas
Contexto del Organización SGC.4.1.CO. Necesidades y expectativas de las partes interesadas SGC.4.2.NE.	Llevar a cabo reuniones. Establecer los límites de alcance del SGC.	Información documentada referente al alcance y justificación de los lineamientos de la Norma ISO, que no se usan en la entidad.
3. DETERMINACIÓN DE LÍMITES		
3.1 SERVICIOS		
Servicios de atención médica en emergencia, en consulta externa y especialidades clínicas y/o quirúrgicas. Servicios de apoyo diagnóstico y terapéuticos. Servicios de atención en cuidados de enfermería. Servicios de salud. Atención en servicios de salud pediátricos. Servicios de control y prevención de enfermedades.		
3.2 PARTES INTERESADAS		3.3 PROCESOS
Usuarios y/o clientes externos Proveedores Funcionarios Dirección Hospitalaria, COE Institucional		Dirección Hospitalaria, planificación, gestión de calidad, gestión administrativa financiera, gestión de talento humano, gestión financiera, gestión administrativa, gestión de la tecnología e información TICS, gestión atención al usuario, gestión admisiones, gestión asistencial, gestión de Especialidades clínicas y/o quirúrgicas, gestión de cuidados de enfermería, gestión de apoyo diagnóstico y terapéutico.
4. DETERMINAR LA APLICACIÓN DE LOS REQUISITOS DEL SGC		
El punto "7.1.5.2. Trazabilidad de las mediciones" no aplica porque la institución no empleamos medios de medición. El punto " 8.3. El diseño y desarrollo de productos y servicios" tampoco es aplicable porque la institución no diseña los servicios.		
5. DECLARACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		
El alcance del sistema de gestión de calidad en el “Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román” son los servicios de salud que presta a sus usuarios y los procesos internos de dirección, planificación, gestión de calidad, gestión administrativa financiera que cubre procesos relacionados a la gestión de talento humano, gestión financiera, administrativa y de la tecnología e información, por otro lado cubre también la gestión de atención al usuario, admisiones, y finalmente la gestión asistencial, de especialidades clínicas y/o quirúrgicas, cuidados de enfermería, de apoyo diagnóstico y terapéutico.		
Elaborado por: Sra. Karen Valencia	Aprobado por: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles	

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

4.4 Sistema de gestión de calidad y sus procesos

Acerca del requisito:

La institución para la aplicación de su sistema de gestión de calidad, debe establecer los procesos que se llevaran a cabo para el éxito del mismo.

La institución de salud debe determinar, implementar, mantener y mejorar de manera continua su sistema de gestión de calidad, incorporando los procesos necesarios y sus respectivas interacciones, conforme con los requisitos de la Norma Internacional ISO 9001:2015.

Para lo cual se establece los procesos, los recursos necesarios, las responsabilidades y responsables para el desarrollo de los mismos. Para cumplir con este requisito se mantiene y conserva la información documentada de los procesos, con la finalidad de garantizar que estos se lleven a cabo según lo planificado. La Información documentada “sistema de gestión de calidad y sus procesos” se presenta con el código SGC.4.4.

Tabla 27-3: Mapa de procesos

<p>CÓDIGO SGC.4.4.PR. PÁGINAS: 8</p> 	<p>HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SUS PROCESOS”</p>	<p>VERSIÓN: 01 ENERO 2021</p>
1. OBJETIVO		
Establecer los procesos del sistema de gestión de calidad		
2. MAPA DE PROCESOS		
<p>HOSPITAL PEDIÁTRICO "ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN" SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y USUS PROCESOS MAPA DE PORCESOS</p>		
ENTRADAS	PROCESOS ESTRATÉGICOS	SALIDAS
Necesidades/ Grupos de intereses	Dirección Hospitalaria → Planificación → Gestión de Calidad	Grupos de interés/ Satisfechos
	PROCESOS CLAVES	
	Atención al Cliente → Admisiones → Gestión Cuidados de Enfermería → Atención asistencial → Gestión de Dianóstico y Terapéutica	
	PROCESO DE APOYO	
	Gestión de talento Humano → Gestión Financiera → Gestión Administrativa Financiera → Gestión Administrativa → Gestión de tecnologías de la información	

Gráfico 25-3. Mapa de procesos

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K. 2021

Elaborado por:
Sra. Karen Valencia

Aprobado por:
Ing. Eduardo Espín
Ing. Bladimir Urgiles

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 28-3: Sistema de gestión de calidad y sus procesos

CÓDIGO SGC.4.4.PR. PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública		HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SUS PROCESOS”		VERSIÓN: 01 ENERO 2021	
NOMBRE	RESPONSABLE	OBJETIVO	INDICADOR	RECURSOS	RIESGO/ OPORTUNIDADES
Dirección Hospitalaria	Directora	Gestionar el funcionamiento global del hospital, en un 100%, incrementando el nivel de eficiencia y efectividad respecto al año 2020.	(Metas propuestas /Metas cumplidas)	Humanos Tecnológicos Económicos	Disminución de la demanda de usuarios. Innovación y eficiencia con planes de investigación. Deseo de brindar servicio de calidad.
Planificación	Analista de planificación	Dar seguimiento y evaluar la ejecución de la planificación operativa anual, en un 80% respecto al año 2020.	(Actividades planificadas/ Actividades ejecutadas)	Humanos Tecnológicos Económicos Materiales	Ineficiente asignación presupuestaria. Conocer de manera detallada las actividades a desarrollar por los funcionarios.
Gestión de calidad	Analista de calidad	Garantizar el mejoramiento del sistema de gestión, en un 70% respecto al año anterior.	(Número de Procedimiento programados/ Número procedimientos levantados y aprobados)	Humanos Tecnológicos Económicos Materiales	Disminución de la eficacia y efectividad de los servicios de salud. Mejora continua de los procesos de la institución de salud.
Gestión administrativa financiera	Analista Administrativo Financiero	Administrar los recursos materiales financieros y de talento humano, en un	(Utilización de recursos programados/ recursos efectivamente utilizados)	Humanos Tecnológicos Económicos Materiales	Retiro de fondos destinados a la organización. Incremento en la asignación del presupuesto.

		100% de su asignación presupuestaria respecto al año anterior.			
Gestión de talento humano/ reclutamiento	Analista de Talento Humano	Incrementar la eficiencia en un 25% en el proceso de selección y contratación de personal idóneo, cuando la entidad lo requiera, respecto al año anterior.	(Tiempo requerido para completar las vacantes/ Número de vacantes disponibles)	Humanos Tecnológicos Económicos Materiales	Rotación del personal Remuneración del personal de salud de acuerdo a estructura.
Gestión financiera pago a proveedores	Analista Financiero	Agilizar el proceso de pago a proveedores en un 25% respecto al año anterior.	(Número de proveedores acreditados programados/ Número de proveedores efectivamente acreditados)	Humanos Tecnológicos Económicos Materiales	Desconfianza de proveedores para trabajar con el sector público. Contratos celebrados con el sector público es de ejecución obligatoria.
Gestión administrativa/compras públicas	Analista Administrativo	Administrar con eficiencia eficacia y efectividad los recursos requeridos para la ejecución de los planes del hospital en un 60% respecto del año anterior.	(Número de adquisiciones programadas/ número de adquisiciones ejecutas)	Humanos Tecnológicos Económicos Materiales	No disponibilidad de insumos, bienes por parte de los proveedores. Posibilidad de elegir a proveedores calificados. Participación de proveedores locales y nacionales.
Gestión de tecnologías de la información TICS	Analista de TICS	Garantizar en un 100% el funcionamiento de los	(Sistemas programados a ejecutar/ Sistemas	Humanos Tecnológicos Económicos	Colapso de las plataformas de servicios públicos.

		sistemas informáticos con equipamiento de alta tecnología.	efectivamente ejecutados)		Pérdida de Información. El desarrollo tecnológico e innovación de los servicios. Existencia de tecnologías avanzadas a las cuales se puede acceder.
Gestión de atención al usuario	Persona encargada la gestión de atención al usuario	Incrementar el grado de satisfacción de los usuarios en un 20% respecto al año anterior garantizando el cumplimiento de sus deberes y derechos.	(Demanda mes actual-Demanda mes anterior/Demanda mes anterior) *100	Humanos Tecnológicos Económicos Materiales	Denuncia de pacientes por inconformidad por los servicios prestados. No satisfacción de los servicios otorgados por la casa de salud. Deseo de brindar servicio de calidad.
Gestión admisión	Persona encargada la gestión de admisiones	Asegurar en un 100% la accesibilidad de los pacientes a los recursos asistenciales del hospital.	(Demanda mes actual-Demanda mes anterior/Demanda mes anterior) *100	Humanos Tecnológicos Económicos Materiales	Denuncia de pacientes por inconformidad por los servicios prestados. Incremento de la población de 0 a 19 años de edad.
Gestión asistencial especialidades clínicas y/o quirúrgicas / Consulta externa	Jefe Médico encargado de la gestión	Cumplir con el 100% de la demanda espontanea de conformidad a la cartera de servicios que otorga el hospital pediátrico.	(Reporte pacientes atendidos mes actual-Reportes pacientes atendidos mes anterior/Reporte pacientes atendidos mes anterior) *100	Humanos Tecnológicos Económicos Materiales	Asignación presupuestaria que no cubre los requerimientos necesarios. Incremento de la población a ser atendida.
Gestión asistencial especialidades	Jefe Médico encargado	Cumplir con el 100% de la demanda	(Reporte pacientes atendidos mes actual-Reportes	Humanos Tecnológicos Económicos Materiales	Asignación presupuestaria que no cubre los

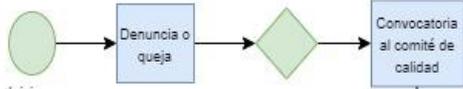
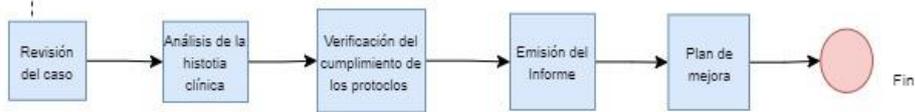
clínicas y/o quirúrgicas / Emergencia	de la gestión	espontanea de conformidad a la cartera de servicios que otorga el hospital pediátrico.	pacientes atendidos mes anterior/Reporte pacientes atendidos mes anterior) *100		requerimientos necesarios. Incremento de la población a ser atendida.
Gestión asistencial especialidades clínicas y/o quirúrgicas / Hospitalización	Jefe Médico encargado de la gestión	Cumplir con el 100% de la demanda espontanea de conformidad a la cartera de servicios que otorga el hospital pediátrico.	(Reporte pacientes atendidos mes actual-Reportes pacientes atendidos mes anterior/Reporte pacientes atendidos mes anterior) *100	Humanos Tecnológicos Económicos Materiales	Asignación presupuestaria que no cubre los requerimientos necesarios. Incremento de la población a ser atendida.
Gestión de cuidados de enfermería	Jefe de Enfermería encargada de la gestión	Cumplir con el 100% en el cuidado directo integral de enfermería a pacientes de emergencia consulta externa y hospitalización.	(Reporte pacientes atendidos mes actual-Reportes pacientes atendidos mes anterior/Reporte pacientes atendidos mes anterior) *100	Humanos Tecnológicos Económicos Materiales	No contar con el equipo y los insumos necesarios para brindar el servicio. Personal capacitado y calificado para brindar el servicio de manera oportuna.
Gestión de apoyo diagnóstico y terapéutico/ Laboratorio	Jefe Encargado de la Gestión	Cumplir con el 100% de la recepción de muestras a pacientes de emergencia consulta externa y hospitalización.	(Reporte pacientes atendidos mes actual-Reportes pacientes atendidos mes anterior/Reporte pacientes atendidos mes anterior) *100	Humanos Tecnológicos Económicos Materiales	Inexistencia de insumos necesarios para brindar el servicio. No contar con el servicio las 24 horas.
Gestión de apoyo diagnóstico y terapéutico/ Imagenología	Jefe Encargado de la Gestión	Cumplir con el 100% de la toma de placas a pacientes de emergencia	(Reporte pacientes atendidos mes actual-Reportes pacientes atendidos mes anterior/Reporte pacientes atendidos mes anterior) *100	Humanos Tecnológicos Económicos Materiales	Inexistencia de insumos necesarios para brindar el servicio.

		consulta externa y hospitalización.	anterior/Reporte pacientes atendidos mes anterior) *100		No contar con el servicio las 24 horas.
Gestión de apoyo diagnóstico y terapéutico/ Farmacia	Jefe Encargado de la Gestión	Dotar el 100% de medicamentos a pacientes de emergencia consulta externa y hospitalización.	(Número de recetas despachadas mes anterior- Número de recetas despachadas mes actual/ Número de recetas despachadas mes anterior) *100	Humanos Tecnológicos Económicos Materiales	Demora del despacho de medicamento importado. Disponibilidad presupuestaria para la adquisición de medicamentos.
Elaborado por: Sra. Karen Valencia			Aprobado por: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles		

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 29-3: Auditoría interna de los procesos

<p style="text-align: center;">CÓDIGO SGC.4.4.1.PR. PÁGINAS: 8</p>  <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p style="text-align: center;">HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “AUDITORÍA INTERNA DE LOS SERVICIOS”</p>	<p style="text-align: center;">VERSIÓN: 01 ENERO 2021</p>
<p>PROCESO ESTRATÉGICO</p>		
<p>PROCESO: Auditoría interna los servicios asistenciales</p>		
<p>COMITÉ DE AUDITORÍA INTERNA</p>		
<p>COMITÉ DE CALIDAD</p>		
<p>Gráfico 26-3. Flujograma del Proceso de Auditoría Interna Fuente: Propuesta Elaborado por: Valencia, K. 2021</p>		
<p>Elaborado por: Sra. Karen Valencia</p>	<p>Aprobado por: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles</p>	

Fuente: Propuesta
Elaborado por: Valencia, K. 2021.

Tabla 30-3: Proceso atención al usuario I

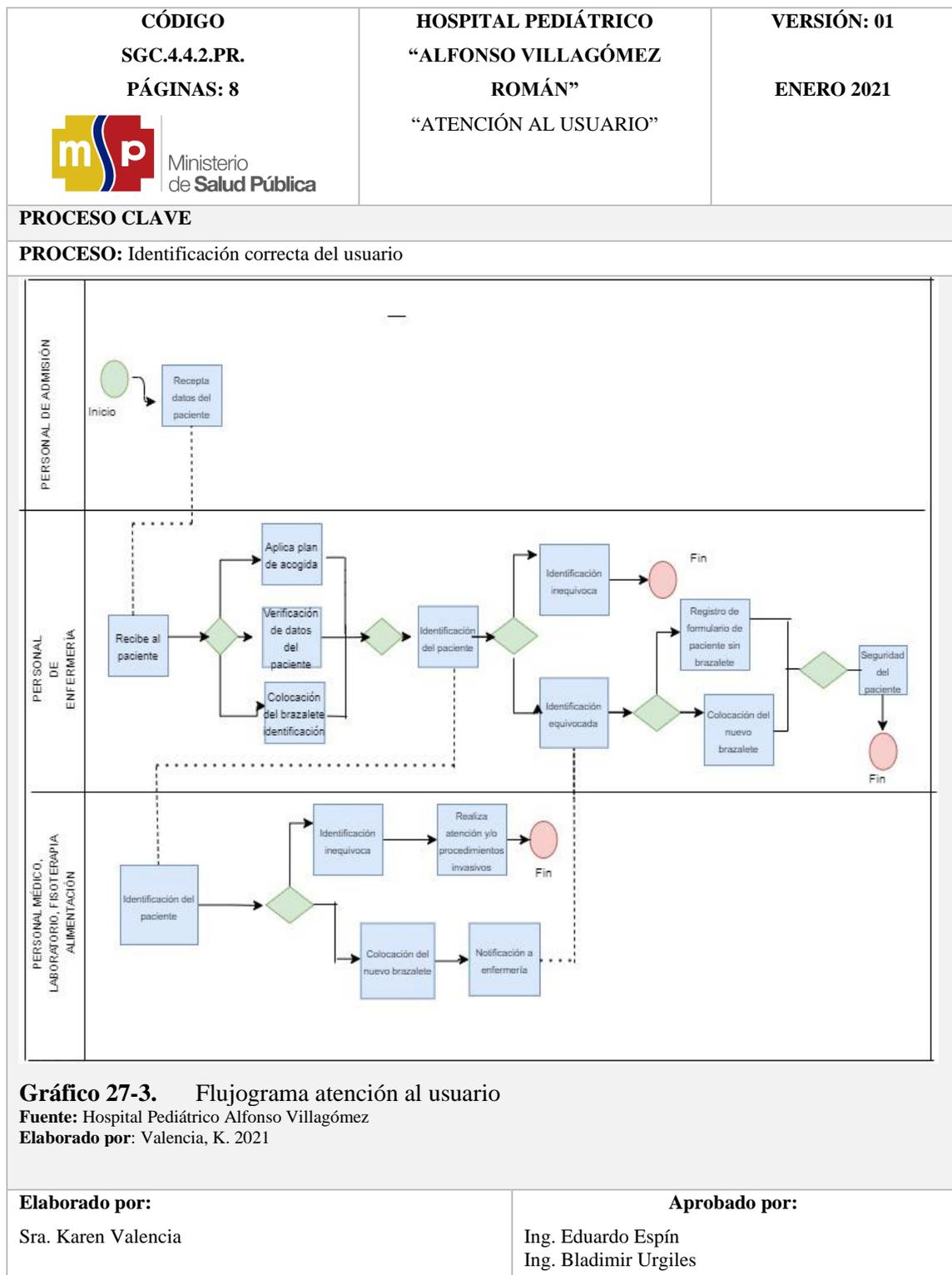


Gráfico 27-3. Flujograma atención al usuario

Fuente: Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Elaborado por: Valencia, K. 2021

Elaborado por:

Sra. Karen Valencia

Aprobado por:

Ing. Eduardo Espín
Ing. Bladimir Urgiles

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 31-3: Proceso atención al usuario II

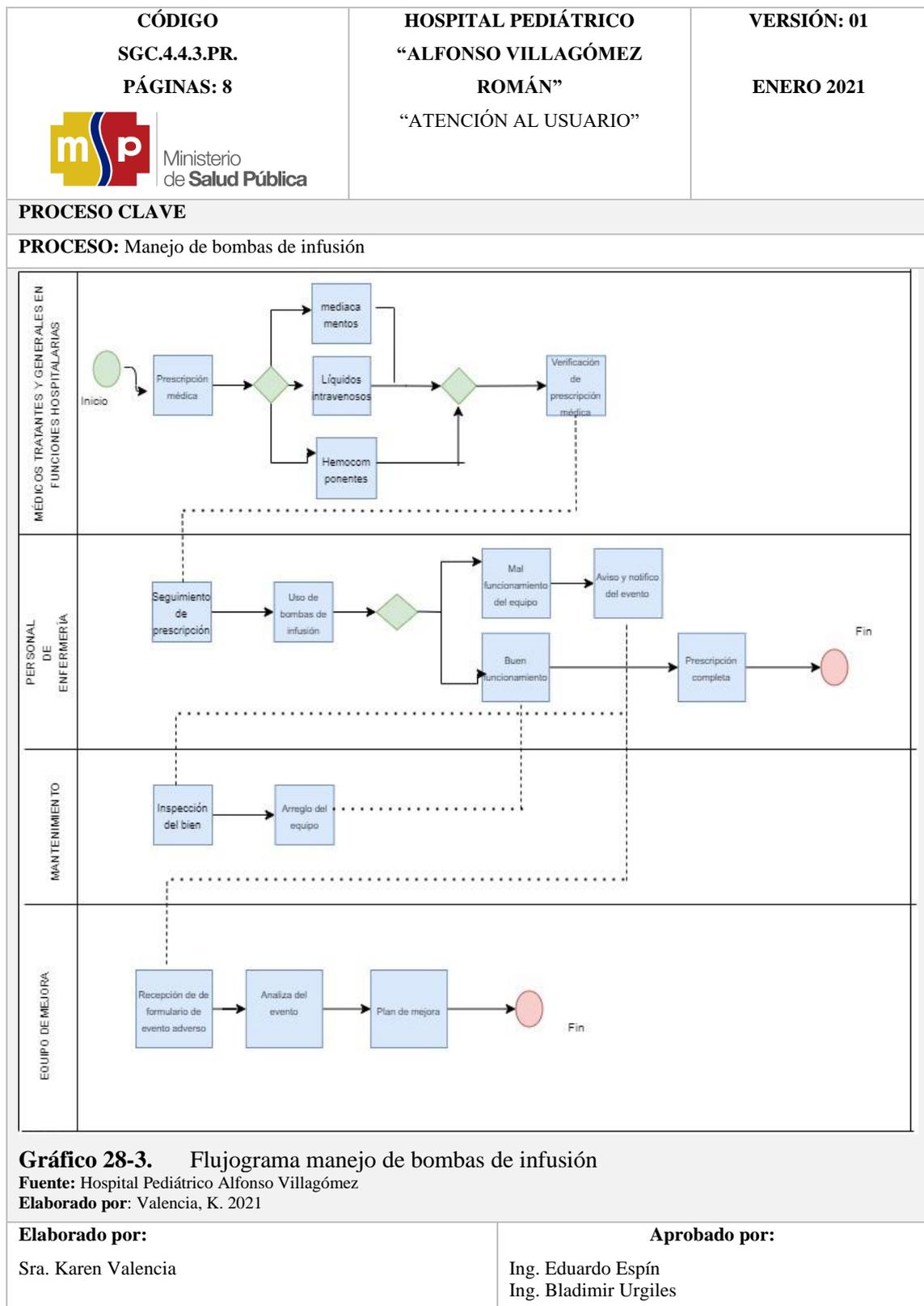


Gráfico 28-3. Flujograma manejo de bombas de infusión

Fuente: Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Elaborado por: Valencia, K. 2021

Elaborado por:

Sra. Karen Valencia

Aprobado por:

Ing. Eduardo Espín
Ing. Bladimir Urgiles

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 32-3: Procesos cuidados al paciente

<p>CÓDIGO SGC.4.4.4PR. PÁGINAS: 8</p> <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “CUIDADOS AL PACIENTE”</p>	<p>VERSIÓN: 01 ENERO 2021</p>
<p>PROCESO CLAVE</p>		
<p>PROCESO: Seguridad del Paciente</p>		
<p>MÉDICOS TRAJANTES Y GENERALES ODONTÓLOGOS REHABILITACIÓN LABORATORIO GESTION DE APOYO</p>		
<p>LÍDERES DEPARTAMENTALES</p>		
<p>RESPONSABLE DE CALIDAD</p>		
<p>EQUIPO DE MEJORA</p>		
<p>COMITÉ DE SEGURIDAD</p>		
<p>Gráfico 29-3. Flujograma seguridad del paciente Fuente: Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Elaborado por: Valencia, K. 2021</p>		
<p>Elaborado por: Sra. Karen Valencia</p>	<p>Aprobado por: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles</p>	

