



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

Propuesta de un sistema de gestión de calidad en base a la norma ISO

9001:2015 en la Clínica Santamaría de la ciudad de Guayaquil.

AUTORA:

Mendoza Cedeño, Shirley Fernanda

**Previo a la obtención del Grado Académico:
MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**

TUTOR:

Ing. Camacho Villagómez, Freddy Ronalde, Ph.D.

Guayaquil, Ecuador

2024



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Ingeniera Comercial, Shirley Fernanda Mendoza Cedeño**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud.

DIRECTOR DE TESIS

Ing. Freddy Camacho Villagómez, Ph.D.

REVISORA

Ing. Elsie Ruth, Zerda Barreno, Ph.D.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María de los Ángeles Núñez Lapo, Mgs

Guayaquil, a los 15 días del mes de febrero de 2024



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Shirley Fernanda Mendoza Cedeño

DECLARO QUE:

El proyecto de investigación **Propuesta de un sistema de gestión de calidad en base a la norma ISO 9001:2015 en la Clínica Santamaría de la ciudad de Guayaquil**, previa a la obtención del **Grado Académico de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 15 días del mes de febrero del año 2024

LA AUTORA

Shirley Fernanda Mendoza Cedeño



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN

Yo, Shirley Fernanda Mendoza Cedeño

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Proyecto de Investigación del grado académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud, titulada: **Propuesta de un sistema de gestión de calidad en base a la norma ISO 9001:2015 en la Clínica Santamaría de la ciudad de Guayaquil.**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 15 días del mes de febrero del año 2024

LA AUTORA:

Shirley Fernanda Mendoza Cedeño



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

ANÁLISIS DE COMPILATIO

CERTIFICADO DE ANÁLISIS
 magister

TESIS-MENDOZA CEDEÑO SHIRLEY

4%

Textos
sospechosos

4% Similitudes

0% similitudes entre comillas
< 1% entre las fuentes
mencionadas

< 1% Idioma no reconocido (ignorado)

Nombre del documento: TESIS-MENDOZA CEDEÑO SHIRLEY.docx

ID del documento: Bee30baa4fb0d