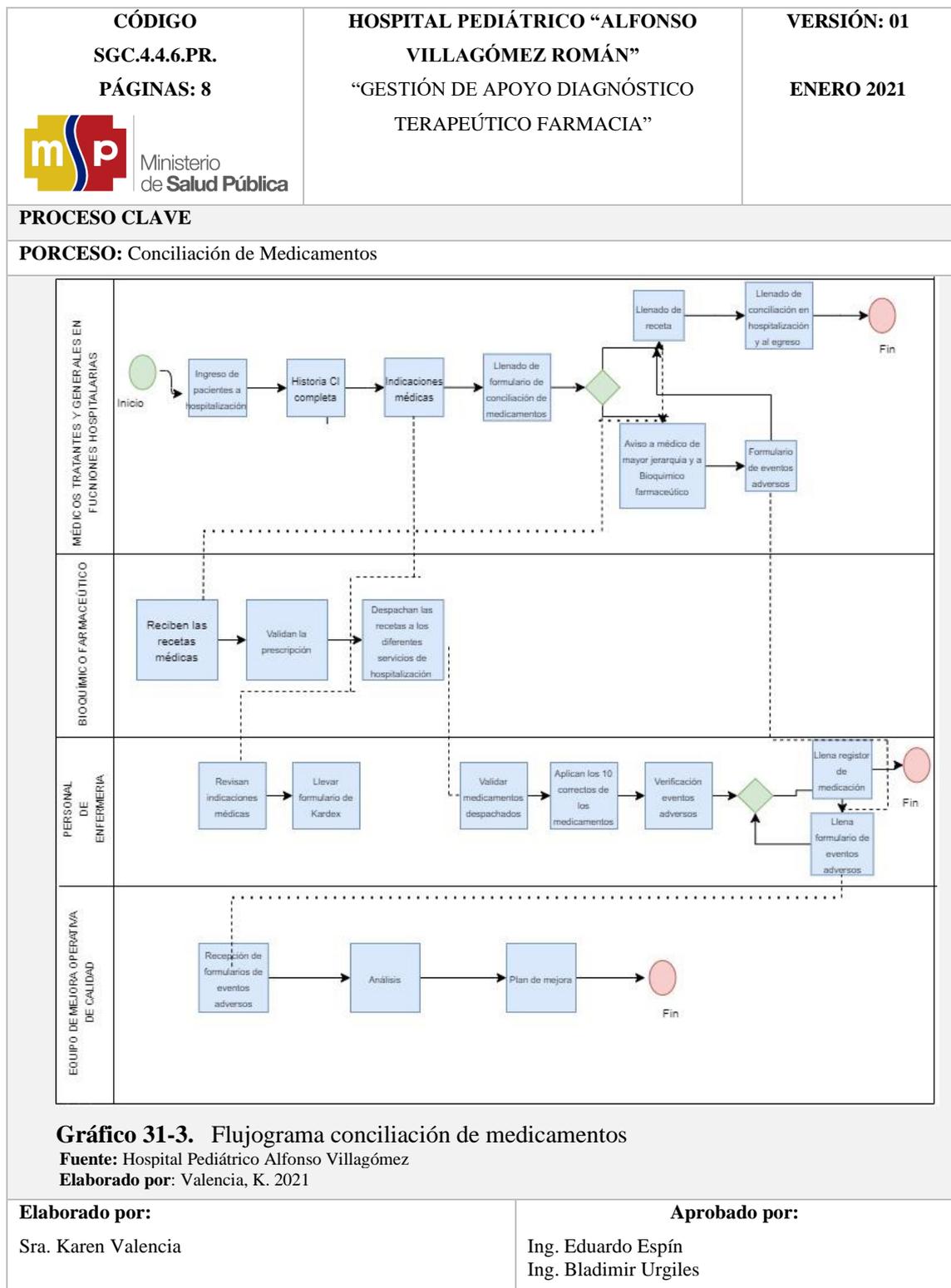
Fuente: Propuesta
Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 33-3: Proceso atención asistencial hospitalaria

<p>CÓDIGO SGC.4.4.5.PR. PÁGINAS: 8</p> <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “ATENCIÓN ASISTENCIAL HOSPITALIZACIÓN”</p>	<p>VERSIÓN: 01 ENERO 2021</p>
<p>PROCESO CLAVE</p>		
<p>PROCESO: Transferencia de información de pacientes en puntos de transición</p>		
<p>MÉDICOS Y ENFERMERAS DEL SERVICIO DE INGRESO</p>		
<p>SERVICIOS DEPARTAMENTALES Y/O UNIDADES DE SALUD</p>		
<p>GESTIÓN DE CALIDAD Y EQUIPO DE MEJORA</p>		
<p>Gráfico 30-3. Flujograma Transferencia de pacientes Fuente: Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Elaborado por: Valencia, K. 2021</p>		
<p>Elaborado por: Sra. Karen Valencia</p>	<p>Aprobado por: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles</p>	

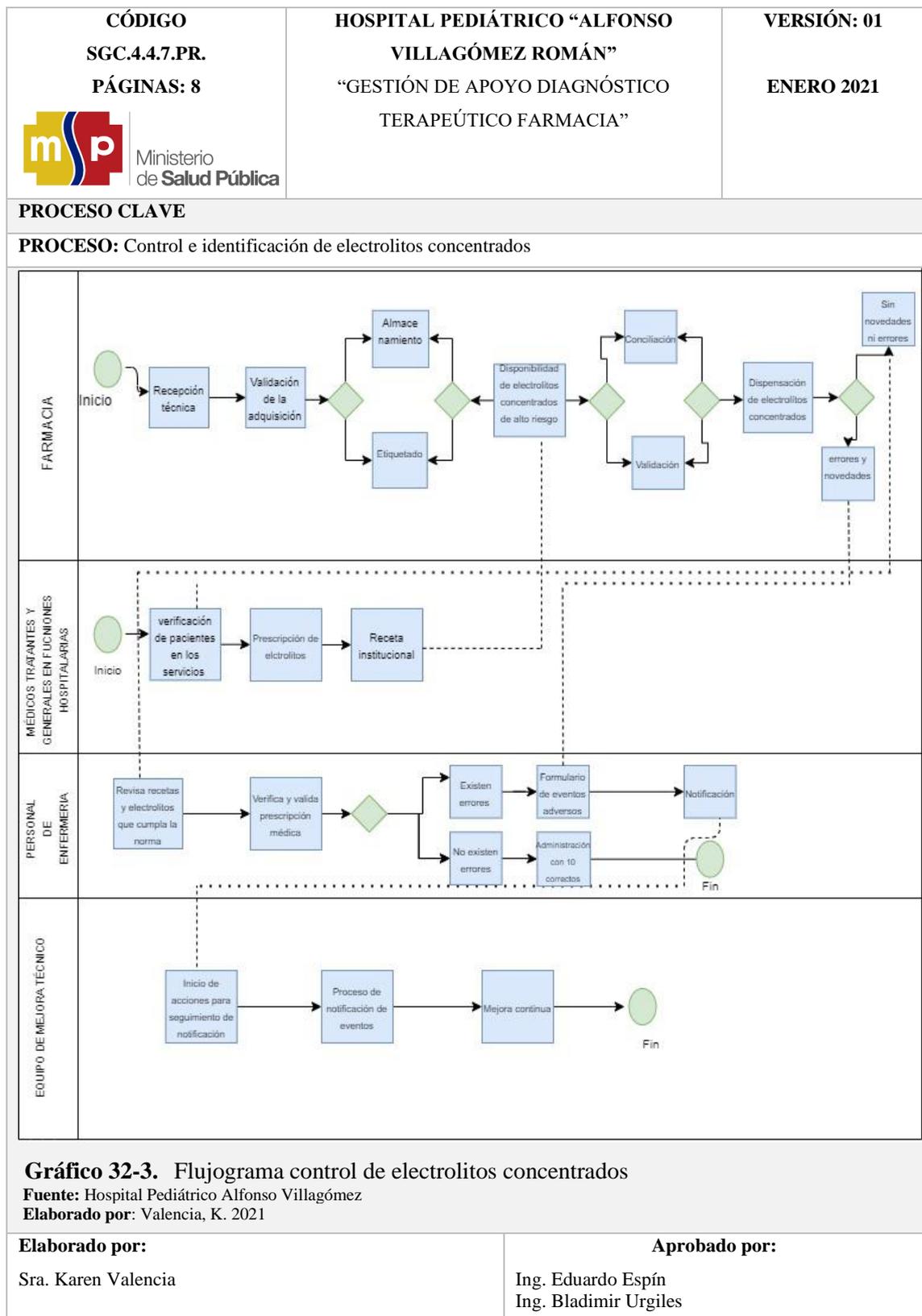
Fuente: Propuesta
Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 34-3: Proceso Gestión de apoyo terapéutico I



Fuente: Propuesta
Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 35-3: Proceso Gestión de apoyo terapéutico II



Fuente: Propuesta
Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 36-3: Proceso gestión talento humano

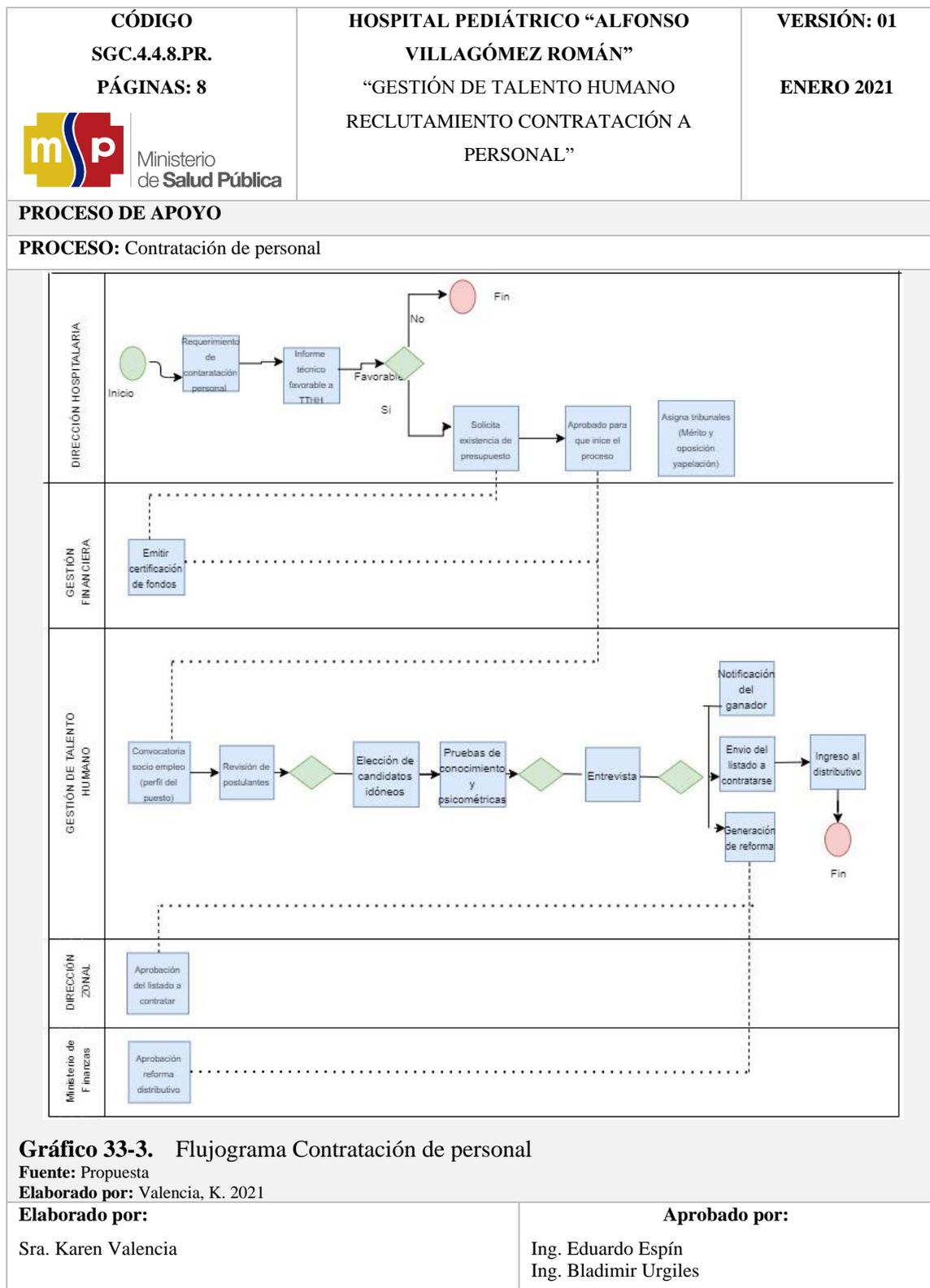


Gráfico 33-3. Flujograma Contratación de personal

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K. 2021

Elaborado por:

Sra. Karen Valencia

Aprobado por:

Ing. Eduardo Espín
Ing. Bladimir Urgiles

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 37-3: Proceso gestión financiera

CÓDIGO SGC.4.4.9.PR. PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “GESTIÓN FINANCIERA PAGO A PROVEEDORES”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

PROCESO DE APOYO

PROCESO: Pago a proveedores

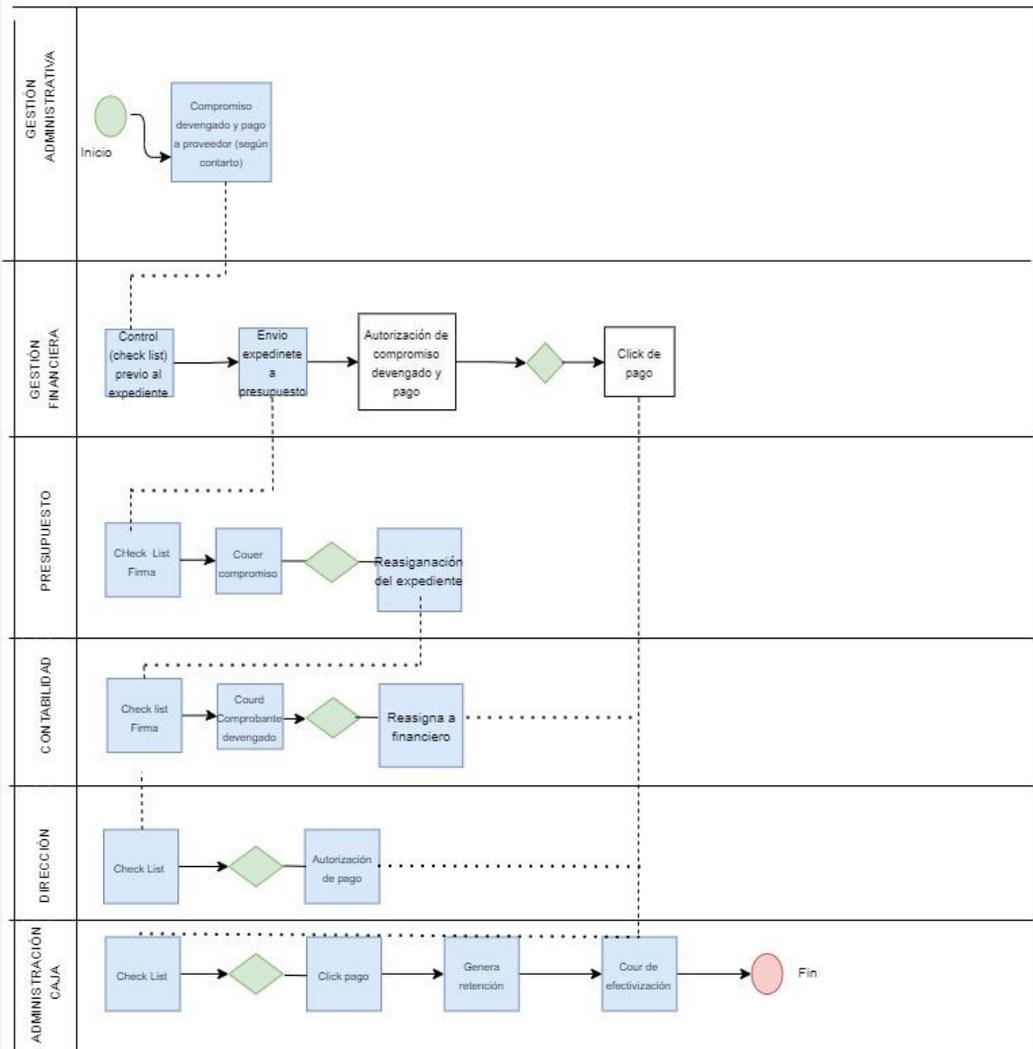


Gráfico 34-3. Flujograma Pago a proveedores

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K. 2021

Elaborado por:

Sra. Karen Valencia

Aprobado por:

Ing. Eduardo Espín
 Ing. Bladimir Urgiles

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K. 2021.

Tabla 38-3: Proceso gestión administrativa

CÓDIGO SGC.4.4.10.PR. PÁGINAS: 8 	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “GESTIÓN ADMINISTRATIVA CONTRATACIÓN PÚBLICA”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
-----------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

PROCESO DE APOYO

PROCESO: Contratación pública (Compras)

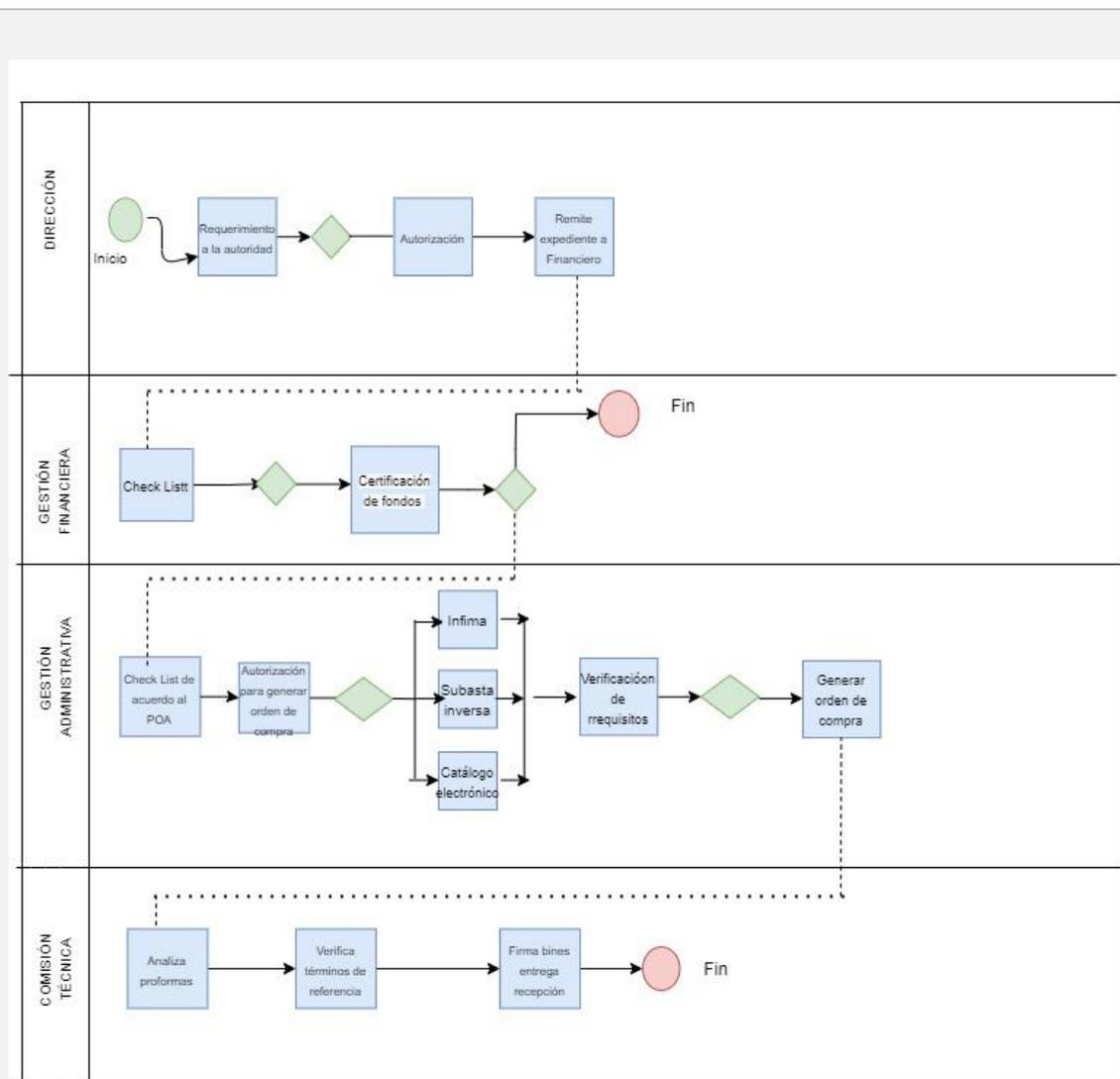


Gráfico 35-3. Flujograma contratación pública

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K. 2021

Elaborado por:

Sra. Karen Valencia

Aprobado por:

Ing. Eduardo Espín
 Ing. Bladimir Urgiles

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K. 2021.

5. Liderazgo

La dirección hospitalaria, los jefes de las gestiones y/o unidades y demás funcionarios deben comprometerse con el sistema de gestión de calidad al igual que con la mejora continua a través de las siguientes consideraciones:

- La socialización de manera permanente con sus funcionarios otorgándoles la información oportuna sobre la importancia de la satisfacción de sus usuarios.
- La aplicabilidad de las políticas y objetivos de calidad.
- La implicación de los colaboradores con el sistema de gestión de calidad.
- Efectuando controles para mermar y corregir errores en los procesos.
- Proporcionando los recursos necesarios para el sistema de gestión de calidad.

5.1 Liderazgo y compromiso

Acerca del requisito:

La alta dirección de la institución debe manifestar liderazgo y compromiso en conformidad al sistema de gestión de calidad.

5.1.1 Liderazgo y compromiso para el Sistema de gestión de Calidad

La alta dirección de la institución de salud, debe demostrar liderazgo y compromiso respecto al sistema de gestión de calidad, asumiendo el cargo conjuntamente con sus responsabilidades para el cumplimiento del mismo, de la misma forma que la política y los objetivos de calidad sean de conformidad con el contexto y la dirección estratégica de la entidad; asegurando la participación y la implicación de cada funcionario público adherido a esta organización, para la contribución a la eficacia del sistema logrando una mejora continua.

5.1.2 Enfoque al usuario o cliente externo

El Hospital Pediátrico, para demostrar la importancia que poseen los usuarios, establece sus grupos de interés, al igual que sus necesidades, determinando, comprendiendo y cumpliendo de manera regular sus requerimientos. Además, se analizan los riesgos y oportunidades que pueden afectar al proporcionar el servicio, encaminando a incrementar su satisfacción.

5.2 Política de Calidad

Acerca del requisito:

La alta dirección de la institución debe determinar, implementar y mantener una política de calidad, misma que tiene que ser comunicada y entendida por los miembros de la organización.

La política de calidad del Hospital Pediátrico se establece conforme a los siete principios de la gestión de calidad; enfoque al cliente, liderazgo, compromiso de las personas, enfoque a los procesos, mejora continua, toma de decisiones basada en evidencias, y gestión de las relaciones, que determina la Norma Internacional ISO 9001:2015. La política debe ser socializada y entendida por las partes interesadas, mediante pancartas, afiches u otros medios de comunicación, para su correcta aplicación dentro de la institución. La presente información documentada se establece con el código SGC.5.2.PC.

Tabla 39-3: Política de calidad

<p>CÓDIGO SGC.5.2. PC PÁGINAS: 8</p>  <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “POLÍTICA DE CALIDAD”</p>	<p>VERSIÓN: 01 ENERO 2021</p>
<p>1. POLÍTICA DE CALIDAD</p>		
<p>El Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román” está comprometido a promover un sistema, que proporcione servicios de salud eficientes eficaces y efectivos, a través de un modelo de gestión bajo principios de calidad, con recurso humano capacitado y competente, bajo preceptos de seguridad del paciente colocándose a la vanguardia en el ámbito de calidad, comunicándose de manera permanente con sus usuarios y colaboradores para brindarles información oportuna que garantice el acceso y la seguridad de las prestaciones y satisfacer sus necesidades contribuyendo de esa manera a la mejora continua de la casa de salud.</p>		
<p>Elaborado por: Sra. Karen Valencia</p>	<p>Aprobado por: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles</p>	

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

5.3 Roles, responsabilidades y autoridades del sistema de gestión de calidad

Acerca del requisito:

La alta dirección de la institución debe determinar, implementar y mantener una política de calidad, misma que tiene que ser comunicada y entendida por los miembros de la organización.

La dirección hospitalaria, es la encargada de asignar las responsabilidades y autoridades, del hospital, para el cumplimiento de roles, en conformidad con los manuales de funciones que dispone la misma, además una adecuada comunicación con los funcionarios, orientaran a la consecución de los resultados previstos, acompañado de una ejecución eficiente del sistema de gestión de calidad.

La unidad y/o gestión de calidad debe trabajar de manera conjunta, con los jefes de las unidades y/o gestiones directivas, administrativo financiero, planificación, atención al usuario, admisiones, gestión clínica quirúrgica, cuidados de enfermería, gestión de apoyo diagnóstico terapéutico, mismos que deben comprometer a su equipo de trabajo, mediante un previo requerimiento de recursos; humanos, económicos, materiales y tecnológicos, necesarios para dar cumplimiento con el sistema de gestión de calidad.

El encargado de la gestión de calidad establecerá un comité de calidad con el que llevará a cabo reuniones permanentes para el respectivo control, seguimiento, medición, análisis y mejora de cada uno de los procesos institucionales. En cada reunión se deberán efectuar la respectiva información documentada, como evidencia de las actividades que se cumplirán para asegurar la eficiencia del sistema. La información documentada para cumplir con este requisito se presenta con los códigos SGC.5.3.ORG para representar el organigrama establecido para hospitales de acuerdo al MSP, y SGC.5.3.DF para describir el perfil del cargo.

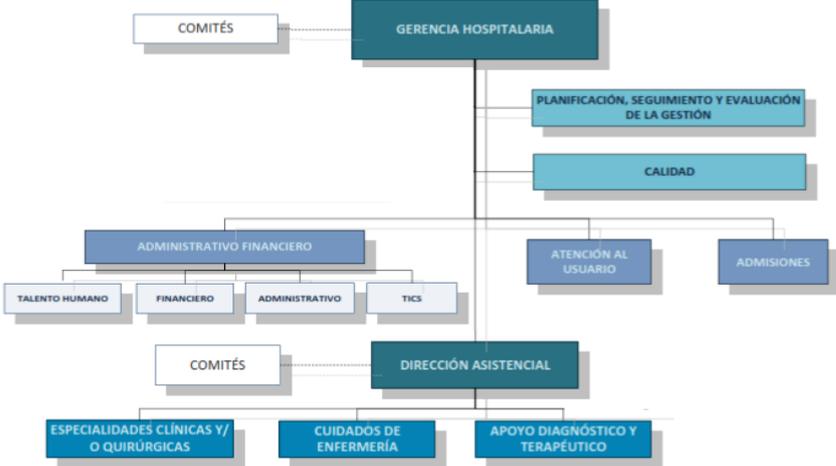
Tabla 40-3: Identidad institucional

<p>CÓDIGO SGC.5.3. DP PÁGINAS: 8</p>  <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “IDENTIDAD INSTITUCIONAL”</p>	<p>VERSIÓN: 01 ENERO 2021</p>
<p>IDENTIDAD INSTITUCIONAL</p>		
<p>Misión</p> <p>Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicio, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.</p> <p>Visión</p> <p>Ser reconocidos por la ciudadanía como hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y biótica, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.</p>		
<p>Valores</p> <p>Cooperación Ética Excelencia Honestidad Pertenencia Solidaridad Mejora continua Respeto</p>	<p>Principios</p> <p>Accesibilidad Oportunidad Integridad Complementariedad</p>	
<p>ELABORADO POR:</p>	<p>APROBADO POR:</p>	
<p>Sra. Karen Valencia</p>	<p>Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles</p>	

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 41-3: Liderazgo-organigrama

<p>CÓDIGO SGC.5.3. ORG PÁGINAS: 8</p>  <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “ORGANIGRAMA”</p>	<p>VERSIÓN: 01 ENERO 2021</p>
<p>1. POLÍTICA DE CALIDAD</p>		
 <p>Gráfico 36-3. Organigrama estructural Fuente: Propuesta Elaborado por: Valencia, K. 2021</p>		
<p>Elaborado por: Sra. Karen Valencia</p>	<p>Aprobado por: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles</p>	

Fuente: Propuesta
Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 42-3: Descripción y perfil de la dirección hospitalaria

CÓDIGO SGC.5.3.1. DP PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “DESCRIPCIÓN Y PERFIL DE LA DIRECCIÓN HOSPITALARIA”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021		
1. INFORMACIÓN BÁSICA				
1.1 Puesto: DIRECCIÓN		1.2 Nivel: EJECUTIVO		
1.3 Formación: Maestría en gestión pública.		1.4 Experiencia laboral: 5 años relacionado al puesto de gerencia o gestión pública.		
2. DESCRIPCIÓN DEL CARGO:				
<p>Gerenciar el funcionamiento global del Hospital como máxima autoridad y representante legal de la institución, en el marco de las directrices y acuerdos emanados por el Ministerio de Salud Pública y el cumplimiento de la normativa legal vigente, así como dirigir y coordinar actividades médico sanitarias de todas las especialidades del hospital , a fin de que éstas otorguen al paciente los servicios médicos y hospitalarios con oportunidad, alta calidad, eficiencia y efectividad.</p>				
3. FUNCIONES DEL PUESTO				
<p>Representar legalmente y extrajudicialmente a la institución.</p> <p>Suscribir los actos administrativos en el ámbito de su jurisdicción, con estricto apego a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.</p> <p>Programar, dirigir, controlar la gestión de los recursos asignados a su cargo y evaluar su adecuada utilización para proveer su cartera de servicios, mediante el Plan Operativo Anual y el Compromiso de Gestión en función de resultados de impacto social.</p> <p>Adoptar las medidas para hacer efectiva la continuidad del funcionamiento del hospital, especialmente en los casos de crisis, emergencias, urgencias u otras circunstancias similares.</p> <p>Asegurar la implementación de una estructura de costos hospitalarios, a fin de conocer ágilmente el costo de los servicios que se proveen en el Hospital.</p> <p>Coordinar la elaboración y ejecución del Plan Estratégico Institucional.</p> <p>Aprobar los planes, programas de mejoramiento continuo en las áreas de su responsabilidad.</p> <p>Desarrollar un sistema de evaluación interna, que permite el seguimiento de los objetivos pactados y la retroalimentación, implantando medidas para su corrección en el caso de incumplimiento.</p> <p>Aprobar y garantizar la ejecución del Plan Anual de Compras de insumos médicos, medicamento, equipamiento del hospital, activos fijos en general, construcciones, inversiones y demás suministros, asegurando el cumplimiento de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación pública.</p> <p>Ser la autoridad nominadora del hospital.</p> <p>Evaluar el cumplimiento de procesos y protocolos para todos los departamentos y servicios hospitalarios.</p> <p>Asegurar el cumplimiento de las políticas y disposiciones del Ministerio de Salud y la Administración pública en todas las unidades bajo su responsabilidad.</p>				
4. COMPETENCIA	GRADO MÍNIMO REQUERIDO			
	Muy alto	Alto	Normal	Bajo
FUNDAMENTALES:				
Compromiso con sus funciones y responsabilidades.	Si			
Proactividad	Si			

Comunicación interdepartamental	Si			
Orientación a la mejora continua	Si			
Orientación a principios, métodos y procedimientos.	Si			
Evaluación y seguimientos a procesos.				
DE GESTIÓN:				
Liderazgo	Si			
Trabajo en equipo	Si			
Negociación	Si			
Aprovechamiento de recursos		Si		
Conocimiento de los procesos de la institución	Si			
Conocimiento de las normas y políticas públicas reglamentarias	Si			
Capacidades técnicas aplicables.	Si			
Conocimiento de los servicios que proporciona la casa de salud.	Si			
5. RELACIONES DEL PUESTO				
Planificación				
Gestión de Calidad				
Gestión administrativa financiera				
Apoyo asistencial				
ELABORADO POR:	APROBADO POR:			
Sra. Karen Valencia	Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles			

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 43-3: Descripción y perfil planificación

CÓDIGO SGC.5.3.2.DP PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “DESCRIPCIÓN Y PERFIL DEL ENCARGADO DE PLANIFICACIÓN”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
1. INFORMACIÓN BÁSICA		
1.1 Puesto: PLANIFICACIÓN		1.2 Nivel: EJECUTIVO
1.3 Formación: Ing. En administración de empresas Ing. Contabilidad y auditoría Economista		1.4 Experiencia laboral: 3 años relacionado al puesto de planificación en el ámbito público.
2. DESCRIPCIÓN DEL CARGO:		
Articular los recursos, procedimientos y planes de salud en función de las estratégicas y objetivos institucionales. Implementar sistemas de seguimiento y control que contribuyan a la evaluación del cumplimiento de objetivos y metas y a la reducción de la brecha de oferta y demanda de los servicios de salud que ofrece el Hospital.		
3. FUNCIONES DEL PUESTO		
Diseñar un sistema de información que facilite la toma de decisiones, en coordinación con la unidad de Calidad y las distintas áreas del Hospital. Desarrollar un sistema de control y evaluación de la gestión clínico financiera e implantación del cuadro de mandos. Detalla las actividades a efectuar en el ejercicio fiscal con y sin presupuesto. Efectuar el Plan Operativo Anual del Hospital, en función de los insumos presentados por cada unidad para la aprobación del director Hospitalario. Efectuar el Plan de Inversión de Hospital en coordinación con la Unidad Financiera para la aprobación del Gerente Hospitalario/a y el comité respectivo. Elaborar planes de prevención y mitigación de riesgos y de contingencia y emergencia ante eventos adversos para la aprobación del Gerente Hospitalario/a y el comité respectivo. Diseñar sistema de monitoreo y seguimiento de la planificación anual de inversiones, estratégico, de objetivos, metas, indicadores y convenios. Establecer reformas presupuestarias.		
4. COMPETENCIA		GRADO MÍNIMO REQUERIDO
		Muy alto Alto Normal Bajo
FUNDAMENTALES:		
Compromiso con sus funciones y responsabilidades.	Si	
Proactividad	Si	
Comunicación interdepartamental	Si	
Orientación a la mejora continua	Si	
Orientación a principios, métodos y procedimientos.	Si	
Evaluación y seguimientos a procesos.		
DE GESTIÓN:		
Liderazgo	Si	
Trabajo en equipo	Si	
Negociación	Si	

Aprovechamiento de recursos		Si		
Conocimiento de los procesos de la institución	Si			
Conocimiento de las normas y políticas públicas reglamentarias	Si			
Capacidades técnicas aplicables.	Si			
Conocimiento de los servicios que proporciona la casa de salud.	Si			
5. RELACIONES DEL PUESTO				
Gestión de Calidad				
Gestión administrativa financiera				
Apoyo asistencial				
ELABORADO POR:		APROBADO POR:		
Sra. Karen Valencia		Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles		

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 44-3: Descripción y perfil gestión de calidad

CÓDIGO SGC.5.3.3. DP PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “DESCRIPCIÓN Y PERFIL GESTIÓN DE CALIDAD”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
1. INFORMACIÓN BÁSICA		
1.1 Puesto: GESTIÓN DE CALIDAD	1.2 Nivel: EJECUTIVO	
1.3 Formación: Ingeniero en administración de empresas Médico Licenciada en Enfermería Especialización en Normas ISO 9001:2015	1.4 Experiencia laboral: 3 años relacionado al puesto de gestión de calidad.	
2. DESCRIPCIÓN DEL CARGO:		
Velar por la implementación y el cumplimiento del sistema integral de gestión de calidad y de los procedimientos e indicadores de calidad de cada uno de los servicios provistos por el hospital para, satisfacer las necesidades de la demanda y la interacción con otros sistemas en su contexto.		
3. FUNCIONES DEL PUESTO		
Elaborar el Plan anual de Calidad en función de los resultados de las diferentes evaluaciones y criterios emitidos por el Comité de Gestión de Calidad.		
Indicadores de calidad y mejoramiento continuo de la gestión		
Efectuar informes de análisis de prioridades y planificación, evaluación y gestión de los diferentes programas y acciones de mejora incluidos en el Plan de Calidad.		
Realizar informes de seguimiento a la ejecución y cumplimiento del Plan de calidad del Hospital.		
Elaborar informes sobre el cumplimiento de los procedimientos e indicadores de calidad de cada uno de los servicios provistos en función de los criterios de calidad previstos.		
Realizar auditorías médicas internas de los servicios provistos.		

Diseñar un sistema de control de praxis médica.				
Diseñar planes de mejoramiento continuo de la calidad de gestión de los procesos de atención a los pacientes y su aplicación.				
Elaborar planes de acción que promuevan el mejoramiento continuo de la institución.				
Efectuar el plan de implementación de los procesos y mejora continua de los insumos para la obtención, en el tiempo establecido, y su posterior mantenimiento de las acreditaciones ISO (o similares).				
Diseñar planes de auditoría interna de la calidad y/o sistemas integrados de calidad, seguridad y mitigación ambiental.				
Crear herramientas de control de insumos, materiales, y demás elementos usados en la atención médica, para mejorar la eficiencia en la utilización de los medios disponibles en el hospital.				
4. COMPETENCIA	GRADO MÍNIMO REQUERIDO			
	Muy alto	Alto	Normal	Bajo
FUNDAMENTALES:				
Compromiso con sus funciones y responsabilidades.	Si			
Proactividad	Si			
Comunicación interdepartamental	Si			
Orientación a la mejora continua	Si			
Orientación a principios, métodos y procedimientos.	Si			
Evaluación y seguimientos a procesos.	Si			
DE GESTIÓN:				
Liderazgo	Si			
Trabajo en equipo	Si			
Negociación	Si			
Aprovechamiento de recursos		Si		
Conocimiento de los procesos de la institución	Si			
Conocimiento de las normas y políticas públicas reglamentarias	Si			
Capacidades técnicas aplicables.	Si			
Conocimiento de los servicios que proporciona la casa de salud.	Si			
5. RELACIONES DEL PUESTO				
Planificación				
Gestión administrativa financiera				
Apoyo asistencial				
ELABORADO POR:	APROBADO POR:			
Sra. Karen Valencia	Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles			

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 45-3: Descripción y perfil atención al usuario

CÓDIGO SGC.5.3.4. DP PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “DESCRIPCIÓN Y PERFIL ATENCIÓN AL USUARIO”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021		
1. INFORMACIÓN BÁSICA				
1.1 Puesto: ATENCIÓN AL USURIO	1.2 Nivel: EJECUTIVO			
1.3 Formación: Ingeniero en estadística Ingeniero en administración de empresas Ingeniero Comercial	1.4 Experiencia laboral: 3 años relacionado al puesto de atención al usuario en el sector público.			
2. DESCRIPCIÓN DEL CARGO:				
Proteger los derechos y deberes de los usuarios e incrementar el grado de satisfacción que presenta con los servicios de salud, contribuyendo a la mejora continua de la atención.				
3. FUNCIONES DEL PUESTO				
<p>Proporcionar información general sobre el hospital, su organización y los servicios que en él se prestan para ser proporcionada a los pacientes, familiares y acompañantes.</p> <p>Diseñar el Plan de Acogida con información clara, útil, comprensible e integradora;</p> <p>Difundir los derechos y deberes a los pacientes, familiares y acompañantes, velando por su obligado cumplimiento.</p> <p>Conocer sobre técnicas y habilidades de atención al público, al personal de nuevo ingreso y personal de contacto.</p> <p>Efectuar reportes consolidados de reclamaciones, quejas y sugerencias.</p> <p>Enviar documentación de los pacientes a otras instituciones y traslado de información a las Unidades o profesionales de otros ámbitos para la resolución de problemas concretos de los ciudadanos, y otros asuntos de interés.</p> <p>Gestionar determinadas prestaciones, contempladas en la cartera de servicios sanitarios del Ministerio de Salud Pública en la legislación vigente.</p> <p>Efectuar la petición de copia del expediente único de Historia Clínica, Informes Médicos y cambio extraordinario de Especialista.</p> <p>Reproducir documentos para el ciudadano (fotocopias).</p>				
4. COMPETENCIA	GRADO MÍNIMO REQUERIDO			
	Muy alto	Alto	Normal	Bajo
FUNDAMENTALES:				
Compromiso con sus funciones y responsabilidades.	Si			
Proactividad	Si			
Comunicación interdepartamental	Si			
Orientación a la mejora continua	Si			
Orientación a principios, métodos y procedimientos.	Si			
Evaluación y seguimientos a procesos.				
DE GESTIÓN:				
Liderazgo	Si			
Trabajo en equipo	Si			
Negociación	Si			

Aprovechamiento de recursos		Si		
Conocimiento de los procesos de la institución	Si			
Conocimiento de las normas y políticas públicas reglamentarias	Si			
Capacidades técnicas aplicables.	Si			
Conocimiento de los servicios que proporciona la casa de salud.	Si			
5. RELACIONES DEL PUESTO				
Admisiones				
Gestión de Apoyo Asistencial				
Gestión de Apoyo de diagnóstico y terapéutico				
Gestión de cuidados de enfermería				
ELABORADO POR:		APROBADO POR:		
Sra. Karen Valencia		Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles		

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 46-3: Descripción y perfil gestión de cuidados de enfermería

CÓDIGO SGC.5.3.6. DP PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “DESCRIPCIÓN Y PERFIL GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
1. INFORMACIÓN BÁSICA		
1.1 Puesto: GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	1.2 Nivel: APOYO	
1.3 Formación: Licenciada/o en Enfermería	1.4 Experiencia laboral: 3 años relacionado al puesto de cuidados de enfermería.	
2. DESCRIPCIÓN DEL CARGO:		
Dirigir y coordinar la gestión de los cuidados de los pacientes atendidos en todos los servicios hospitalarios, proporcionándoles de acuerdo con las indicaciones médicas y criterios de buena práctica profesional y de forma integral, resolución rápida y efectiva de los problemas de salud de los pacientes.		
3. FUNCIONES DEL PUESTO		
Ser el responsable de las actividades de Cuidados de Enfermería. Articular y coordinar la gestión de Cuidados de Enfermería con las unidades de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas del hospital. Proponer programas de investigación, docencia y capacitación para su ámbito de acción. Participar en los comités de acuerdo a la disposición del director/a Asistencial o director/a de Hospital.		

<p>Velar por el cumplimiento de los planes de contingencias asistenciales de su servicio.</p> <p>Planificar, organizar y mantener un registro de las actividades realizadas en su ámbito de acción.</p> <p>Coordinar con la Unidad de Talento Humano los horarios y salidas del personal a su cargo.</p> <p>Elaborar el listado de requerimientos y necesidades operativas propias de su área.</p> <p>Velar en coordinación con la Unidad de Calidad, por el cumplimiento de procedimientos de limpieza desinfección y esterilización de los espacios y materiales clínicos sanitarios.</p> <p>Responder ante las demandas de la Dirección Asistencial o Dirección de Hospital.</p>				
4. COMPETENCIA	GRADO MÍNIMO REQUERIDO			
	Muy alto	Alto	Normal	Bajo
FUNDAMENTALES:				
Compromiso con sus funciones y responsabilidades.	Si			
Proactividad	Si			
Comunicación interdepartamental	Si			
Orientación a la mejora continua	Si			
Orientación a principios, métodos y procedimientos.	Si			
Evaluación y seguimientos a procesos.				
DE GESTIÓN:				
Liderazgo	Si			
Trabajo en equipo	Si			
Negociación	Si			
Aprovechamiento de recursos		Si		
Conocimiento de los procesos de la institución	Si			
Conocimiento de las normas y políticas públicas reglamentarias	Si			
Capacidades técnicas aplicables.	Si			
Conocimiento de los servicios que proporciona la casa de salud.	Si			
5. RELACIONES DEL PUESTO				
<p>Admisiones</p> <p>Gestión de Apoyo Asistencial</p> <p>Gestión de Apoyo de diagnóstico y terapéutico</p> <p>Atención al usuario</p>				
ELABORADO POR:	APROBADO POR:			
Sra. Karen Valencia	<p>Ing. Eduardo Espín</p> <p>Ing. Bladimir Urgiles</p>			

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 47-3: Descripción y perfil gestión especialidades clínicas quirúrgicas

CÓDIGO SGC.5.3.7 DP PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “DESCRIPCIÓN Y PERFIL GESTIÓN DE APOYO ASISTENCIAL ESPECIALIDADES CLÍNICAS QUIRÚRGICAS”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021		
1. INFORMACIÓN BÁSICA				
1.1 Puesto: GESTIÓN DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS QUIRÚRGICAS	1.2 Nivel: APOYO			
1.3 Formación: Médico pediatra con especialización en áreas específicas. Médicos generales.	1.4 Experiencia laboral: 3 años relacionado al puesto de gestión de especialidad clínica o quirúrgica.			
2. DESCRIPCIÓN DEL CARGO:				
Dirigir y coordinar la gestión de la/s especialidad/es clínica/s y/o quirúrgica/s de atención que, de acuerdo con su cartera de servicios, se lleve a cabo en el hospital, con el fin de que los procesos se diseñen y ejecuten desde la perspectiva y necesidades del paciente, de forma que la atención sea accesible y se preste con una visión integral y de forma articulada, ajustada a estándares de calidad científico-técnicos y de utilización adecuada de los recursos.				
3. FUNCIONES DEL PUESTO				
Ser el responsable de las actividades y el servicio de su Especialidad Clínica y/o Quirúrgica o grupo de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas. Coordinar la atención integral a los procesos a su cargo sustentada en medicina basada en evidencia, guías de práctica clínica y protocolos de atención que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipologías de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP. Conocer el estado de los pacientes atendidos en su ámbito de acción y asegurar que se facilite oportunamente la Información a pacientes y familiares. Articular y coordinar la gestión de Cuidados de Enfermería en su ámbito de acción. Velar por el cumplimiento y aplicación del sistema de referencia y contra referencia, e interconsultas. Autenticar y suscribir las certificaciones de atención y administrativas de su ámbito de acción. Liderar las sesiones clínicas, clínico patológicas y otras actividades científicas de su servicio.				
4. COMPETENCIA	GRADO MÍNIMO REQUERIDO			
	Muy alto	Alto	Normal	Bajo
FUNDAMENTALES:				
Compromiso con sus funciones y responsabilidades.	Si			
Proactividad	Si			
Comunicación interdepartamental	Si			
Orientación a la mejora continua	Si			
Orientación a principios, métodos y procedimientos.	Si			
Evaluación y seguimientos a procesos.				
DE GESTIÓN:				
Liderazgo	Si			
Trabajo en equipo	Si			
Negociación	Si			

Aprovechamiento de recursos		Si		
Conocimiento de los procesos de la institución	Si			
Conocimiento de las normas y políticas públicas reglamentarias	Si			
Capacidades técnicas aplicables.	Si			
Conocimiento de los servicios que proporciona la casa de salud.	Si			
5. RELACIONES DEL PUESTO				
Admisiones				
Gestión de Apoyo Asistencial				
Gestión de Cuidados de enfermería				
Atención al usuario				
ELABORADO POR:		APROBADO POR:		
Sra. Karen Valencia		Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles		

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 48-3: Descripción y perfil gestión diagnóstico terapéutico

CÓDIGO SGC.5.3.8. DP PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “DESCRIPCIÓN Y PERFIL GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICO”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
1. INFORMACIÓN BÁSICA		
1.1 Puesto: GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICO	1.2 Nivel: APOYO	
1.3 Formación: Médico pediatra con especialización en áreas específicas. Médicos generales. Bioquímico Farmacéutico, Ingeniero Químico, Laboratorista Clínico. Tecnólogo en imagenología, Fisioterapeuta.	1.4 Experiencia laboral: 3 años relacionado al puesto de gestión de apoyo diagnóstico y terapéutico.	
2. DESCRIPCIÓN DEL CARGO:		
Dirigir y coordinar la provisión de técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, para que estos se realicen con prontitud, seguridad, calidad técnica y fiabilidad en aquellas circunstancias en las que los servicios médicos así lo soliciten y que sean aceptados voluntariamente por el paciente en el caso de aquellos procedimientos invasivos y de riesgo.		
3. FUNCIONES DEL PUESTO		
Ser el responsable de las actividades de su ámbito de acción.		
Articular y coordinar la gestión de su ámbito de acción con las unidades de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas del hospital.		
Proponer programas de investigación, docencia y capacitación para su ámbito de acción.		
Participar en los comités de acuerdo a la disposición del Director/a Asistencial o Director/a de Hospital.		
Velar por el cumplimiento de los planes de contingencias asistenciales de ser el caso.		
Planificar, organizar y mantener un registro de las actividades realizadas en su ámbito de acción.		
Coordinar con la Unidad de Talento Humano los horarios y salidas del personal a su cargo.		

Elaborar el listado de requerimientos y necesidades operativas propias de su área. Responder ante las demandas de la Dirección Asistencial.				
4. COMPETENCIA	GRADO MÍNIMO REQUERIDO			
	Muy alto	Alto	Normal	Bajo
FUNDAMENTALES:				
Compromiso con sus funciones y responsabilidades.	Si			
Proactividad	Si			
Comunicación interdepartamental	Si			
Orientación a la mejora continua	Si			
Orientación a principios, métodos y procedimientos.	Si			
Evaluación y seguimientos a procesos.				
DE GESTIÓN:				
Liderazgo	Si			
Trabajo en equipo	Si			
Negociación	Si			
Aprovechamiento de recursos		Si		
Conocimiento de los procesos de la institución	Si			
Conocimiento de las normas y políticas públicas reglamentarias	Si			
Capacidades técnicas aplicables.	Si			
Conocimiento de los servicios que proporciona la casa de salud.	Si			
5. RELACIONES DEL PUESTO				
Admisiones Gestión de Apoyo Asistencial Gestión de Cuidados de enfermería Atención al usuario				
ELABORADO POR:	APROBADO POR:			
Sra. Karen Valencia	Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles			

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 49-3: Descripción y perfil imagenología

CÓDIGO SGC.5.3.9.DP PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “DESCRIPCIÓN Y PERFIL IMAGENOLÓGIA”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021		
1. INFORMACIÓN BÁSICA				
1.1 Puesto: GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICO	1.2 Nivel: APOYO			
1.3 Formación: Tecnólogo en imagenología	1.4 Experiencia laboral: 3 años de experiencia			
2. DESCRIPCIÓN DEL CARGO:				
<p>Dirigir y coordinar la provisión de técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, para que estos se realicen con prontitud, seguridad, calidad técnica y fiabilidad en aquellas circunstancias en las que los servicios médicos así lo soliciten y que sean aceptados voluntariamente por el paciente en el caso de aquellos procedimientos invasivos y de riesgo.</p>				
3. FUNCIONES DEL PUESTO				
<p>Realizar, exámenes y procedimientos específicos del área.</p> <p>Ordenes de servicio atendidas y sustentadas en Medicina Basada en Evidencia, guías de práctica clínica y protocolos que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipologías de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP.</p> <p>Llevar el registro de exámenes y procedimientos realizados en el expediente único de Historia Clínica del paciente.</p> <p>Llevar el sistema de control de radiaciones.</p> <p>Efectuar informes para el Organismo Acreditador del área de imagenología.</p> <p>Aplicar indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo.</p> <p>Cualquier otra actuación relacionada con su formación e indicada por un profesional médico capacitado al efecto.</p>				
4. COMPETENCIA	GRADO MÍNIMO REQUERIDO			
	Muy alto	Alto	Normal	Bajo
FUNDAMENTALES:				
Compromiso con sus funciones y responsabilidades.	Si			
Proactividad	Si			
Comunicación interdepartamental	Si			
Orientación a la mejora continua	Si			

Orientación a principios, métodos y procedimientos.	Si			
Evaluación y seguimientos a procesos.				
DE GESTIÓN:				
Liderazgo	Si			
Trabajo en equipo	Si			
Negociación	Si			
Aprovechamiento de recursos		Si		
Conocimiento de los procesos de la institución	Si			
Conocimiento de las normas y políticas públicas reglamentarias	Si			
Capacidades técnicas aplicables.	Si			
Conocimiento de los servicios que proporciona la casa de salud.	Si			
5. RELACIONES DEL PUESTO				
Admisiones Gestión de Apoyo Asistencial Gestión de Cuidados de enfermería Atención al usuario				
ELABORADO POR:	APROBADO POR:			
Sra. Karen Valencia	Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles			

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 50-3: Descripción y perfil laboratorio

CÓDIGO SGC.5.3.10.DP PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “DESCRIPCIÓN Y PERFIL LABORATORIO”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021		
1. INFORMACIÓN BÁSICA				
1.1 Puesto: LABORATORIO	1.2 Nivel: APOYO			
1.3 Formación: Bioquímico Farmacéutico, Ingeniero Químico, Laboratorista Clínico.	1.4 Experiencia laboral: 3 años relacionado a especialidad en Anatomía Patológica, Microbiología y Parasitología, Bioquímica Clínica e Inmunología			
2. DESCRIPCIÓN DEL CARGO:				
Dirigir y coordinar la provisión de técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, para que estos se realicen con prontitud, seguridad, calidad técnica y fiabilidad en aquellas circunstancias en las que los servicios médicos así lo soliciten y que sean aceptados voluntariamente por el paciente en el caso de aquellos procedimientos invasivos y de riesgo.				
3. FUNCIONES DEL PUESTO				
Realizar pruebas analíticas y técnicas de diagnóstico, utilizando métodos y procedimientos específicos del área. Reportes validados de resultados de las pruebas realizadas. Llenar ordenes de Servicio atendidas y sustentadas en Medicina Basada en Evidencia, Guías de práctica clínica y protocolos que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipologías de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP. Calibrar los equipos. Elaborar informes para el Organismo Acreditador del laboratorio. Soporte técnico del área de laboratorio. Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo. Cualquier otra actuación relacionada con su formación e indicada por un profesional médico capacitado al efecto.				
4. COMPETENCIA	GRADO MÍNIMO REQUERIDO			
	Muy alto	Alto	Normal	Bajo
FUNDAMENTALES:				
Compromiso con sus funciones y responsabilidades.	Si			
Proactividad	Si			
Comunicación interdepartamental	Si			
Orientación a la mejora continua	Si			
Orientación a principios, métodos y procedimientos.	Si			
Evaluación y seguimientos a procesos.				
DE GESTIÓN:				
Liderazgo	Si			
Trabajo en equipo	Si			
Negociación	Si			

Aprovechamiento de recursos		Si		
Conocimiento de los procesos de la institución	Si			
Conocimiento de las normas y políticas públicas reglamentarias	Si			
Capacidades técnicas aplicables.	Si			
Conocimiento de los servicios que proporciona la casa de salud.	Si			
5. RELACIONES DEL PUESTO				
Admisiones				
Gestión de Apoyo Asistencial				
Gestión de Cuidados de enfermería				
Atención al usuario				
ELABORADO POR:		APROBADO POR:		
Sra. Karen Valencia		Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles		

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 51-3: Descripción y perfil farmacia

CÓDIGO SGC.5.3.11. DP PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “DESCRIPCIÓN Y PERFIL FARMACIA”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
1. INFORMACIÓN BÁSICA		
1.1 Puesto: FARMACIA	1.2 Nivel: APOYO	
1.3 Formación: Bioquímico Farmacéutico, Ingeniero Químico.	1.4 Experiencia laboral: 3 años relacionado a la gestión de medicamentos e insumos médicos.	
2. DESCRIPCIÓN DEL CARGO:		
Dirigir y coordinar la provisión de técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, para que estos se realicen con prontitud, seguridad, calidad técnica y fiabilidad en aquellas circunstancias en las que los servicios médicos así lo soliciten y que sean aceptados voluntariamente por el paciente en el caso de aquellos procedimientos invasivos y de riesgo.		
3. FUNCIONES DEL PUESTO		
Realizar pruebas analíticas y técnicas de diagnóstico, utilizando métodos y procedimientos específicos del área. Reportes validados de resultados de las pruebas realizadas.		
Llenar ordenes de Servicio atendidas y sustentadas en Medicina Basada en Evidencia, Guías de práctica clínica y protocolos que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipologías de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP.		
Calibrar los equipos.		
Elaborar informes para el Organismo Acreditador del laboratorio.		
Soporte técnico del área de laboratorio.		
Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo.		
Cualquier otra actuación relacionada con su formación e indicada por un profesional médico capacitado al efecto.		

4. COMPETENCIA	GRADO MÍNIMO REQUERIDO			
	Muy alto	Alto	Normal	Bajo
FUNDAMENTALES:				
Compromiso con sus funciones y responsabilidades.	Si			
Proactividad	Si			
Comunicación interdepartamental	Si			
Orientación a la mejora continua	Si			
Orientación a principios, métodos y procedimientos.	Si			
Evaluación y seguimientos a procesos.				
DE GESTIÓN:				
Liderazgo	Si			
Trabajo en equipo	Si			
Negociación	Si			
Aprovechamiento de recursos		Si		
Conocimiento de los procesos de la institución	Si			
Conocimiento de las normas y políticas públicas reglamentarias	Si			
Capacidades técnicas aplicables.	Si			
Conocimiento de los servicios que proporciona la casa de salud.	Si			
5. RELACIONES DEL PUESTO				
Admisiones				
Gestión de Apoyo Asistencial				
Gestión de Cuidados de enfermería				
Atención al usuario				
ELABORADO POR:	APROBADO POR:			
Sra. Karen Valencia	Ing. Eduardo Espín			
	Ing. Bladimir Urgiles			

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 52-3: Descripción y perfil gestión administrativa financiera

CÓDIGO SGC.5.3.12. DP PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “DESCRIPCIÓN Y PERFIL GESTIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021		
1. INFORMACIÓN BÁSICA				
1.1 Puesto: GESTIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA	1.2 Nivel: EJECUTIVO			
1.3 Formación: Ingeniero en administración de empresas Economista Ingeniero en contabilidad y auditoría	1.4 Experiencia laboral: 3 años relacionado al puesto de gestión administrativa financiera			
2. DESCRIPCIÓN DEL CARGO:				
Dirigir, organizar y proyectar la administración de los recursos materiales, recursos financieros y talento humano del hospital con el fin de facilitar la consecución de los objetivos, planes y metas de la Institución.				
3. FUNCIONES DEL PUESTO				
Coordinar las actividades Administrativas, Financieras, de Talento Humano y los Servicios Generales contratados con las diferentes unidades del hospital. Asesorar en materia de Administrativa Financiera y de Talento Humano a las diferentes actividades del Hospital. Dirigir, articular, evaluar y mejorar la gestión de las áreas a su cargo. Implementar las políticas relacionadas al ámbito de su competencia. Elaborar la proforma presupuestaria del Hospital en coordinación con la Dirección de Planificación y Control de Gestión que se somete a aprobación previa por la Comisión de Dirección. Programar y controlar las actividades administrativas del talento humano, recursos materiales, recursos económicos y financieros del Hospital, de conformidad a la ley, políticas, normas, reglamentos y otros documentos legales pertinentes. Validar los planes, programas, proyectos y presupuestos en el ámbito de su competencia. Coordinar la contratación y administración de los contratos del hospital. Intervenir en la elaboración del Plan Operativo Anual de la institución en coordinación de todas las áreas del Hospital. Participar en los Comités y comisiones de acuerdo a las disposiciones de la Gerencia Hospitalaria.				
4. COMPETENCIA	GRADO MÍNIMO REQUERIDO			
	Muy alto	Alto	Normal	Bajo
FUNDAMENTALES:				
Compromiso con sus funciones y responsabilidades.	Si			
Proactividad	Si			
Comunicación interdepartamental	Si			
Orientación a la mejora continua	Si			
Orientación a principios, métodos y procedimientos.	Si			
Evaluación y seguimientos a procesos.				
DE GESTIÓN:				
Liderazgo	Si			
Trabajo en equipo	Si			

Negociación	Si			
Aprovechamiento de recursos		Si		
Conocimiento de los procesos de la institución	Si			
Conocimiento de las normas y políticas públicas reglamentarias	Si			
Capacidades técnicas aplicables.	Si			
Conocimiento de los servicios que proporciona la casa de salud.	Si			
5. RELACIONES DEL PUESTO				
Planificación Gestión administrativa financiera Apoyo asistencial				
ELABORADO POR:		APROBADO POR:		
Sra. Karen Valencia		Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles		

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 53-3: Descripción y perfil gestión talento humano

CÓDIGO SGC.5.3.13. DP PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “DESCRIPCIÓN Y PERFIL GESTIÓN TALENTO HUMANO”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
1. INFORMACIÓN BÁSICA		
1.1 Puesto: GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	1.2 Nivel: OPERATIVO	
1.3 Formación: Ingeniero en administración de empresas	1.4 Experiencia laboral: 3 años relacionado al puesto de gestión talento humano.	
2. DESCRIPCIÓN DEL CARGO:		
Administrar, seleccionar y desarrollar el talento humano del Hospital, garantizando su desarrollo constante mediante una verdadera capacitación, bienestar social y seguridad, con el fin de potencializar las habilidades y capacidades de su personal en cumplimiento a la ley, reglamentos, normas, políticas y otros documentos legales vigentes.		
3. FUNCIONES DEL PUESTO		
Elaborar el Plan anual de Calidad en función de los resultados de las diferentes evaluaciones y criterios emitidos por el Comité de Gestión de Calidad. Indicadores de calidad y mejoramiento continuo de la gestión Efectuar informes de análisis de prioridades y planificación, evaluación y gestión de los diferentes programas y acciones de mejora incluidos en el Plan de Calidad. Realizar informes de seguimiento a la ejecución y cumplimiento del Plan de calidad del Hospital. Elaborar informes sobre el cumplimiento de los procedimientos e indicadores de calidad de cada uno de los servicios provistos en función de los criterios de calidad previstos. Diseñar un sistema de control de praxis médica. Diseñar planes de mejoramiento continuo de la calidad de gestión de los procesos de atención a los pacientes y su aplicación. Elaborar planes de acción que promuevan el mejoramiento continuo de la institución.		

Efectuar el plan de implementación de los procesos y mejora continua de los insumos para la obtención, en el tiempo establecido, y su posterior mantenimiento de las acreditaciones ISO (o similares).				
Diseñar planes de auditoría interna de la calidad y/o sistemas integrados de calidad, seguridad y mitigación ambiental.				
Crear herramientas de control de insumos, materiales, y demás elementos usados en la atención médica, para mejorar la eficiencia en la utilización de los medios disponibles en el hospital.				
4. COMPETENCIA	GRADO MÍNIMO REQUERIDO			
	Muy alto	Alto	Normal	Bajo
FUNDAMENTALES:				
Compromiso con sus funciones y responsabilidades.	Si			
Proactividad	Si			
Comunicación interdepartamental	Si			
Orientación a la mejora continua	Si			
Orientación a principios, métodos y procedimientos.	Si			
Evaluación y seguimientos a procesos.				
DE GESTIÓN:				
Liderazgo	Si			
Trabajo en equipo	Si			
Negociación	Si			
Aprovechamiento de recursos		Si		
Conocimiento de los procesos de la institución	Si			
Conocimiento de las normas y políticas públicas reglamentarias	Si			
Capacidades técnicas aplicables.	Si			
Conocimiento de los servicios que proporciona la casa de salud.	Si			
5. RELACIONES DEL PUESTO				
<ul style="list-style-type: none">  Planificación  Gestión de calidad  Atención al usuario  Admisiones 				
ELABORADO POR:	APROBADO POR:			
Sra. Karen Valencia	Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles			

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 54-3: Descripción y perfil gestión administrativa

CÓDIGO SGC.5.3.14. DP PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “DESCRIPCIÓN Y PERFIL GESTIÓN ADMINISTRATIVA”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021		
1. INFORMACIÓN BÁSICA				
1.1 Puesto: GESTIÓN ADMINISTRATIVA	1.2 Nivel: OPERATIVO			
1.3 Formación: Ingeniero en administración de empresas Ingeniero en contabilidad y auditoría Ingeniero Comercial	1.4 Experiencia laboral: 3 años relacionado al puesto de gestión administrativa			
2. DESCRIPCIÓN DEL CARGO:				
Administrar, seleccionar y desarrollar el talento humano del Hospital, garantizando su desarrollo constante mediante una verdadera capacitación, bienestar social y seguridad, con el fin de potencializar las habilidades y capacidades de su personal en cumplimiento a la ley, reglamentos, normas, políticas y otros documentos legales vigentes.				
3. FUNCIONES DEL PUESTO				
<p>Elaborar el Plan anual de Calidad en función de los resultados de las diferentes evaluaciones y criterios emitidos por el Comité de Gestión de Calidad.</p> <p>Indicadores de calidad y mejoramiento continuo de la gestión</p> <p>Efectuar informes de análisis de prioridades y planificación, evaluación y gestión de los diferentes programas y acciones de mejora incluidos en el Plan de Calidad.</p> <p>Realizar informes de seguimiento a la ejecución y cumplimiento del Plan de calidad del Hospital.</p> <p>Elaborar informes sobre el cumplimiento de los procedimientos e indicadores de calidad de cada uno de los servicios provistos en función de los criterios de calidad previstos.</p> <p>Realizar auditorías médicas internas de los servicios provistos.</p> <p>Diseñar un sistema de control de praxis médica.</p> <p>Diseñar planes de mejoramiento continuo de la calidad de gestión de los procesos de atención a los pacientes y su aplicación.</p> <p>Elaborar planes de acción que promuevan el mejoramiento continuo de la institución.</p> <p>Efectuar el plan de implementación de los procesos y mejora continua de los insumos para la obtención, en el tiempo establecido, y su posterior mantenimiento de las acreditaciones ISO (o similares).</p> <p>Diseñar planes de auditoría interna de la calidad y/o sistemas integrados de calidad, seguridad y mitigación ambiental.</p> <p>Crear herramientas de control de insumos, materiales, y demás elementos usados en la atención médica, para mejorar la eficiencia en la utilización de los medios disponibles en el hospital.</p>				
4. COMPETENCIA	GRADO MÍNIMO REQUERIDO			
	Muy alto	Alto	Normal	Bajo
FUNDAMENTALES:				
Compromiso con sus funciones y responsabilidades.	Si			
Proactividad	Si			
Comunicación interdepartamental	Si			
Orientación a la mejora continua	Si			

Orientación a principios, métodos y procedimientos.	Si			
Evaluación y seguimientos a procesos.				
DE GESTIÓN:				
Liderazgo	Si			
Trabajo en equipo	Si			
Negociación	Si			
Aprovechamiento de recursos		Si		
Conocimiento de los procesos de la institución	Si			
Conocimiento de las normas y políticas públicas reglamentarias	Si			
Capacidades técnicas aplicables.	Si			
Conocimiento de los servicios que proporciona la casa de salud.	Si			
5. RELACIONES DEL PUESTO				
<ul style="list-style-type: none">  Planificación  Gestión de calidad  Atención al usuario  Admisiones 				
ELABORADO POR:		APROBADO POR:		
Sra. Karen Valencia		Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles		

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 55-3: Descripción y perfil gestión de tecnologías de Información

CÓDIGO SGC.5.3.15. DP PÁGINAS: 8 	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “DESCRIPCIÓN Y PERFIL GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
1. INFORMACIÓN BÁSICA		
1.1 Puesto: GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN	1.2 Nivel: OPERATIVO	
1.3 Formación: Ingeniero en administración de empresas	1.4 Experiencia laboral: 3 años relacionado al puesto de gestión de tecnologías de la información.	
2. DESCRIPCIÓN DEL CARGO:		
Administrar, seleccionar y desarrollar el talento humano del Hospital, garantizando su desarrollo constante mediante una verdadera capacitación, bienestar social y seguridad, con el fin de potencializar las habilidades y capacidades de su personal en cumplimiento a la ley, reglamentos, normas, políticas y otros documentos legales vigentes.		
3. FUNCIONES DEL PUESTO		
Elaborar el Plan anual de Calidad en función de los resultados de las diferentes evaluaciones y criterios emitidos por el Comité de Gestión de Calidad.		
Indicadores de calidad y mejoramiento continuo de la gestión		

<p>Efectuar informes de análisis de prioridades y planificación, evaluación y gestión de los diferentes programas y acciones de mejora incluidos en el Plan de Calidad.</p> <p>Realizar informes de seguimiento a la ejecución y cumplimiento del Plan de calidad del Hospital.</p> <p>Elaborar informes sobre el cumplimiento de los procedimientos e indicadores de calidad de cada uno de los servicios provistos en función de los criterios de calidad previstos.</p> <p>Realizar auditorías médicas internas de los servicios provistos.</p> <p>Diseñar un sistema de control de praxis médica.</p> <p>Diseñar planes de mejoramiento continuo de la calidad de gestión de los procesos de atención a los pacientes y su aplicación.</p> <p>Elaborar planes de acción que promuevan el mejoramiento continuo de la institución.</p> <p>Efectuar el plan de implementación de los procesos y mejora continua de los insumos para la obtención, en el tiempo establecido, y su posterior mantenimiento de las acreditaciones ISO (o similares).</p> <p>Diseñar planes de auditoría interna de la calidad y/o sistemas integrados de calidad, seguridad y mitigación ambiental.</p> <p>Crear herramientas de control de insumos, materiales, y demás elementos usados en la atención médica, para mejorar la eficiencia en la utilización de los medios disponibles en el hospital.</p>				
4. COMPETENCIA	GRADO MÍNIMO REQUERIDO			
	Muy alto	Alto	Normal	Bajo
FUNDAMENTALES:				
Compromiso con sus funciones y responsabilidades.	Si			
Proactividad	Si			
Comunicación interdepartamental	Si			
Orientación a la mejora continua	Si			
Orientación a principios, métodos y procedimientos.	Si			
Evaluación y seguimientos a procesos.				
DE GESTIÓN:				
Liderazgo	Si			
Trabajo en equipo	Si			
Negociación	Si			
Aprovechamiento de recursos		Si		
Conocimiento de los procesos de la institución	Si			
Conocimiento de las normas y políticas públicas reglamentarias	Si			
Capacidades técnicas aplicables.	Si			
Conocimiento de los servicios que proporciona la casa de salud.	Si			
5. RELACIONES DEL PUESTO				
<ul style="list-style-type: none">  Planificación  Gestión de calidad  Atención al usuario  Admisiones 				
ELABORADO POR:	APROBADO POR:			
Sra. Karen Valencia	Ing. Eduardo Espín			
	Ing. Bladimir Urgiles			

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 56-3: Matriz de responsabilidades y autoridades RACI

CÓDIGO SGC.5.3.16. MRA PÁGINAS: 8 Ministerio de Salud Pública		HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “MATRIZ DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD RACI”.”			VERSIÓN: 01 ENERO 2021			
OBJETIVO Establecer y designar autoridad y responsabilidades en los procesos de la casa de salud según los requerimientos operando de manera eficiente.								
Leyenda: R: Responsabilidad y autoridad.				ROLES				
				DIRECCIÓN HOSPITALARIA	JEFES DE UNIDADES Y/O GESTIONES	FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS	FUNCIONARIOS TÉCNICOS OPERATIVOS	FUNCIONARIO DE CÓDIGO DE TRABAJO
PROCESOS DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN	Gestión de Calidad (Auditoría interna prestación de servicio)	RA	RA					
	Gestión Financiera (Pago a proveedores)	RA	RA	R			R	
	Gestión Administrativa (Adquisiciones)	RA	RA	R				
	Gestión de Talento Humano (Reclutamiento)	RA	RA	R				
	Gestión Asistencial (Cirugía)	RA	RA			R	R	
	Gestión de Talento Humano (Prevención de riesgos en el trabajo)	RA	RA	R				
	Gestión Financiera (recuperación de costos)	RA	RA	R				
	Cuidados de enfermería (Atención al paciente)	RA	RA			R	R	
	Gestión de Apoyo y terapéutico (Manejo de medicamentos)	RA	RA			R	R	
	Gestión de tecnología de la información (Mantenimiento de equipo preventivo y correctivo)	RA	RA	R			R	
ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia				APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles				

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

6. Planificación

6.1 Evaluación y acciones para abordar los riesgos

Acerca del requisito:

La institución debe planificar y determinar acciones para afrontar riesgos y oportunidades.

La entidad pública para cumplir con este requisito debe considerar lo que indica la norma respecto a los riesgos y oportunidades. Debido a que el sistema de gestión de calidad presenta riesgos a ser evadidos, y de la misma forma orienta a aprovechar oportunidades para su adecuado funcionamiento, ya que es imprescindible considerar que estos pueden influir en los procesos institucionales, y de esa forma prevenir el impacto que estos causen, teniendo un efecto positivo en los resultados que se espera. La información documentada de lo antes expuesto se presenta a continuación con el código SGC.6.1.EAR

Tabla 57-3: Evaluación y acciones para abordar los riesgos

CÓDIGO SGC.6.1. EAR PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública		HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “EVALUACIÓN Y ACCIONES PARA ABORDAR LOS RIESGOS”				VERSIÓN: 01 ENERO 2021
Determinación y Valoración de Riesgos y Oportunidades						
Riesgo	Valoración del riesgo					
	ALTO 4	MEDIO 3	MODERADO 2	BAJO 1	REF.	
Injerencia política e inestabilidad de las autoridades.		X			R1	
Asignación presupuestaria no responde a las necesidades requeridas.	X				R2	
Altos costos operativos y de mantenimiento.			X		R3	
El desarrollo tecnológico e innovación de los servicios.		X			O1	
El aumento progresivo en las expectativas de los usuarios del sistema de salud y su bajo nivel de satisfacción.				X	R4	
Existencia de condiciones ambientales adversas que son un factor de riesgo para la salud de la provincia.		X			R5	

Deficiente funcionamiento de la red asistencial.			X		R6
Política social de gobierno orientada a mejorar la calidad de vida de la población	X				O2
2. DESCRIPCIÓN DE LA VALORACIÓN DE LOS RIESGOS					
Valoración	Consecuencia	Criterio (impacto del riesgo para la organización)			
1	BAJO	Impacto en la empresa Insignificante: Se puede corregir rápidamente. Nada reportable a la alta dirección. No hay productos o servicios no conformes: Mínima insatisfacción de personal o el cliente. Pérdida financiera insignificante.			
2	MODERADO	Impacto leve en la empresa: Daños localizados. Incidente reportable a la alta dirección. Afectación menor la conformidad de productos y servicios. Algunos problemas de insatisfacción del personal o el cliente.			
3	MEDIO	Impacto limitado en la empresa: 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.			
4	ALTO	Impacto serio en la empresa: 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 seria de organismos legales. Alta rotación de personal. Pérdida financiera controlable.			
1. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES					
Para riesgos con calificación de índice de riesgos Medio y/o Alto					
Ref.	Descripción de la acción	Responsable	Fecha de terminación	Fecha de revisión	
R1	Continuar con la gestión de la institución, y sus procesos de manera eficiente para brindar al paciente un servicio de salud de calidad.	Director/a Hospitalaria	Mayo 2021	Mayo 2021	
R2	Optimizar los recursos, y priorizar los requerimientos según una valoración pormenorizada.	Director/a Hospitalaria Planificación Gestión Administrativa Financiera	Mayo 2021	Mayo 2021	
R3	Elegir el proceso adecuado de contratación pública, relacionado a las necesidades o requerimientos de mantenimiento, optimizando recursos.	Jefe Gestión Administrativa Financiera Jefe Gestión Administrativa	Junio 2021	Junio 2021	

O1	Implementar nuevos dispositivos que incrementen la velocidad de la conectividad para mejorar el funcionamiento de los diversos sistemas que se utilizan de manera permanente.	Jefe de la Gestión de la tecnología de la información	Junio 2021	Junio 2021
R4	Desarrollo de auditorías a los servicios asistenciales y de apoyo, que se vinculan directamente con los pacientes.	Jefe de gestión de calidad	Octubre 2021	Octubre 2021
R5	Aplicar todos los protocolos de bioseguridad adscritos por el ente regulador (MSP), para prevenir contagios y preservar la vida de los clientes internos y externos.	Dirección Hospitalaria Jefe de Gestión Asistencial Jefe de la gestión de cuidados al paciente.	Mayo 2021	Mayo 2021
R6	Establecer puntos de control en el proceso de recuperación de contos de la red integral de salud.	Gestión Administrativa Financiera Gestión financiera	Mayo 2021	Mayo 2021
O2	Aplicar el Modelo de Gestión de Calidad Hospitalario que promueva ciclos de mejora continua, para proporcionar servicios de salud que satisfagan a los usuarios.	Dirección Hospitalaria Jefe de Gestión Asistencial Jefe de la gestión de cuidados al paciente.	Mayo 2021	Mayo 2021
ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia		APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles		

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

6.2 Objetivos de Calidad y planificación para lograrlos

Acerca del requisito:

La entidad debe determinar objetivos anuales, de acuerdo con los indicadores de calidad, e incorporar los más relevantes para cumplir con los requisitos, estos ser de conformidad con la política de calidad.

Para dar cumplimiento con este requisito se establecen los objetivos en conformidad con la política de calidad, que permitirán la consecución de la mejora en cada uno de las funciones de la

institución de salud, los mismos deben ser objeto de control y seguimiento, y de la misma manera ser comunicados a las partes interesadas y finalmente ser actualizados según la necesidad institucional. La información documentada se presenta con el código SGC.6.2. OC.

Tabla 58-3: Objetivos de calidad

CÓDIGO SGC.6.2. OC PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública		HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “OBJETIVOS DE CALIDAD”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
1. OBJETIVOS DE CALIDAD			
Funciones	Nivel	Objetivos	Ref.
Director/a	Estratégico	Gestionar el funcionamiento global del hospital, en un 100%, incrementando el nivel de eficiencia y efectividad respecto al año 2020. Administrar con eficiencia eficacia y efectividad los recursos requeridos para la ejecución de los planes del hospital en un 60% respecto del año anterior.	R1
Jefe de Planificación	Estratégico	Dar seguimiento y evaluar la ejecución de la planificación operativa anual, en un 80% respecto al año 2020.	R2
Jefe Gestión Administrativa Financiera Jefe Gestión Administrativa	Apoyo	Administrar con eficiencia eficacia y efectividad los recursos requeridos para la ejecución de los planes del hospital en un 60% respecto del año anterior.	R3
Jefe de la Gestión de la tecnología de la información	Apoyo	Garantizar en un 100% el funcionamiento de los sistemas informáticos con equipamiento de alta tecnología.	O1
Jefe de gestión de calidad	Estratégico	Garantizar el mejoramiento del sistema de gestión, en un 70% respecto al año anterior.	R4
Jefe de Gestión Asistencial Jefe de la gestión de cuidados al paciente.	Clave	Cumplir con el 100% de la demanda espontanea de conformidad a la cartera de servicios que otorga el hospital pediátrico.	R5
Gestión Administrativa Financiera Gestión financiera	Apoyo	Administrar los recursos materiales financieros y de talento humano, en un 100% de su asignación presupuestaria respecto al año anterior. Administrar con eficiencia eficacia y efectividad los recursos requeridos para la ejecución de los planes del hospital en un 60% respecto del año anterior.	R6
Jefe de Gestión Asistencial Jefe de la gestión de cuidados al paciente.	Clave	Cumplir con el 100% de la demanda espontanea de conformidad a la cartera de servicios que otorga el hospital pediátrico.	O2
ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia		APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Urgiles	

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 59-3: Plan de acción para lograr los objetivos de calidad

PLANIFICACIÓN DE ACCIÓN PARA CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS							
No. Referencia	OBJETIVOS DE CALIDAD	ACTIVIDADES	RECURSOS ¿Qué recursos se necesitan para hacer esta acción?	RESPONSABLE ¿Quién o quiénes serán responsables de hacer la acción?	FECHAS COMPROMISO ¿Cuándo inicia y termina esta acción?		COSTO ESTIMADO
					Inicio	Fin	
R1	Gestionar el funcionamiento global del hospital, en un 100%, incrementando el nivel de eficiencia y efectividad respecto al año 2020. Administrar con eficiencia eficacia y efectividad los recursos requeridos para la ejecución de los planes del hospital en un 60% respecto del año anterior.	Continuar con la gestión de la institución, y sus procesos de manera eficiente para brindar al paciente un servicio de salud de calidad.	Humano Instrumentos Tecnológicos Económicos	Director/a	01-06-2021	01-06-2022	Por determinar
R2	Dar seguimiento y evaluar la ejecución de la planificación operativa anual, en un 80% respecto al año 2020.	Optimizar los recursos, y priorizar los requerimientos según una valoración pormenorizada.	Humano Instrumentos Tecnológicos Económicos	Jefe de Planificación	01-06-2021	01-06-2022	Por determinar
R3	Administrar con eficiencia eficacia y efectividad los recursos requeridos para la ejecución de los planes del hospital en un 60% respecto del año anterior.	Elegir el proceso adecuado de contratación pública, relacionado a las necesidades o requerimientos de mantenimiento, optimizando recursos.	Humano Instrumentos Tecnológicos Económicos	Jefe Gestión Administrativa Financiera Jefe Gestión Administrativa	01-06-2021	01-06-2022	Por determinar
O1	Garantizar en un 100% el funcionamiento de los sistemas informáticos con equipamiento de alta tecnología.	Implementar nuevos dispositivos que incrementen la velocidad de la conectividad para mejorar el funcionamiento de los diversos	Humano Instrumentos Tecnológicos Económicos	Jefe de la Gestión de la tecnología de la información	01-06-2021	01-06-2022	Por determinar

		sistemas que se utilizan de manera permanente.					
R4	Garantizar el mejoramiento del sistema de gestión, en un 70% respecto al año anterior.	Desarrollo de auditorías a los servicios asistenciales y de apoyo, que se vinculan directamente con los pacientes.	Humano Instrumentos Tecnológicos Económicos	Jefe de gestión de calidad	01-06-2021	01-06-2022	
R5	Cumplir con el 100% de la demanda espontanea de conformidad a la cartera de servicios que otorga el hospital pediátrico.	Aplicar todos los protocolos de bioseguridad adscritos por el ente regulador (MSP), para prevenir contagios y preservar la vida de los clientes internos y externos.	Humano Instrumentos Tecnológicos Económicos	Jefe de Gestión Asistencial Jefe de la gestión de cuidados al paciente.	01-06-2021	01-06-2022	
R6	Administrar los recursos materiales financieros y de talento humano, en un 100% de su asignación presupuestaria respecto al año anterior. Administrar con eficiencia eficacia y efectividad los recursos requeridos para la ejecución de los planes del hospital en un 60% respecto del año anterior.	Establecer puntos de control en el proceso de recuperación de contos de la red integral de salud.	Humano Instrumentos Tecnológicos Económicos	Gestión Administrativa Financiera Gestión financiera			
O2	Cumplir con el 100% de la demanda espontanea de conformidad a la cartera de servicios que otorga el hospital pediátrico.	Aplicar el Modelo de Gestión de Calidad Hospitalario que promueva ciclos de mejora continua, para proporcionar servicios de salud que satisfagan a los usuarios.	Humano Instrumentos Tecnológicos Económicos	Jefe de Gestión Asistencial Jefe de la gestión de cuidados al paciente.			
ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia			APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles				

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

6.3 Planificación y control de cambios

Debido a la inestabilidad política, que conlleva al cambio permanente del alto nivel directivo, en las instituciones públicas, la entidad debe, estar preparada y dispuestas a acciones de cambio, y de esa forma contribuir a la sostenibilidad de la misma. Por lo tanto, la casa de salud debe contar con un documento, que facilite la adopción de los nuevos requerimientos. La presente información documentada se presente con el código SGC.6.3.CSGCG

Tabla 60-3: Cambios del sistema de gestión de calidad

CÓDIGO SGC.6.3. CSGC PÁGINAS: 8 		HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ “CAMBIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD”.					VERSIÓN: 01 ENERO 2021	
1. CAMBIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD								
Nº De versión	Descripción del cambio	¿Qué acción corrige?	Recursos que requiere	Fecha de la solicitud	Responsable de realizar los cambios	Estado de la solicitud (Evaluando, pendiente, aprobado, rechazado)	Fecha de resolución	Observaciones
<i>Firma del funcionario que solicita el cambio y del jefe de la gestión y /o unidad</i>								
ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia					APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles			

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

7.Apoyo

7.1 Recursos

Acerca del requisito:

La organización debe establecer y facilitar los recursos necesarios para la determinación, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de calidad.

Es necesario establecer y generar para el cumplimiento de cada una de las partes del proceso una asignación de recursos, además para que la organización mantenga y mejore constantemente su sistema de gestión de calidad por ello la dirección de la institución de salud es la encargada de establecer y proporcionar los recursos requeridos para la implementación, seguimiento, análisis y mejora continua del sistema de gestión de calidad asegurando el éxito del Hospital pediátrico del cantón Riobamba. A continuación, se dará a conocer los recursos requeridos de manera detallada para el SGC.

7.1.1. Personas

Acerca del requisito:

La institución es la responsable de establecer y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz del sistema de gestión de calidad su efectiva operatividad y control de procesos.

Para una correcta funcionalidad del SGC en el Hospital Pediátrica, es importante la asignación del personal necesario que cumpla con las competencias y habilidades necesarias de acuerdo al puesto de trabajo, para ello la entidad debe considerar las cláusulas; 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades del sistema de gestión de calidad, y el 4.4 Sistema de gestión y sus procesos del presente manual, tomando como referencia el manual de funciones de la institución, para determinar y proporcionar el recurso humano calificado en cada proceso.

7.1.2. Financieros

Dentro de los recursos uno de los más importantes es el recurso financiero este es determinante para la obtención de otros y además para hacer que el sistema se lleve a cabo, con el objetivo de aprovechar mejor los recursos. La información documentada se presenta con el código, SGC.7.1.2.PIM

Tabla 61-3: Presupuesto anual para implementación y mantenimiento del SGC

CÓDIGO SGC.7.1.2. PIM PÁGINAS: 2 		HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ “PRESUPUESTO ANUAL PARA IMPLANTACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SGC”										VERSIÓN: 01 ENERO 2021	
PRESUPUESTO PARA LA DETERMINACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD													
ACTIVIDADES	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Subtotal
Servicio de consultoría externa	1200	1200	1200	1200									4800
Curso de capacitación ISO 9001					500					500			1000
Adquisiciones de normas	1500												1500
Curso de capacitación auditorías internas ISO 19001					500								500
Software para la gestión del SGC e información documentada.	3000												3000
Relacionados con cumplimientos legales y reglamentarios						500							500
Contratación del nuevo personal de SGC				2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	18000
Costos de certificación*													**
TOTAL													28.800
TOTAL, ANTES IMPREVISTOS													28.800
MAS MENOS IMPREVISTOS 5%													1.440
INVERSIÓN FINAL SGC													30.240
ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia						APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles							

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

7.1.3. Infraestructura

Acerca del requisito:

La organización debe establecer, proporcionar, y mantener la infraestructura necesaria para conseguir la conformidad de los requisitos del servicio.

La infraestructura del Hospital Pediátrico debe estar en buenas condiciones para proporcionar el servicio a los usuarios, además de contar con adecuaciones necesarias para garantizar el acceso a toda la ciudadanía, en especial a las personas con discapacidad física.

Las gestiones y/o unidades de servicios asistenciales como; consulta externa, emergencia, hospitalización, laboratorio imagenología, farmacia entre otros, así como también las unidades administrativas, deben cumplir con los espacios físicos, equipo de oficina y computo e inmobiliario, así también sus sistemas, hidrosanitario, eléctrico, telefónicas e internet de conformidad con la normativa del MSP, a fin de proporcionar un servicio de salud integral eficaz eficiente y efectivo a todos los usuarios.

7.1.4. Ambiente para la operación de los procesos

Acerca del requisito:

La organización debe establecer, facilitar y mantener el ambiente necesario para llevar a cabo sus procesos y lograr la conformidad de los servicios.

Un factor determinante en la productividad de toda organización, depende de las condiciones en las que se ejecuten las diferentes actividades. Es por ello que la persona encargada de la gestión administrativa financiera y de talento humano, deben gestionar ambientes de acuerdo a los requerimientos de los funcionarios, con la finalidad de mejorar su ambiente laboral y a la vez los procesos institucionales. La información documentada que contempla este requisito se presenta con el código SGC.7.1.4.AOP.

Tabla 62-3: Ambiente para la operación de los procesos

CÓDIGO SGC.7.1.4. AOP PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DE LOS PROCESOS”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
1. DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES AMBIENTALES DEL PROCESO		
<u>Físicos:</u> Entrada de luz adecuada. Ventilación adecuada Factores humanos y ergonomía Orden y limpieza del lugar de trabajo	<u>Sociales:</u> Buenas relaciones en el equipo de trabajo. Comunicación fácil entre el equipo de trabajo. Ambiente libre de conflictos	
<u>Psicológicos:</u> Reconocimiento al trabajador. Motivación a su equipo de trabajo. Satisfacción del trabajo.	<u>Ambientales:</u> Bajos ruidos exteriores. Vista exterior de áreas verdes. Circulación de aire bueno.	
2. APROVISIONAMIENTO PARA EL MEDIO AMBIENTE		
Verificaciones a las condiciones del ambiente de operación del proceso		
<u>Responsable:</u> Dirección Hospitalaria	<u>Frecuencia:</u> Trimestral	
PLAN DE REACCIÓN PARA APROVISIONAR Y MEJORA EL AMBIENTE		
Cultura de trabajo respetuoso y participativo. Inspección de ambiente de trabajo interno. Recoger datos acerca de temas en cuestión de ambiente laboral. Análisis de errores y lluvia de ideas para soluciones. Determina las mejores opciones. Planifica tiempos, costos y responsables para la mejora. La junta directiva es responsable de firmar las compras necesarias. Se revisa la efectividad de las acciones implementadas.		
Gestión de recursos financieros para aprovisionar el ambiente de trabajo		
<u>Responsable de definir v solicitar:</u> Responsable de cada gestión y/o unidad	<u>Responsable de autorizar:</u> Dirección Hospitalaria	
3. MANTENIMIENTO DEL MEDIO AMBIENTE		
El mantenimiento de las condiciones, elementos y variables que forman parte de este proceso son responsabilidad de la dirección y los encargados de las gestiones y/o unidades.		
4. CONSIDERACIONES		
Elementos a considerar en la formación de un medio ambiente adecuado para los procesos:		
<u>Colaboración</u> Los funcionarios deben trabajar mediante la colaboración entre procesos ya que el correcto funcionamiento de unos depende de otros.	<u>Oficinas adecuadas</u> Cada funcionario debe contar con un espacio de trabajo apropiado que le permita desarrollar sus funciones de manera eficiente y libre de estrés.	
<u>Pausa Activa</u>	<u>Dotación de prendas de protección</u>	

Pausa laboral, basada en una rutina de estiramientos y ejercicios realizados por funcionarios, en su jornada laboral durante 15 minutos. Disminuye la tensión e incrementa la productividad.	Los funcionarios se sentirán seguros de cumplir sus funciones, y se incrementara su desempeño en cada puesto de trabajo.
Compromiso de los empleados Donde exista un compromiso por parte del equipo de trabajo existirá un buen ambiente de trabajo.	Equipos y herramientas en buen estado El correcto funcionamiento de los equipos y herramientas, permiten que los funcionarios realicen un trabajo más efectivo.
ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia	APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

7.2 Competencia

Acerca del requisito:

La institución debe seleccionar a su personal en base al cumplimiento de los requisitos del perfil del puesto, asegurando que los trabajadores se desenvuelvan de manera competente en las actividades asignadas, de conformidad con la eficacia y eficiencia del sistema de gestión de calidad.

El Hospital en caso de requerir nueva contratación, el servicio interesado, hará el debido requerimiento con la debida justificación (producción, equipamiento e infraestructura), dirigido a la dirección, quien a su vez reasignará el trámite a la unidad de talento humano para que emita el informe favorable.

En la institución de salud todos los funcionarios, están ubicados de acuerdo a su perfil profesional, es decir cada uno cuenta con las competencias y habilidades necesarias para desempeñarse en su cargo, sin embargo, cabe señalar que un grupo de funcionarios no poseen la remuneración acorde a las funciones que realiza, pero están en proceso de revalorización cuya competencia corresponde al ministerio de trabajo y finanza respectivamente. La información documentada del requisito se presenta con los siguientes códigos:

- Director Hospitalario, código SGC.5.3.1.DP
- Jefe Planificación, código SGC.5.3.2.DP
- Jefe de gestión de calidad código SGC.5.3.3.DP
- Encargado de la gestión de Atención al usuario SGC.5.3.4.DP
- Encargado de Admisiones SGC.5.3.5.DP

- Enfermera (Cuidados de enfermería) SGC.5.3.6.DP
- Médico (Apoyo Asistencial especialidad clínica) SGC.5.3.7.DP
- Jefe de Apoyo diagnóstico terapéutico SGC.5.3.8.DP
- Encargado de Imagenología (tecnólogo en imagenología, radiólogo) SGC.5.3.9.DP
- Laboratorio SGC.5.3.10.DP
- Farmacia SGC.5.3.11.DP
- Jefe Administrativa Financiera SGC 5.3.12 DP
- Jefe de talento humano SGC.5.3.13.DP
- Jefe administrativa SGC.5.3.14.DP
- Jefe de tecnología de la información SGC.5.3.15.DP

7.3 Toma de Conciencia

Acerca del requisito:

La dirección debe asegurarse que el personal tome consciente, de lo indispensable que es la labor que el desempeña en la institución, ya que se relaciona directamente con la satisfacción del cliente, lo que permite la consecución de los objetivos de calidad.

La dirección del Hospital, el comité de calidad y los representantes de las diferentes gestiones y/o unidades, son los encargados de asegurar que los funcionarios tomen consciencia de la política y los objetivos de calidad planteados, además son los que conducen a que los equipos de trabajo se comprometan con el sistema de gestión de calidad. Para ello se debe planificar charlas, conferencias, capacitaciones y otras formas de llegar a cada colaborador, comprometiéndolo a cumplir sus actividades diarias en consecución a lo planificado. La información documentada que cumple con este requisito se presenta con el código, SGC.7.3.TC.

Tabla 63-3: Método para la toma de decisiones

CÓDIGO SGC.7.3. TC PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “MÉTODO PARA LA TOMA DE CONSCIENCIA”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
OBJETIVO DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA		
Conseguir que los funcionarios comprendan la importancia que tiene su labor para la implementación del sistema de gestión de calidad.		
ALCANCE		
Se aplica a cada proceso de la institución de salud.		
RESPONSABLE		
Los responsables son: la dirección y el comité de calidad.		
FRECUENCIA DE REVISIÓN		
La documentación se revisará de forma trimestral en las reuniones que efectúe el comité de calidad.		
DESARROLLO		
No.	Actividad	
1	Inducción adecuada al personal actual y nuevo acerca del sistema de gestión de calidad.	
2	El comité de calidad, de manera conjunta con los jefes de las diferentes gestiones y/o unidades, deberán transmitir la política y los objetivos de calidad, mediante la utilización de herramientas de comunicación físicas y virtuales, socializando acerca del SGC, con los usuarios y funcionarios.	
3	Si se efectúan cambios en la política y objetivos de calidad, estos deben ser nuevamente comunicados por los medios anteriormente indicados.	
4	Los jefes de las gestiones y/o unidades deben mantener comprometido a su equipo de trabajo con la implementación del SGC, y a la vez despejar dudas si existen.	
5	Elaborar una presentación formal para dar a conocer a los usuarios y funcionarios sobre la implementación del SGC en la institución.	
6	Planificar reuniones con la dirección para dar a conocer novedades sobre el SGC.	
CUESTIONARIO PARA REFORZAR LA CONCIENTIZACIÓN DE LA CALIDAD		
Hacer talleres con el personal de la compañía y tratar las siguientes preguntas para asegurarse su comprensión y concientización.		
¿Conoce si la institución de salud cuenta con un sistema de gestión de calidad? ¿Qué entiende usted por política de calidad? ¿Quiénes ganan con un sistema de gestión de calidad? ¿Por qué cree que la organización está implantando un sistema de calidad? ¿Entiende o tiene noción de lo que trata un SGC?	¿Conoce los objetivos que persigue la organización? ¿Tiene alguna recomendación acerca de algún proceso donde se implanto un SGC?	
ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia	APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles	

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

7.4 Comunicación

Acerca del requisito:

La institución debe determinar, mantener y garantizar una comunicación externa e interna fluida entre la alta dirección con todos sus colaboradores en conformidad con la eficiencia del sistema de gestión de calidad.

El Hospital Pediátrico al ser una entidad pública, debe sujetarse a la utilización de un sistema que facilita la comunicación entre los funcionarios y la alta dirección, la herramienta se la denomina QUIPUX gestión documental MSP, la misma que permite el registro, control, flujo, organización, y trazabilidad de los documentos digitales y/o físicos, que se envían y reciben de manera interna y externa en la institución. Esto se lo lleva a cabo mediante la creación de memorandos, oficios, circulares, resoluciones, y/o acuerdos, más todas las funcionalidades que implique la comunicación formal dentro y fuera de la organización.

Sin embargo, para dar cumplimiento con el requisito a continuación se presentará un formato, que permitirá dar a conocer acciones de un proceso, el mismo se representa con el código, SGC.7.4.C

Tabla 64-3: Matriz Comunicación de procesos

 CÓDIGO SGC.7.4. C PÁGINAS: 8		HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “COMUNICACIÓN DE PROCESOS”			VERSIÓN: 01 ENERO 2021	
Proceso relacionado:		Responsable del proceso:			Código de información documentada:	
Nº	Descripción de la etapa del proceso	Suceso	¿Qué informar?	¿Quién debe informar?	¿Qué medio se utilizará?	¿Cuándo se ejecutará?
ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia				APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles		

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

7.5 Información documentada

Acerca del requisito:

El sistema de gestión de calidad de la entidad debe contener; la información documentada requerida por la Norma Internacional ISO 9001;2015, y la información documentada que resulte de gran valor para la eficacia del sistema de gestión.

La entidad de salud, para garantizar el cumplimiento de este requisito debe poseer la documentación necesaria, que le facilite el logro de los objetivos de la calidad, y a la vez la mejora continua en cada uno de sus procesos, la información debe presentarse según los requerimientos de la Norma Internacional ISO 9001:2015, además es indispensable mantener y conservar mediante un registro donde se detalle, el código, fecha de creación del documento, y una descripción breve del mismo, con las firmas de quien revisa y aprueba los cambios o mejora. La información documentada se presenta con el código, SGC.7.5.1.ID.

7.5.1 Creación y actualización

Tabla 65-3: Matriz información documentada

CÓDIGO SGC.7.5.1 ID PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública		HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “INFORMACIÓN DOCUMENTADA”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
No.	Código	Descripción	
1	SGC.4.1.COR	Determinación del contexto de la organización	
2	SGC.4.2.NE.	Determinación de las necesidades de las partes interesadas	
3	SGC.4.3. ASGC	Determinación alcance del sistema de gestión de la calidad.	
4	SGC.4.4.PR	Sistema de gestión de calidad y sus procesos.	
5	SGC.4.4.1.PR.	Gestión de Calidad “Auditoría interna de los servicios asistenciales”	
6	SGC.4.4.2.PR.	Atención al usuario, “identificación correcta del usuario”	
7	SGC.4.4.3.PR.	Cuidados de enfermería, “Manejo de bombas de infusión”	
8	SGC.4.4.4.PR.	Cuidados al paciente, “Seguridad al paciente”	
9	SGC.4.4.5.PR.	Atención asistencial hospitalaria, “Transferencia de información del paciente”	
10	SGC.4.4.6.PR.	Diagnóstico terapéutico Farmacia “Conciliación de medicamentos”	
11	SGC.4.4.7.PR.	Diagnóstico terapéutico Farmacia “Control e identificación de electrolitos concentrados”	
12	SGC.4.4.8.PR.	Gestión de Talento Humano “Contratación de personal, Reclutamiento”	
13	SGC.4.4.9.PR.	Gestión Financiera “Pago a proveedores”	
14	SGC.4.4.10.PR.	Gestión Administrativa “Contratación pública” (compras).	
15	SGC.5.2. PC	Política de calidad	
16	SGC.5.3. II	Identidad Institucional	
17	SGC.5.3. ORG	Organigrama	
18	SGC.5.3.1. DP	Descripción y perfil de director hospitalario	
19	SGC.5.3.2.DP	Descripción y perfil del puesto de planificación	
20	SGC.5.3.3.DP	Descripción y perfil del encargado de la gestión de calidad	
21	SGC.5.3.4.DP	Descripción y perfil del puesto de atención al usuario	
22	SGC.5.3.5.DP	Descripción y perfil del puesto de admisiones	
23	SGC.5.3.6.DP	Descripción y perfil del puesto de cuidados de enfermería	
24	SGC.5.3.7.DP	Descripción y perfil del puesto de apoyo asistencial	
25	SGC.5.3.8.DP	Descripción y perfil del puesto de apoyo diagnóstico terapéutico	
26	SGC.5.3.9.DP	Descripción y perfil del puesto de imagenología	
27	SGC.5.3.10.DP	Descripción y perfil del puesto de laboratorio	
28	SGC.5.3.11.DP	Descripción y perfil del puesto de farmacia	
29	SGC.5.3.12.DP	Descripción y perfil del puesto de jefe administrativo financiero	
30	SGC.5.3.13.DP	Descripción y perfil del puesto de jefe de talento humano	

31	SGC.5.3.14.DP	Descripción y perfil del puesto de jefe administrativo
32	SGC.5.3.15.DP	Descripción y perfil del puesto de jefe de tecnología de la información TICS
33	SGC.5.3.16. MRA	Matriz de Responsabilidades y autoridades
34	SGC.6.1. EAR	Evaluación y acciones para abordar los riesgos
35	SGC.6.2. OC	Objetivos de calidad
36	SGC.6.3. CSGC	Cambios del sistema de gestión de calidad
37	SGC.7.1.2.PIM.	Presupuesto anual para implantación y mantenimiento del SGC
38	SGC.7.1.4.PIM.	Ambiente para la operación de los procesos
39	SGC.7.3.TC	Método para la toma de consciencia
40	SGC.7.4.C	Comunicación de procesos
41	SGC.7.5.ID	Información documentada
42	SGC.8.1.PCO	Planificación y control operacional
43	SGC.8.2.RS	Requisitos para los Servicios
44	SGC.8.4.CPSSE	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente.
46	SGC.8.4.1.CPSSE	Control de procesos, Transferencia de información de pacientes en puntos de transición
47	SGC.8.4.2.CPSSE	Control de procesos, Control e identificación de electrolitos concentrados.
48	SGC.8.4.3.CPSSE	Control de procesos, Conciliación de Medicamentos.
49	SGC.8.4.4.CPSSE	Control de procesos, Seguridad del Paciente.
50	SGC.8.4.5.CPSSE	Control de procesos, Manejo de bombas de infusión
51	SGC.8.4.6.CPSSE	Control de procesos, Identificación correcta del usuario
52	SGC.8.4.7.CPSSE	Control de procesos, Contratación de personal
53	SGC.8.4.8.CPSSE	Control de procesos, Pago a proveedores
54	SGC.8.4.9.CPSSE	Control de procesos, Contratación pública (Compras)
55	SGC.8.4.10.CPSSE	Control de procesos, Auditoría interna de los servicios asistenciales.
56	SGC.8.5.PSER	Provisión del servicio
57	SGC.8.6.CSNC	Control de las salidas no conformes
58	SGC.9.1.SMC	Seguimiento, medición y análisis
59	SGC.9.1.2.PSSU	Procedimiento de seguimiento de satisfacción al usuario
60	SGC.9.1.2.HSMA.	Herramientas de seguimiento, medición, análisis
61	SGC.9.2.AI	Auditoría interna
62	SGC.10.1.NCAC.	No conformidades y acciones correctivas
63	SGC.10.3.MC.	Plan de mejora
ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia		APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

7.5.2 Control de la información documentada

La información generada por el sistema de gestión de calidad debe ser controlada para ello se indica lo siguiente:

Identificar y codificar

Esta acción facilitará la localización e identificación de la documentación cuando sea necesaria, pues se debe caracterizar por ser legible y fácil de comprender.

Revisar y actualizar

La documentación debe revisarse de forma periódica y ser modificada cuando la institución lo requiera para cumplir con las necesidades de los usuarios.

Retirar la documentación obsoleta

Es necesario que la documentación que no sea utilizada, sea retirada y destruida, para la mejora continua del sistema de gestión de calidad.

Archivar y conservar

Toda la documentación que es imprescindible para mejorar el sistema de gestión de calidad de manera continua debe archivar según lo que consideren las autoridades de la institución, para que los funcionarios que lo requieran puedan acceder a ella cuando lo requieran.

8. Operación

8.1 Planificación y control operacional

Acerca del requisito:

La institución debe planificar, implementar y controlar cada uno de los procesos que permiten cumplir con la provisión de servicios de calidad para sus clientes.

El Hospital Pediátrico para proporcionar servicios de salud de manera eficaz, eficiente y efectiva debe, planificar, implementar y controlar los procesos necesarios, llevando a cabo acciones que satisfagan las expectativas de sus usuarios. Para ello se debe establecer puntos de control en las fases decisivas de los procesos relacionadas a la provisión del servicio, con la finalidad de que estos sean mejorados, garantizando la atención al paciente. Para cumplir con este requisito se presenta la siguiente información documentada con el código, SGC.8.1.PCO.

Tabla 66-3: Matriz planificación y control

CÓDIGO SGC.8.1.PCO PÁGINAS: 8		HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL”		VERSIÓN: 01 ENERO 2021
PROCESO PARA LA PROVISIÓN DEL SERVICIO				
Proceso	Acciones	Método de control	Responsable	
ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia		APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles		

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

8.2 Requisitos para los servicios

La casa de salud debe establecer los requerimientos para los servicios, incluyendo cualquier requisito legal y reglamento aplicable, para dar cumplimiento a las expectativas de los usuarios al momento de proporcionar los servicios de salud. La información documentada se presenta con el código SGC.8.2.RS.

Tabla 67-3: Matriz requisitos para los servicios

CÓDIGO SGC.8.2.RS PÁGINAS: 8		HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “REQUISITOS PARA LOS SERVICIOS”		VERSIÓN: 01 ENERO 2021
1. REQUISITO PARA LOS SERVICIOS				
Servicios que ofrece la institución			Requisitos de los usuarios	
Los servicios ofertados por el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román son los detallados a continuación; Internación Clínica/Quirúrgica, Neonatología; Consulta externa, odontología, odontopediatría, psicología clínica, imagenología, laboratorio clínico, centro quirúrgico, emergencia, rehabilitación, farmacia, apoyo diagnóstico, central de esterilización, alimentación y nutrición.			Acceso a información para conocer la cartera de servicios. Información adecuada para obtención del servicio. Atención amable y cortés por parte de los funcionarios. Atención eficaz, eficiente y efectiva en cada uno de los servicios. Personal calificado, para proporcionar los diferentes servicios.	
2. SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DE LOS REQUISITOS				
Se debe efectuar el seguimiento, revisión y mejora a esta información documentada, cuando lo considere necesario el comité de calidad como mínimo dos veces al año.				

3. RESPONSABLE	
El comité de calidad y el responsable de la gestión de calidad, son los responsables de elaborar, mejorar y difundir la presente información documentada, con apoyo de la dirección.	
ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia	APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

El Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román debe contar con profesionales calificados, en cada área institucional, especialmente en la unidad de atención al usuario, ya que los mismos serán los encargados de proporcionar el acceso a la información, referente a los servicios, atender consultas, y quejas, elaborando la documentación necesaria para hacer seguimientos a aquellos procesos asistenciales que presentan problemas, con la finalidad de buscar soluciones que mejoren el sistema de gestión de calidad.

Los jefes de las gestiones y/o unidades encargadas de brindar servicios asistenciales en cuidados de enfermería, apoyo especialidades, quirúrgicas, diagnóstico y terapéutico, deben controlar que sus procesos se lleven a cabo sin inconvenientes, y plantear soluciones para resolver casos que incrementen la insatisfacción del usuario, proporcionando a sus pacientes un servicio eficaz y eficiente, que cumpla con sus expectativas.

En caso que el usuario no recuerde el número de historia clínica, los funcionarios de acuerdo a sus áreas, tienen a bien, proporcionarles la debida información, y si además de ello el paciente no contara con los requisitos necesarios para acceder al servicio, el personal tiene la obligación de facilitar la información necesaria para solucionar inconvenientes, y posteriormente el paciente reciba la atención requerida.

8.3 Diseño y desarrollo de los productos

El presente requisito NO APLICA. Revisar la información documentada “4.3. Determinación del alcance del sistema de gestión de calidad” con código, SGC.4.3.DASGC.

8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente

Acerca del requisito:

La organización debe asegurar que los procesos, productos y servicios suministrados de manera externa, sean de conformidad con los requisitos, para ello deben establecer puntos de control en los mismos.

Cada unidad y/o gestión de esta casa de salud, tienen la necesidad de requerir bienes insumos o suministros de manera externa, para llevar a cabo sus procesos, este requerimiento debe ser referido a la autoridad pertinente con especificaciones técnicas, para su debida aprobación. Una vez adquiridos los bienes, productos, suministros, la entidad mantienen el control a través de un sistema de bienes y existencias (eSByE), mismo que controla el consumo mensual de la utilización de los mismos, a través de las requisiciones mensuales de cada uno de los servicios. La información documentada del requisito se presenta con el código SGC.8.4.CPSSE.

Tabla 68-3: Matriz control de productos y procesos externos

<p>CÓDIGO SGC.8.4. CPSSE PÁGINAS: 8</p>  <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE”</p>	<p>VERSIÓN: 01 ENERO 2021</p>
<p>1. CONTROL DE PRODUCTOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE</p>		
<p>Productos</p>	<p>Métodos de control</p>	
<p>Suministros y materiales de oficina: hojas, lápices, esferos, folders, grapadora.</p>	<p>Control de inventario de productos, bienes e insumos, suministros, materiales y otros.</p>	
<p>Bienes no depreciables: archivadores, escritorios, sillas, anaqueles.</p>		
<p>Viveres secos y frescos; arroz, lenteja, frejol, garbanzo, vegetales, frutas, y cárnicos.</p>		
<p>Dispositivos médicos, de laboratorio e imagenología.</p>		
<p>Insumos médicos: guantes, gorros, mascarillas, batas, visores, zapatones, mascarillas para nebulización, catéter, sondas, vasofix, etc.</p>		
<p>Lencería hospitalaria; cobijas, sabanas, sobre sabanas almohadones.</p>		
<p>Menaje de cocina vasos, cucharas, platos, tenedores, ollas, etc.</p>		
<p>Insumos de limpieza: cloro, desinfectante, fundas rojas, negras, papel higiénico, alcohol, etc.</p>		
<p>Medicamentos y dispositivos médico</p>		
<p>Servicio de limpieza Servicio de seguridad</p>	<p>Informe mensual de cumplimiento por parte del administrador del contrato.</p>	
<p>2. RESPONSABLES</p>		
<p>El responsable de llevar esta información documentada es la gestión administrativa financiera, y el encargado de la unidad administrativa.</p>		
<p>ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia</p>	<p>APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles</p>	

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 69-3: Matriz control de proceso transferencia de pacientes

<p>CÓDIGO SGC.8.4.1.CPSSE PÁGINAS: 8</p> <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “CONTROL DE LOS PROCESOS”</p>	<p>VERSIÓN: 01 ENERO 2021</p>
<p>PROCESO: Transferencia de información de pacientes en puntos de transición</p>		
<p>MÉDICOS Y ENFERMERAS DEL SERVICIO DE INGRESO</p>		
<p>SERVICIOS DEPARTAMENTALES Y/O UNIDADES DE SALUD</p>		
<p>GESTIÓN DE CALIDAD Y EQUIPO DE MEJORA</p>		

Gráfico 37-3. Control flujograma transferencia pacientes

Fuente: Propuesta
Elaborado por: Valencia, K. 2021

ELABORADO POR:
Sra. Karen Valencia

APROBADO POR:
Ing. Eduardo Espín
Ing. Bladimir Urgiles

Fuente: Propuesta
Elaborado por: Valencia, K. 2021.

Tabla 70-3: Matriz control de proceso de apoyo

CÓDIGO SGC.8.4.2.CPSSE PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “CONTROL DE LOS PROCESOS”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

PROCESO: Control e identificación de electrolitos concentrados

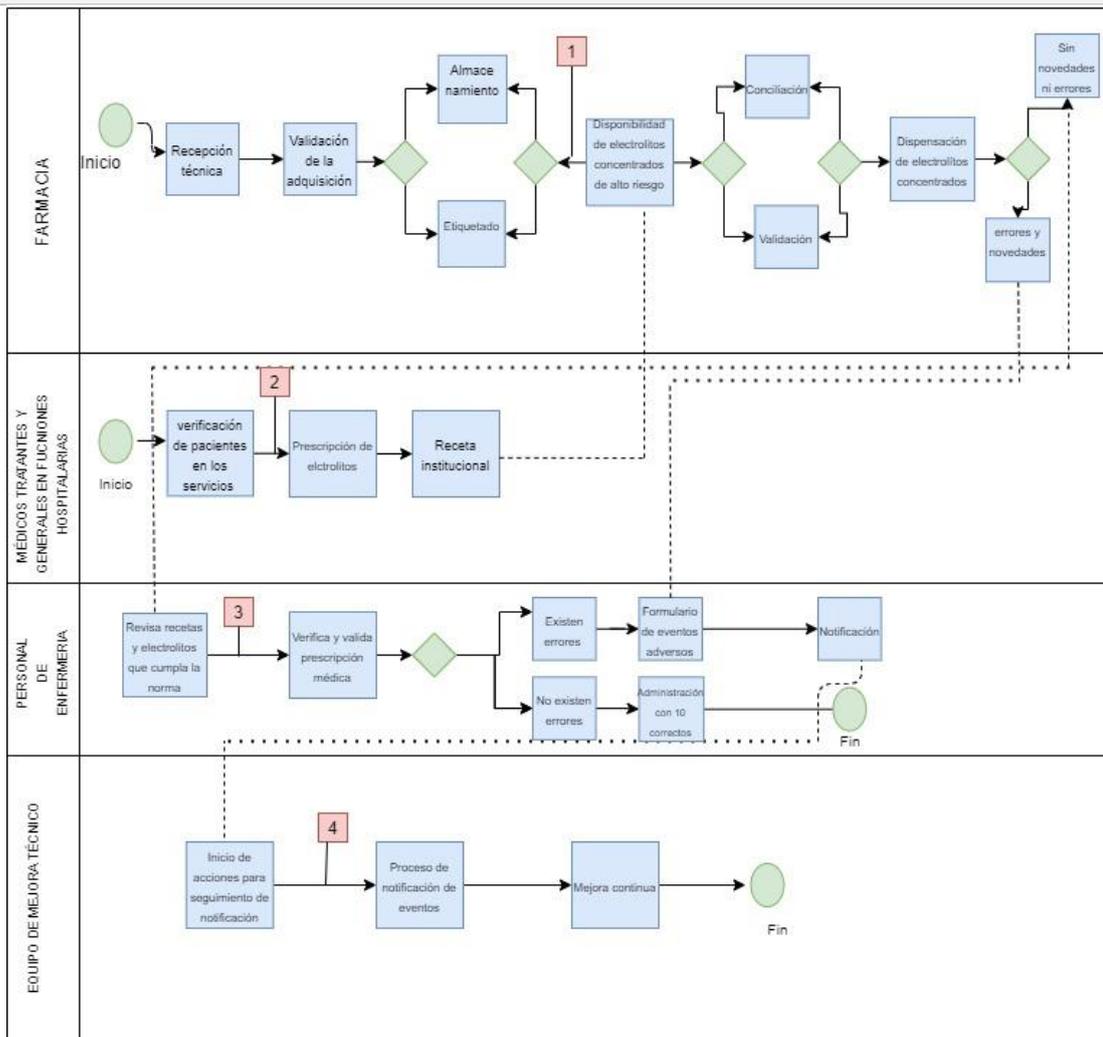


Gráfico 38-3. Control flujograma identificación electrolitos concentrados

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K. 2021

ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia	APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles
----------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K. 2021.

Tabla 71-3: Matriz control de proceso asistencial

<p>CÓDIGO SGC.8.4.3.CPSSE PÁGINAS: 8</p> <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “CONTROL DE PROCESOS”</p>	<p>VERSIÓN: 01 ENERO 2021</p>
<p>PROCESO: Conciliación de Medicamentos</p>		
<p>MÉDICOS TRATANTES Y GENERALES EN FUNCIONES HOSPITALARIAS</p>		
<p>BIOQUÍMICO O FARMACÉUTICO</p>		
<p>PERSONAL DE ENFERMERIA</p>		
<p>EQUIPO DE MEJORA OPERATIVA DE CALIDAD</p>		
<p>Gráfico 39-3. Control flujograma conciliación de medicamentos Fuente: Propuesta Elaborado por: Valencia, K. 2021</p>		<p>ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia</p>
<p>ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia</p>		<p>APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles</p>

Fuente: Propuesta
Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 72-3: Matriz control de proceso asistencial seguridad del paciente

<p>CÓDIGO SGC.8.4.1.4.CPSSE PÁGINAS: 8</p> <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “CONTROL DE PROCESOS”</p>	<p>VERSIÓN: 01 ENERO 2021</p>
<p>PROCESO: Seguridad del Paciente</p>		
<p>MÉDICOS TRAJANTES Y GENERALES ODONTÓLOGOS REHABILITACIÓN LABORATORIO GESTIÓN DE APOYO</p>		
<p>LÍDERES DEPARTAMENTALES</p>		
<p>RESPONSABLE DE CALIDAD</p>		
<p>EQUIPO DE MEJORA</p>		
<p>COMITÉ DE SEGURIDAD</p>		
<p>Gráfico 40-3. Control flujograma seguridad pacientes Fuente: Propuesta Elaborado por: Valencia, K. 2021</p>		
<p>ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia</p>	<p>APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles</p>	

Fuente: Propuesta
Elaborado por: Valencia, K. 2021.

Tabla 73-3: Matriz control manejo bomba infusión

CÓDIGO SGC.8.4.1.5.CPSSE PÁGINAS: 8 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “CONTROL DE PROCESOS”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

PROCESO: Manejo de bombas de infusión

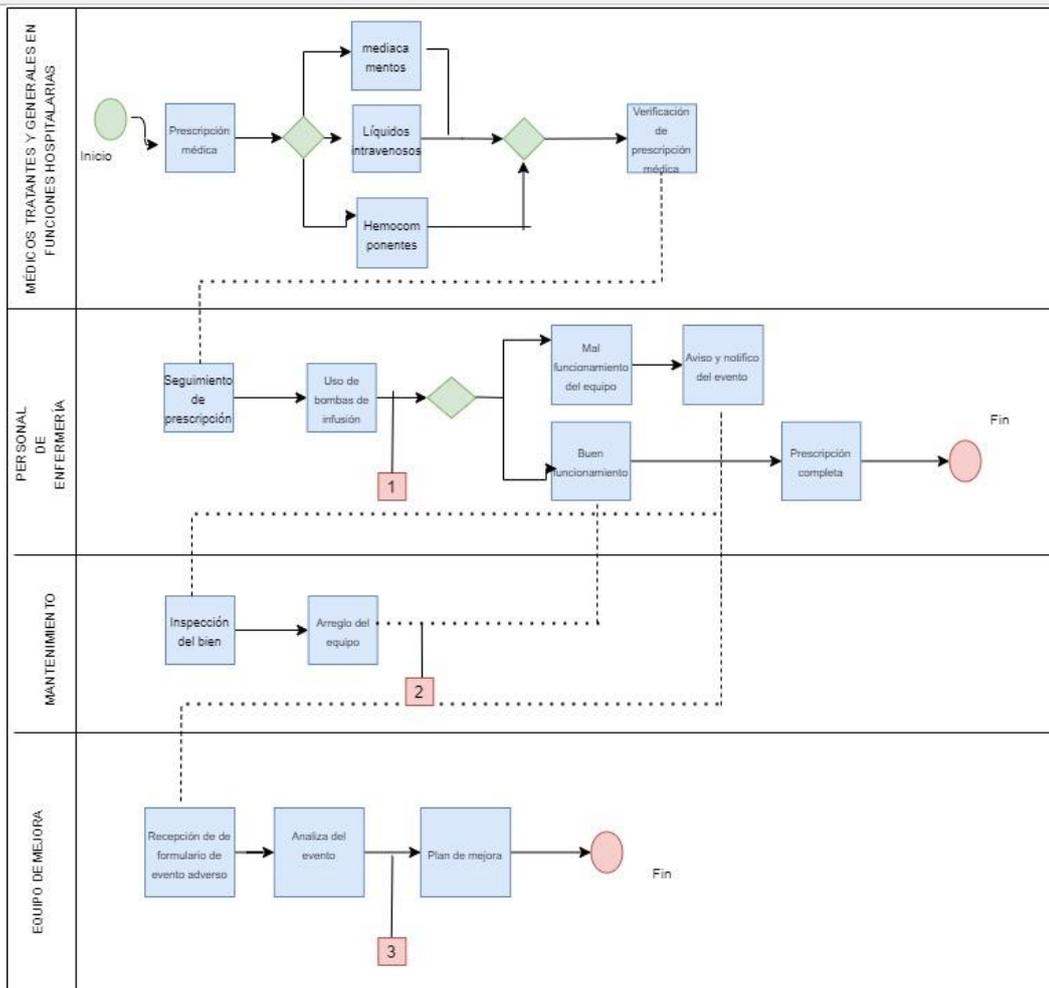


Gráfico 41-3. Control flujograma bombas de infusión

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K. 2021

ELABORADO POR:

Sra. Karen Valencia

APROBADO POR:

Ing. Eduardo Espín

Ing. Bladimir Urgiles

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K. 2021.

Tabla 74-3: Matriz control de proceso identificación del paciente

<p>CÓDIGO SGC.8.4.1.6.CPSSE PÁGINAS: 8</p> <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “CONTROL DE PROCESOS”</p>	<p>VERSIÓN: 01 ENERO 2021</p>
<p>PROCESO: Identificación correcta del usuario</p>		
<p>PERSONAL DE ADMISIÓN</p>		
<p>Gráfico 42-3. Control flujograma identificación correcta del usuario Fuente: Propuesta Elaborado por: Valencia, K. 2021</p>		
<p>ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia</p>	<p>APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles</p>	

Fuente: Propuesta
Elaborado por: Valencia, K, 2021.

Tabla 75-3: Matriz control de proceso de contratación de personal

<p>CÓDIGO SGC.8.4.7.CPSSE PÁGINAS: 8</p> <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “CONTROL DE PROCESOS”</p>	<p>VERSIÓN: 01 ENERO 2021</p>
<p>PROCESO: Contratación de personal</p>		
<p>DIRECCIÓN HOSPITALARIA</p>		
<p>GESTIÓN FINANCIERA</p>		
<p>GESTIÓN DE TALENTO HUMANO</p>		
<p>DIRECCIÓN ZONAL</p>		
<p>Ministerio de Finanzas</p>		
<p>Gráfico 43-3. Control flujograma contratación de personal Fuente: Propuesta Elaborado por: Valencia, K. 2021</p>		
<p>ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia</p>	<p>APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles</p>	

Fuente: Propuesta
Elaborado por: Valencia, K. 2021.

Tabla 76-3: Matriz control de proceso pago a proveedores

CÓDIGO SGC.8.4.8.CPSSE PÁGINAS: 8 	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “CONTROL DE PROCESOS”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

PROCESO: Pago a proveedores

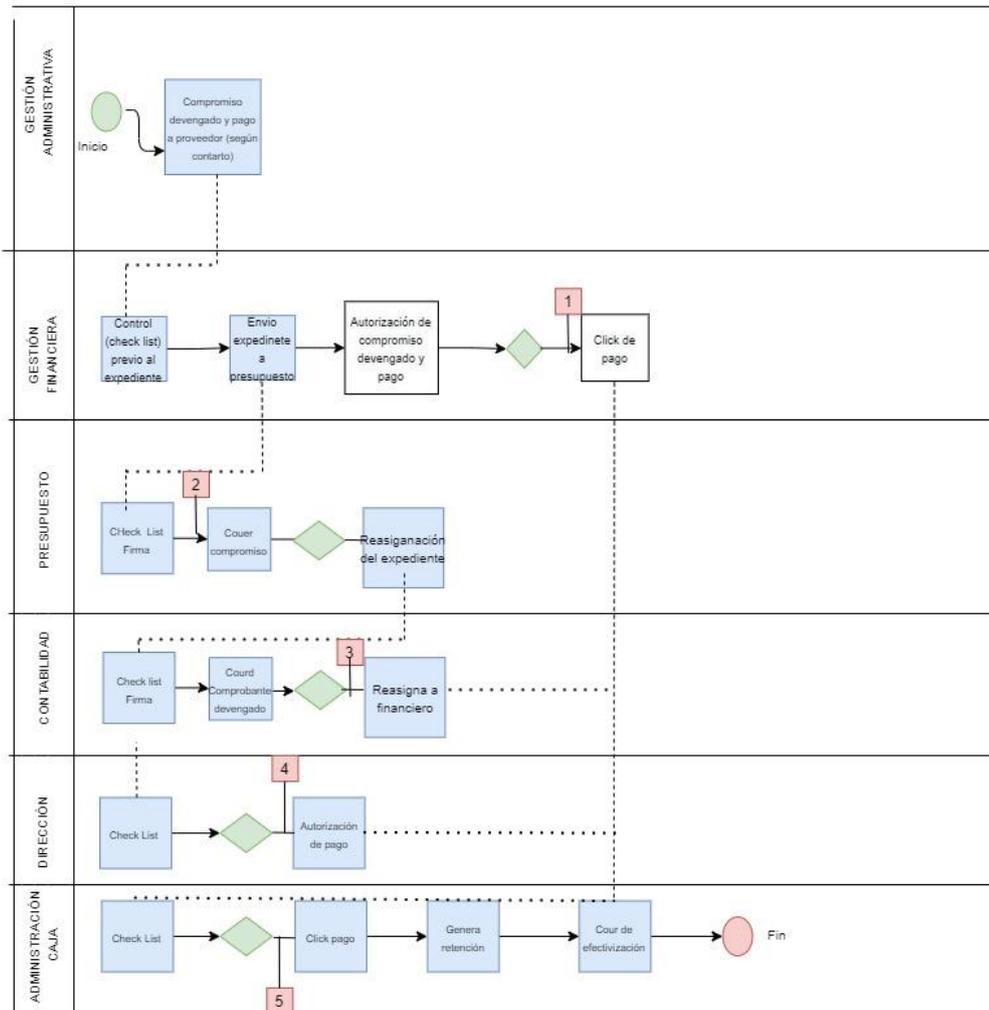


Gráfico 44-3. Control flujograma pago a proveedores

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K. 2021

ELABORADO POR:

Sra. Karen Valencia

APROBADO POR:

Ing. Eduardo Espín

Ing. Bladimir Urgiles

Tabla 77-3: Matriz control proceso contratación pública

<p>CÓDIGO SGC.8.4.9.CPSSE PÁGINAS: 8</p> <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “CONTROL DE PROCESOS”</p>	<p>VERSIÓN: 01 ENERO 2021</p>
<p>PROCESO: Contratación pública (Compras)</p>		
<p>DIRECCIÓN</p>		
<p>GESTIÓN FINANCIERA</p>		
<p>GESTIÓN ADMINISTRATIVA</p>		
<p>COMISIÓN TÉCNICA</p>		
<p>Gráfico 45-3. Control flujograma contratación pública Fuente: Propuesta Elaborado por: Valencia, K. 2021</p>		
<p>ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia</p>	<p>APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles</p>	

Fuente: Propuesta
Elaborado por: Valencia, K. 2021.

Tabla 78-3: Matriz control de proceso auditoría interna

<p>CÓDIGO SGC.8.4.1.10.CPSSE PÁGINAS: 8</p> <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “CONTROL DE PROCESOS”</p>	<p>VERSIÓN: 01 ENERO 2021</p>
<p>PROCESO: Auditoría interna los servicios asistenciales</p>		
<p>COMITÉ DE AUDITORÍA INTERNA</p>		
<p>COMITÉ DE CALIDAD</p>		
<p>ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia</p>	<p>APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles</p>	

Gráfico 46-3. Control flujograma auditoría interna

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K. 2021

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

8.4.11 Información para los proveedores externos

Los proveedores externos deben:

- ✚ Estar catalogados en el portal de compras públicas, participar en los diferentes procesos de contratación (ínfima cuantía, subasta inversa, catálogo electrónico, menor cuantía).
- ✚ En caso de ser adjudicado cumplir con los requerimientos de la entidad contratante.

8.5 Provisión del servicio

Acerca del requisito:

La institución debe implementar la producción y provisión del servicio, mediante el seguimiento y control.

La unidad de salud debe, garantizar la provisión de los servicios de salud, esto lo hace mediante la utilización de sistemas informáticos de control, que permiten registrar la atención en los diferentes servicios como son: agendamiento, registro de consulta externa (PRAS y RDACCA), SIVE ALERTA (Sistema de información de Vigilancia Epidemiológica) TAME (Sistema en línea de tamizaje metabólico neonatal), así como los demás sistemas del MSP mediante la Red de Internet, mismos que aseguren la producción de los diferentes servicios que proporciona la entidad. Para cumplir con este requisito es importante presentar la siguiente información documentada con el código SGC.8.5.PSER.

Tabla 79-3: Matriz provisión del servicio

<p>CÓDIGO SGC.8.5. PSER PÁGINAS: 8</p>  <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “PROVISIÓN DEL SERVICIO”</p>	<p>VERSIÓN: 01 ENERO 2021</p>
<p>1. PROVISIÓN DEL SERVICIO</p>		
<p>Los funcionarios deben cumplir sus labores diarias de acuerdo a su competencia, para proporcionar servicios de salud basados en la política de calidad, empoderados, motivados, con una actitud positiva, buena predisposición, calidad de gente, y con el deseo de servir al usuario para satisfacer sus requerimientos.</p>		
<p>2. IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD</p>		
<p>Cumplimiento de las actividades establecidas en la planificación anual POA</p> <p>Seguimiento y control de los procesos asistenciales clínico quirúrgico de diagnóstico y terapéuticos.</p> <p>Recepción de información para agendamiento a pacientes para los diferentes servicios de salud, (consulta externa, odontología, odontopediatría, psicología).</p> <p>Recepción de información para admisión a pacientes referidos de emergencia al área de hospitalización.</p> <p>Atención del servicio de emergencia 24 horas.</p> <p>Entrega de informes mensuales de la producción de los diferentes servicios asistenciales.</p> <p>Cumplimiento de las actividades planificadas respecto a la provisión de bienes, insumos, productos y suministros en el área administrativa.</p> <p>Control de los procesos de adquisición de insumos, bienes, productos y sumisitos.</p> <p>Entrega recepción de insumos, bienes, productos y suministros en las diferentes unidades.</p>		
<p>3. PROPIEDAD PERTENECIENTE DE LOS CLIENTES</p>		
<p>El Hospital cuenta con la historia clínica del paciente, documento que solo el personal de salud lo utilizará de forma confidencial, para registrar de forma organizada, los datos que se obtengan de las atenciones, diagnósticos, tratamientos, evoluciones y resultados del usuario, en el caso de que exista denuncias por parte interna y externa se dará el uso técnico y legal, que corresponda según la política del órgano regulador (MSP), si las autoridades lo requieren.</p>		
<p>4. ACTIVIDADES POSTERIORES A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO</p>		
<p>Encuesta dirigida al usuario, para verificar su satisfacción</p>		
<p>ELABORADO POR:</p> <p>Sra. Karen Valencia</p>	<p>APROBADO POR:</p> <p>Ing. Eduardo Espín</p> <p>Ing. Bladimir Urgiles</p>	

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

8.6 Control de las salidas no conformes

Acerca del requisito:

La organización, debe garantizar que las salidas no conformes con sus requisitos, sean identificadas y controladas, para prevenir sus uso o entrega no intencionada.

Los jefes o encargados de las diferentes gestiones y/o unidades, deben controlar los servicios que no cumplen los requerimientos de los usuarios. Cuando se identifique anomalías en los procesos se debe crear actividades indispensables para dar solución al problema.

Toda medida correctiva aplicada, debe ser debidamente documentada y verificada de manera posterior, dando a conocer si cumple o no con los requisitos de los usuarios. La información documentada que cumple este requisito se presenta con el código, SGC.8.6.CSNC.

Tabla 80-3: Matriz control de las salidas no conformes

CÓDIGO SGC.8.6. CSNC PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública		HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES”		VERSIÓN: 01 ENERO 2021	
OBJETIVO:					
Controlar y corregir las no conformidades que se presentan en los diferentes procesos, para garantizar un servicio de salud de calidad.					
Nombre del usuario que presenta la no conformidad:			C.I.:		
Funcionario encargado de corregir la no conformidad:					
Fecha de corrección de la no conformidad:					
Actividad que se realizó	Cumple el requisito		Actividad correctiva	Cumple el requisito	
	SI	NO		SI	NO
“Detallar aquí proceso que presenta no conformidad”			“Detallar actividades para corregir la no conformidad”		
OBSERVACIONES					
Firma del funcionario que corrigió la no conformidad:			Firma del funcionario que aprobó la corrección:		
ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia			APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles		

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

9. Evaluación del desempeño

9.1 Seguimiento, medición y análisis

Acerca del requisito:

La organización planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesaria para asegurar la conformidad del servicio, y la eficacia del sistema de gestión de calidad.

La institución de salud, debe realizar actividades de seguimiento, medición, y análisis de las no conformidades, acciones correctivas, revisión por la dirección y las auditorías internas, para mejorar su sistema de gestión de calidad, las mismas tienen que estar debidamente detalladas, además de contar con la fecha de realización y la persona responsable de ejecutar la mencionada actividad. La información documentada se presenta con el código, SGC.9.1.SMC.

Tabla 81-3: Matriz seguimiento medición y análisis

CÓDIGO SGC.9.1.SMC PÁGINAS: 8 		HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y ANÁLISIS”		VERSIÓN: 01 ENERO 2021
PROCESO PARA LA PROVISIÓN DEL SERVICIO				
Seguimiento, medición y análisis realizado	Detalle de la actividad	Fecha de realización	Responsable	
Prestación de servicios de salud basados en requerimientos	Confirmar que los servicios de la entidad de salud cumplan los requerimientos de los usuarios.	Detallar la fecha	Dirección Comités y encargados de Calidad.	
Los objetivos y la política de calidad	Corroborar su la política de calidad fue acogida por las partes interesadas. Seguimiento del cumplimiento de metas.	Detallar la fecha	Dirección Gestiones y/o unidades de los diferentes procesos.	
Eficiencia de los procesos.	Sugerencias o denuncias de los usuarios para mejorar los procesos	Detallar la fecha	Jefes Departamentales Atención al usuario	
Satisfacción del usuario	Encuesta dirigida al usuario.	Detallar la fecha	Encargado de atención al usuario	
Eficacia del sistema	Auditoría interna	Detallar la fecha	Comité de calidad, y encargado de calidad.	
ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia		APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles		

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

9.1.2 Satisfacción al cliente

Acerca del requisito:

La organización debe realizar un seguimiento al cliente para conocer si el producto o servicio cumple sus necesidades y expectativas. Además, se debe establecer el método adecuado para llevarlo a cabo.

El Hospital Pediátrico debe medir el nivel de satisfacción, de los usuarios mediante un seguimiento, respecto al cumplimiento de sus requerimientos.

El método a utilizar para medir la satisfacción del usuario se presenta en la información documentada con el código, SGC.9.1.2.PSSU.

Tabla 82-3: Matriz seguimiento satisfacción del usuario

CÓDIGO SGC.9.1.2.PSSU PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO DE SATISFACCIÓN AL USUARIO”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
1. MÉTODOS PARA MEDIR LA SATISFACCIÓN AL USUARIO		
1.1 Buzón de sugerencias		
<p>Este es el medio de comunicación interna más usado por las organizaciones públicas que invita a los usuarios y a los colaboradores a presentar quejas, denuncias, recomendaciones y felicitaciones como consecuencia de una oportuna o ineficiente atención por parte del funcionario de la entidad, de esa forma conocer la satisfacción del cliente externo e interno. Cabe señalar que la casa de salud dispone de un buzón de sugerencias, pero al momento no se encuentra en funcionamiento. El comité de calidad y el encargado de llevar esta gestión deben reactivar su uso colocándolo en un lugar de mayor visibilidad y acceso tanto para los usuarios como para los funcionarios asegurado el uso adecuado del mismo, para la mejora del servicio. El buzón debe ser revisado por los encargados cada semana.</p>		
1.2. Encuesta de satisfacción		
<p>Mediante la aplicación de esta técnica se obtiene información relevante del usuario. La implementación de esta herramienta requiere del uso adicional de recursos, mismos que deben ser aprobados y proporcionados por la institución. Las encuestas deben ser fáciles de comprender, además contener un máximo de diez preguntas cerradas, mismas que contribuyan a conocer la apreciación del usuario respecto al servicio. Se presenta a continuación un ejemplo de encuesta que puede ser usado para los fines antes ya mencionados.</p>		
<p>¿Conoce usted la cartera de servicios que proporciona la casa de salud? Si b. No</p> <p>¿Cómo considera usted las instalaciones del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez? Muy bueno b. Bueno c. Regular d. Malo e. Muy malo</p> <p>¿Cómo califica al servicio recibido por esta casa de salud? Muy bueno b. Bueno c. Regular d. Malo e. Muy malo</p> <p>¿Considera usted que el trato de los funcionarios con los usuarios en las áreas de servicios es cordial? Siempre b. Casi siempre c. Algunas veces d. Muy pocas veces e. Nunca</p> <p>¿Los funcionarios proponen soluciones rápidas a los problemas presentados al momento de recibir el servicio?</p>		

Siempre b. Casi siempre c. Algunas veces d. Muy pocas veces e. Nunca	
¿Los funcionarios cuentan con las competencias para ofrecer el servicio?	
Siempre b. Casi siempre c. Algunas veces d. Muy pocas veces e. Nunca	
¿La entidad recoge las quejas y sugerencias de los usuarios de forma adecuada?	
Si b. No	
ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia	APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

9.1.2 Análisis y evaluación

Acerca del requisito:

La institución debe analizar y evaluar los datos y la información apropiada que surge debido al seguimiento y la medición.

Los resultados que se obtengan del seguimiento y la medición, así como las encuestas a los usuarios, deben ser analizados periódicamente de acuerdo con los que indique la dirección y los encargados de la gestión de calidad, para valorar la eficiencia y oportunidades de mejora del sistema de gestión de calidad.

La institución de salud decide lo que debe analizar y evaluar para determinar la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de calidad, asegurando la satisfacción de los clientes externos e internos, buscando la mejora continua en sus procesos. La información documentada del requisito se presenta con el código SGC.9.1.2.HSMA.

Tabla 83-3: Herramientas de seguimiento medición y análisis

CÓDIGO SGC.9.1.2.HSMA PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “HERRAMIENTAS DE SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
Herramienta	Función	
Diagrama de Pareto	Identifica problemas y causas	
Diagrama causa-efecto	Determinan las causas que afectan en la calidad del servicio, la eficacia del SGC, satisfacción del cliente y sus principales procesos.	
Lista de verificación Check list	Realiza inspecciones para controlar que el sistema de gestión se implemente de manera eficiente.	
Diagrama de flujo de procesos	Permite describir de manera gráfica un proceso o sistema, que se considere importante implementar para la eficacia del SGC.	
ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia	APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles	

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

9.2 Auditoría interna

Acerca del requisito:

La organización debe elaborar auditorías internas de forma planificada, para facilitar información oportuna que garantice la eficacia del sistema de gestión de calidad.

La entidad con la finalidad de conocer si el sistema de gestión de calidad cumple con los requisitos conforme con la normativa del ente regulador de la misma (MSP), así como con la Norma Internacional ISO 9001:2015, debe planificar auditorías internas a sus procesos asistenciales, para garantizar la satisfacción de sus usuarios. La gestión de calidad y su comité, serán los que establecerán cada cuanto tiempo se realizará la auditoría interna en los diferentes procesos. La información documentada de este requisito se presenta con el código SGC.9.2.AI.

Tabla 84-3: Auditoría interna

CÓDIGO SGC.9.2.AI PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “AUDITORÍA INTERNA”	VERSIÓN: 01 ENERO 2021
1. OBJETIVO		
Indicar la metodología que se aplicará para la realización de las auditorías internas del sistema de gestión de calidad dentro del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román”		
2. ALCANCE		
Se aplicará a todos los procesos internos que se desarrollen en la institución y formen parte del SGC, para lo cual se debe considerar la información documentada con el código “SGC.4.3.ASGC. Determinación del alcance del sistema de gestión de calidad”.		
3. TÉRMINOS		
Siglas	Significado	
SGC	Sistema de gestión de calidad	
CC	Comité de calidad	
AI	Auditoría interna	
NC	No conformidades	
OBS	Observación	
OM	Oportunidad de mejora	
MC	Mejora continua	
4. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL AUDITOR INTERNO		
Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del sistema del control interno.		
Verificar que el sistema de control este bien establecido dentro de la institución de manera intrínseca para que las actividades se desarrollen según lo planificado.		

Vigilar el cumplimiento de las normas, leyes, políticas, procedimientos, proyectos, planes, programas para realizar una mejora continua a los mismos. Realizar los respectivos informes.	
5. DIAGRAMA DE FLUJO DE LOS PROCESOS DE AUDITORÍA INTERNA	
El diagrama de flujo del proceso de auditoría interna, se encuentra en la información documentada con el código “SGC.4.4.1.PGC. Procesos de la Gestión de Calidad.	
ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia	APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

9.3 Revisión por la dirección

Acerca del requisito:

La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de calidad de la organización a tiempos planificados. Para garantizar su eficacia y alineación continua con la dirección estratégica.

Se debe presentar un informe a la dirección del hospital, cada vez que se efectúe modificaciones al sistema de gestión de calidad, este documento deberá contemplar los resultados obtenidos de los diferentes procesos, para la valoración respectiva de los cambios requeridos. Si los cambios son debidamente aprobados, se procederá a socializar a las partes interesadas de la institución el sistema de gestión de calidad modificado, para evitar posibles desviaciones en el mismo.

10. Mejora

10.1 Generalidades

El Hospital pediátrico debe establecer y seleccionar las oportunidades de mejora continua e implementar acciones necesarias en el sistema de gestión de calidad, para la eficacia y eficiencia del mismo, cumpliendo así los requisitos de los usuarios para incrementar su satisfacción por el servicio.

No conformidad y acción correctiva

Acerca del requisito:

La institución debe reaccionar ante la conformidad y, cuando sea aplicable, tomar acciones para controlarla, corregirla y hacer frente a las consecuencias.

10.2 Mejora continua

La entidad pública debe tratar las no conformidades por parte de los usuarios y funcionarios, referente al cambio de procesos por la implementación del sistema de gestión de calidad. Además, debe determinar las acciones correctivas de manera que se corrija, controle y se haga frente a las consecuencias que se puedan suscitar. La información documentada se presenta con el código, SGC.10.1.NCAC.

Tabla 85-3: Matriz no conformidades y acciones correctivas

CÓDIGO SGC.10.1.NCAC PÁGINAS: 8  Ministerio de Salud Pública		HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS”		VERSIÓN: 01 ENERO 2021	
IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD					
N°	FECHA	HORA	REPORTADA POR:		
FUENTE:					
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD					
OBSERVACIONES					
TRATAMIENTO DE LA NO CONFORMIDAD					
N°	ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA INICIO	PLAZO	RECURSOS
EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS					
N°	ACCIÓN	FECHA FIN	EFICACIA		OBSERVACIÓN
			CUMPLE	NO CUMPLE	
CIERRE DE LA NO CONFORMIDAD					
FECHA	RESPONSABLE DE AS ACCIONES CORRECTIVAS	INVOLUCRADO EN LA CONFORMIDAD	NO	OBSERVACIONES	
ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia			APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles		

Fuente: Propuesta

Elaborado por: Valencia, K, 2021.

10.3 Mejora continua

Acerca del requisito:

La organización, debe mejorar de manera continua la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de calidad.

Es necesario considerar los resultados, del análisis y evaluación, así también las salidas de la revisión por la dirección, para establecer la existencia de necesidades y oportunidades a estimar, como parte de la mejora continua. La casa de salud, debe mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de calidad. La información documentada se presenta con el código, SGC.10.3.MC

Tabla 86-3: Matriz plan mejora

CÓDIGO SGC.10.3.PM PÁGINAS: 8 			HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN” “PLAN DE MEJORA”			VERSIÓN: 01 ENERO 2021			
Proceso	Objetivo	Indicador	Desviación	Acción	Recurso	Costo	Responsable	Fecha	
								Inicio	Fin
ELABORADO POR: Sra. Karen Valencia					APROBADO POR: Ing. Eduardo Espín Ing. Bladimir Urgiles				

Fuente: Propuesta
 Elaborado por: Valencia, K, 2021.

CONCLUSIONES

- El sistema de gestión de calidad del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, elaborado en conformidad con la norma ISO 9001:2015, tendrá un impacto positivo para la población a quien se dirige, ya que promoverá la mejora continua de sus procesos, proporcionando sus servicios de manera eficaz, eficiente y efectiva, y a la vez garantizando el acceso permanente de sus usuarios de forma integral, cumpliendo sus requerimientos al igual que el de sus funcionarios.
- La conceptualización fundamentada, referente a la Norma ISO 9001:2015, facilitó el desarrollo de la presente investigación y propuesta.
- Mediante el uso y la aplicabilidad de diferentes métodos, técnicas y herramientas de investigación, se logró elaborar un diagnóstico a las diferentes gestiones y/o unidades de la entidad, permitiendo identificar los procesos institucionales, que serán imprescindibles para que la entidad alcance su certificación.
- Como parte final, para la institución del sistema de gestión de calidad se desarrolló el manual de calidad tomando como referencia los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015, mismo que permitirá ser una guía en el accionar de la institución pública de salud, para garantizar la prestación de sus servicios a la ciudadanía.

RECOMENDACIONES

- Una vez culminado el presente proyecto de investigación se recomienda al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, implementar y mejorar la propuesta del sistema de gestión de calidad, basado en la norma ISO 9001:2015, con la finalidad de mejorar la prestación de sus servicios de manera integral.
- Al ser el Hospital Pediátrico una unidad de tercer nivel, que brinda servicios de atención médica, se recomienda que la dirección hospitalaria aúna sus esfuerzos para obtener los recursos suficientes que le permitan mejorar la capacidad técnica asistencial, de sus profesionales, reclutando médicos con subespecialidad en el área pediátrica, para que la entidad pueda brindar un servicio integral a la ciudadanía.
- Mejorar la eficacia de los procesos que tienen mayor implicación en el sistema de gestión de calidad, mediante la socialización y capacitación permanente de sus funcionarios, proporcionándoles los recursos necesarios para que cumplan sus actividades de manera efectiva.
- Se recomienda a la autoridad gestionar con autoridades zonales, nacionales y organizaciones internacionales, la incorporación en la planificación nacional, la construcción de un nuevo hospital en base a la normativa del Ministerio de Salud Pública

GLOSARIO

Calidad. – “son las características que posee un producto o un servicio en cuanto al cumplimiento de requisitos, de esa forma satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes” (Rubio, 2007, pág. 28).

Cliente. – “se refiere a aquella persona o personas que consume frecuentemente un producto o servicio determinado” (Arias, 2010, pág. 16).

Gestión. – “es la ejecución de un grupo de actividades o acciones determinadas, para orientar la consecución de un objetivo” (Oviedo, 2016, pág. 34).

Partes Interesados. – “se refiere a la persona, conjunto de personas u entidad organizada, que se vea involucrada en la consecución de un proyecto o negocio” (Vargas, Valecillos, & Hernández, 2013, pág. 35).

Servicio. – “es un componente intangible de una empresa destinado hacia el mercado para satisfacer necesidades específicas de los clientes” (Barahona, 2017, pág. 8).

Sistema. – “es un grupo ordenado de procedimientos, que tiene entradas y salidas que permiten alcanzar un objetivo y obtener resultados” (Cevallos & Lemache, 2017, pág. 45).

Parámetros. – “Elementos o datos importantes desde el que se examina un tema, cuestión o asunto” (Gómez, 2015, pág. 22).

Indicador. - Es un dato o conjunto de datos que ayudan a medir objetivamente la evolución de un proceso o de una actividad (Carro & González, 2009)

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, G., & Mendoza, P. (2017). *Relación entre gestión del director y satisfacción del usuario externo en centros de salud de un distrito del Ecuador*. Obtenido de: https://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832017000200007&script=sci_abstract
- Álvarez, I. (2006). *Introducción a la Calidad*. España: Ideaspropias S.L.
- American Society for Quality. (05 de 2001). *Calidad*. Obtenido de: <https://asq.org/>
- Arévalo, E. (2018). *Diseño de un sistema de gestión de calidad basada en la norma ISO 9001:2015, para la empresa Calmatriz Multimoquetas, de la ciudad de Ambato, Provincia de Tungurahua, periodo 2018*. (Tesis de pregrado, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo). Obtenido de: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/8810>
- Arias, A. (3 de 12 de 2010). *La gestión de la calidad*. Obtenido de: <http://webs.ucm.es/centros/cont/descargas/documento10123.pdf>
- Ballasteros, B. (2015). *Taller de investigación cualitativa*. Obtenido de: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.grupocieg.org%2Farchivos%2FBallesteros%2520\(2014\)%2520Taller%2520de%2520Investigaci%25C3%25B3n%2520Cualitativa.pdf&chunk=true](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.grupocieg.org%2Farchivos%2FBallesteros%2520(2014)%2520Taller%2520de%2520Investigaci%25C3%25B3n%2520Cualitativa.pdf&chunk=true)
- Barahona, G. A. (2017). *Mejoramiento continuo de la calidad de atención del servicio de ginecología-obstetricia del Hospital Sagrado Corazon De Jesús De La Ciudad De Quevedo*. Obtenido de: <http://45.238.216.28/bitstream/123456789/7447/1/PIUAMSS021-2017.pdf>
- Basantes, V. (2010). *Elaboración de un plan de gestión de calidad para el área de farmacia del hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román- Riobamba*. (Tesis de pregrado, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo). Obtenido de: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/694>
- Besterfield, D. (2009). *Control de calidad*. México: Pearson Educación.
- Carro, R., & González, D. (2009). *Administración de la calidad total*. Obtenido de: http://nulan.mdp.edu.ar/1614/1/09_administracion_calidad.pdf
- Cervantes, M. (2010). *Métodos de investigación*. México: Pearson Educación.
- Cevallos, L., & Lemache, W. (2017). *Diseño de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015 para el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del cantón Guano, provincia de Chimborazo, período 2017*. (Tesis de pregrado, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo). Obtenido de: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/10240>
- Chiavenato, I. (2002). *Administración en los nuevos tiempos*. Colombia: McGraw-Hill.

- Confederación Nacional de Ourense. (2013). *Conceptos relativos a calidad*. Obtenido de: <http://www.ceo.es/internacionalizacion/wp-content/uploads/sites/4/2013/08/que-es-calidad.pdf>
- Cortés, P. (2012). *Metodología de la investigación*. México: Trillas.
- Crosby, P. (2007). *Sistemas de calidad*. México: Universal.
- Dávalos, F. (2013). *Conceptos de administración estratégica*. México: Pearson Educación.
- Del Castillo, C., & Olivares, S. (2014). *Metodología de la investigación*. Obtenido de: <https://elibro.net/es/ereader/epoch/39410>
- García, F. (2006). *Sistemas de gestión de calidad, ambiente y prevención de riesgos*. Madrid: Editorial Club Universitario.
- Gómez, A. (2015). *Guía de la elaboración de un manual de la calidad procedimientos en bases a la ISO 9001:2015*. Obtenido de: <https://www.amazon.com/-/es/Adriana-G%C3%B3mez-Villoldo-ebook/dp/B01FQY07QQ>
- Heizer, J., & Render, B. (2009). *Principios de administración de operaciones*. México: Pearson Educación.
- Hernández, J., & Hernández, S. (2019). *Etapas del proceso administrativo*. Obtenido de: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/article/view/3704>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Obtenido de: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- ISO 9000. (2000). *Sistemas de gestión de la calidad*. Obtenido de: <http://www.pjr.mx/standards/iso-90012008/benefits-of-iso-9000>
- ISO 9001. (2015). *Sistemas de gestión de la calidad*. Obtenido de: http://www.tracotamsa.com.mx/ISOS/ISO%209001_2015%20SGC%20ESPA%C3%91OL.PDF
- ISO 9001. (2015). *Sistemas de gestión de la calidad requisitos*. Obtenido de: http://www.tracotamsa.com.mx/ISOS/ISO%209001_2015%20SGC%20ESPA%C3%91OL.PDF
- López, C. (2016). *Diseño e implementación de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015 para la litografía moderna de la ciudad De Pereira*. Obtenido de: <https://core.ac.uk/download/pdf/71399657.pdf>
- López, F. (2003). *La gestión de la calidad en la educación*. España, La Muralla.
- López, R. (2005). *La Calidad Total de la Empresa Moderna*. España, La Muralla.
- López, S. (2006). *Implantación de un sistema de calidad*. España: IdeasPropias S.L.
- Luna, N. (2018). *Qué es la norma ISO 9001 versión 2015 y para qué sirve*. Obtenido de: <https://www.entrepreneur.com/article/307391>
- Martínez, R. (2017). *Modelos para la implementación, gestión y gerencia*. Obtenido de: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2F>

www.revistaespacios.com/2014/1/20140117.pdf&clen=1232866&chunk=true

- Moreno, L., Peris, F., & González, T. (2001). *Gestión de la calidad y diseño de organizaciones. Teoría y estudio de casos*. México: Prentice Hall.
- Nava, M. (2005). *¿Qué es calidad?: Conceptos Gurus y modelos fundamentales*. México: Limusa.
- Ortíz, A. (2015). *Enfoque y métodos de investigación en las ciencias sociales y humanas*. Obtenido de: <https://elibro.net/es/ereader/epoch/70250>
- Oviedo, A. (2016). *Gestión de la calidad ISO 9001:2015*. Madrid: Elearning.
- Pastor, D. (2013). *Manual de interacción de procesos y control de calidad en el área*. Ambato: Editorial Elearning.
- Perez, M. (2016). *La entrevista. técnicas e instrumentos de recolección de datos en investigación en ciencias sociales*. Obtenido de: https://issuu.com/manuelcarlosperez/docs/tecnicas_e_instrumentos_de_recoleccion
- Reyes, A. (2004). *Administración moderna*. México: Limusa.
- Rubio, M. (2007). *Calidad*. Madrid: Ediciones Días de Santos S.A.
- Sánchez, A. (2017). *Gestión de la calidad iso 9001-2015 en hotelería*. Madrid: Elearning.
- Secretaría Central ISO. (2015). *Sistema de gestión de la Calidad-Requisitos*. Obtenido de: http://www.cucsur.udg.mx/sites/default/files/iso_9001_2015_esp_rev.pdf
- Torres, A., & Lavayen, M. (2017). *Diseño de un sistema de gestión de calidad según las normas ISO 9001:2015 para una empresa textil de la ciudad de Guayaquil*. Obtenido de: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/14220/1/UPS-GT001890.pdf>
- Udaondo, M. (1992). *Gestión de la calidad*. Madrid: Días de Santos.
- Vargas, V., Valecillos, J., & Hernández, C. (2013). *Calidad en la prestación de servicios de salud*. Obtenido de: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F280%2F28029474005.pdf&clen=131853>
- Yáñez, C. (2008). *Sistema de gestión de calidad en base a la Norma ISO 9001*. Obtenido de: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/34112639/ArticuloISO.pdf?1404437690=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DARTICULO_AREADEGESTION.pdf&Expires=1602723826&Signature=Fc~SMAp3ZyZhHaB9zhX7gqClqcNtr8o2IJiBwghKgER3lcs mVkmL93W~pyTQ6jBFAr2KFICoCb



Firmado electrónicamente por:
JHONATAN RODRIGO
PARREÑO UQUILLAS

ANEXOS

ANEXO A: ENTREVISTA DIRIGIDA A LA ALTA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO



Cuestionario para la Entrevista dirigida a la directora del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román

Objetivo: Identificar si la dirección del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, conoce y gestiona los procesos que se llevan a cabo, para brindar un servicio de calidad.

✚ ¿Cuál es la misión que tiene la Institución de salud?

.....
.....
.....
.....

✚ El Hospital tiene bien jerarquizado sus competencias y funciones y con qué documentos cuenta.

.....
.....
.....
.....

✚ ¿Los empleados conocen las funciones que deben desempeñar en cada Proceso?

.....
.....
.....
.....

✚ ¿Los empleados disponen de los recursos necesarios para desempeñar sus actividades diarias?
¿Cuáles son?

.....
.....
.....
.....

✚ Existen documentos que plasmen los procedimientos que deben realizar los colaboradores en cada proceso.

.....
.....
.....
.....

✚ El Hospital Pediátrico cuenta con un manual de calidad que garantice que los procesos que se efectúan en la institución se desarrollen de manera oportuna y en el tiempo requerido.
Fecha de elaboración del manual y responsable de la elaboración del mismo

.....
.....
.....
.....

✚ Se programa capacitaciones de manera continua, para los colaboradores, en su área específica, dotándolos de competencias necesarias para desempeñar de manera adecuada sus funciones. Cuantas veces al año.

.....
.....
.....
.....

✚ Considera usted que los procesos que se realizan en el Hospital Pediátrico, contribuyen a brindar un servicio eficiente. ¿Por qué?

.....
.....
.....
.....

✚ Se planifica dentro de la organización actividades o planes de mejora y con qué frecuencia se planifica.

.....
.....
.....
.....

✚ Considera si es importante trabajar con normas e indicadores para medir el desempeño de los colaboradores.

.....
.....
.....
.....



Cuestionario para la Entrevista dirigida a la Directora del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román

Objetivo: Identificar si la dirección del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, conoce y gestiona los procesos que se llevan a cabo, para brindar un servicio de calidad.

1. ¿Cuál es la misión que tiene la Institución de salud?

Proporcionar los servicios con calidad y calidez
es el objetivo de la asistencia especializada
a través de su centro de servicios cumpliendo
con la responsabilidad de Promoción y cuidado de
Recursos Humanos dentro de la Salud

2. El Hospital tiene bien jerarquizado sus competencias y funciones y con qué documentos cuenta.

Si Cuenta con el Estatuto Orgánico del
Ministerio de Salud y de sus leyes,
Decreto Secundario

3. ¿Los empleados conocen las funciones que deben desempeñar en cada Proceso?

Si lo conocen lo conocen

4. ¿Los empleados disponen de los recursos necesarios para desempeñar sus actividades diarias? ¿Cuáles son?

No - como equipos médicos,
Sist. robóticos, Telfones móviles

5. Existen documentos que plasmen los procedimientos que deben realizar los colaboradores en cada proceso.

No existen documentados los procesos



6. El Hospital Pediátrico cuenta con un manual de calidad que garantice que los procesos que se efectúan en la institución se desarrollen de manera oportuna y en el tiempo requerido. Fecha de elaboración del manual y responsable de la elaboración del mismo.

Mo cuenta con lo. Realidad de Hospital
Solo hay Documentos Generales

7. Se programa capacitaciones de manera continua, para los colaboradores, en su área específica, dotándolos de competencias necesarias para desempeñar de manera adecuada sus funciones. Cuantas veces al año.

Mo se programa, se refuerza solamente
en cumplir la política pública

8. Considera usted que los procesos que se realizan en el Hospital Pediátrico, contribuyen a brindar un servicio eficiente. ¿Por qué?

A veces No; No se aplican por parte
de los funcionarios

9. Se planifica dentro de la organización actividades o planes de mejora y con qué frecuencia se planifica.

Se Planifica, pero no se cumple

10. Considera si es importante trabajar con normas e indicadores para medir el desempeño de los colaboradores.

Si es importante porque lo que
se mide, contribuye a la mejora

ANEXO B: ENCUESTA DIRIGIDA A LOS RESPONSABLES DE LAS UNIDADES Y/O GESTIONES DEL HOSPITAL PEDIATRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMAN



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO



Encuesta dirigida a los responsables de las unidades y/o gestiones del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román

Objetivo: Identificar si existe un sistema de gestión de calidad en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román del Cantón Riobamba, que optimice sus procesos, para brindar un servicio de calidad a sus usuarios.

Edad

20 -30 31-40 41-50 51-60 Más de 60

Sexo

Femenino Masculino

Cargo que ocupa

Unidad en la que labora

✚ ¿Conoce usted la misión y visión del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román?

✚ Si
✚ No

✚ ¿Conoce usted las funciones que se deben llevar a cabo en cada proceso?

✚ Si
✚ No

✚ ¿Dispone de los recursos necesarios para llevar a cabo sus actividades?

✚ Siempre
✚ Casi siempre
✚ Algunas veces
✚ Pocas veces
✚ Nunca

✚ ¿Los procesos que se llevan a cabo en la institución se encuentran documentados?

✚ Si
✚ No

✚ ¿Conoce si existe un departamento o unidad que se encargue de la gestión de la calidad?

✚ Si
✚ No

✚ ¿Conoce si la institución cuenta con un manual de calidad en la actualidad?

✚ Si

+ No

+ ¿Cómo califica usted la eficiencia en el control de procesos de la institución?

+ Muy buena

+ Bueno

+ Regular

+ Malo

+ Deficiente

+ ¿Cada cuánto tiempo recibe capacitación que le ayuda a mejorar sus competencias?

• Mensual

• Trimestral

• Semestral

• Anual

• Nunca

+ ¿Conoce usted si existe un plan de mejora continua dentro de la institución para brindar un servicio de calidad?

+ Si

+ No



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

NOMBRE: KAREN VALENCIA

TEMA: DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015, PARA EL HOSPITAL PEDIÁTRICO "ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN"

**Encuesta dirigida a los responsables de las unidades y/o gestiones del Hospital
Pediátrico Alfonso Villagómez Román**

Objetivo: Identificar si existe un sistema de gestión de calidad en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román del Cantón Riobamba, que optimice sus procesos, para brindar un servicio de calidad a sus usuarios.

Edad

20 -30 31-40 41-50 51-60 Más de 60

Sexo

Femenino Masculino

Cargo que ocupa

RESPONSABLE DE CALIDAD

Unidad en la que labora

UNIDAD DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- ¿Conoce usted la misión y visión del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román?
 - Si
 - No
- ¿Conoce usted las funciones que se deben llevar a cabo en cada proceso?
 - Si
 - No
- ¿Dispone de los recursos necesarios para llevar a cabo sus actividades?
 - Siempre
 - Casi siempre



- c) Algunas veces
- d) Pocas veces
- e) Nunca

4. ¿Los procesos que se llevan a cabo en la institución se encuentran documentados?

- a) Si
- b) No

5. ¿Conoce si existe un departamento o unidad que se encargue de la gestión de la calidad?

- a) Si
- b) No

6. ¿Conoce si la institución cuenta con un manual de calidad en la actualidad?

- a) Si
- b) No

7. ¿Cómo califica usted la eficiencia en el control de procesos de la institución?

- a) Muy buena
- b) Bueno
- c) Regular
- d) Malo
- e) Deficiente

8. ¿Cada cuánto tiempo recibe capacitación que le ayuda a mejorar sus competencias?

- a) Mensual
- b) Trimestral
- c) Semestral
- d) Anual
- e) Nunca

9. ¿Conoce usted si existe un plan de mejora continua dentro de la institución para brindar un servicio de calidad?

- a) Si
- b) No

ANEXO C: ENCUESTA DIRIGIDA A LOS USUARIOS DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO
ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO



**Encuesta dirigida a los clientes externos del Hospital Pediátrico Alfonso
Villagómez Román**

Objetivo: Conocer el nivel de satisfacción de los clientes externos del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román del cantón Riobamba que confirmen la calidad de servicio que brinda la institución.

Edad de los encuestados

15-25 26-36 37-47 48-57 De 58 en adelante

Sexo

Femenino Masculino

• ¿Conoce usted la cartera de servicios que brinda la institución?

• Sí

• No

• ¿El Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román proporciona información en un lugar visible sobre los servicios que ofrece?

• Siempre

• Casi siempre

• Algunas veces

• Pocas veces

• Nunca

• ¿Conoce el proceso a seguir para recibir atención médica en esta institución de salud?

• Sí

• No

• ¿Con que frecuencia acude usted a recibir un servicio en la institución de salud?

• Cada semana

- Cada 15 días
- Cada mes
- Cada seis meses o más
- Una sola vez
- ¿Cómo califica usted el servicio recibido por la Institución de salud?
- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo
- ¿Considera usted que la Institución de salud debe implementar mejoras en sus procesos?
-
- o



Encuesta dirigida a los clientes externos del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román

Objetivo: Conocer el nivel de satisfacción de los clientes externos del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román del cantón Riobamba que confirmen la calidad de servicio que brinda la institución.

Edad de los encuestados

15-25 26-36 37-47 48-57 De 58 en adelante

Sexo

Femenino Masculino

1. ¿Conoce usted la cartera de servicios que brinda la institución?

- a) Si
b) No

2. ¿El Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román proporciona información en un lugar visible sobre los servicios que ofrece?

- a) Siempre
b) Casi siempre
c) Algunas veces
d) Pocas veces
e) Nunca

3. ¿Conoce el proceso a seguir para recibir atención médica en esta institución de salud?

- a) Si
b) No

4. ¿Con que frecuencia acude usted a recibir un servicio en la institución de salud?

- a) Cada semana
b) Cada 15 días
c) Cada mes
d) Cada seis meses o más
e) Una sola vez

5. ¿Cómo califica usted el servicio recibido por la Institución de salud?

- a) Muy bueno
b) Bueno
c) Regular
d) Malo
e) Muy malo

6. ¿Considera usted que la Institución de salud debe implementar mejoras en sus procesos?

- a) Si
b) No



epoch

Dirección de Bibliotecas y
Recursos del Aprendizaje

UNIDAD DE PROCESOS TÉCNICOS Y ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO Y
DOCUMENTAL

REVISIÓN DE NORMAS TÉCNICAS, RESUMEN Y BIBLIOGRAFÍA

Fecha de entrega: 04 / 04 / 2022

INFORMACIÓN DEL AUTOR/A (S)
Nombres – Apellidos: KAREN ALEJANDRA VALENCIA TRUJILLO
INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
Facultad: ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
Carrera: ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
Título a optar: LICENCIADA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
f. Analista de Biblioteca responsable: Ing. CPA. Jhonatan Rodrigo Parreño Uquillas. MBA.



Firmado electrónicamente por:
JHONATAN RODRIGO
PARREÑO UQUILLAS



04 / 04 / 2022

0526-DBRA-UTP-2022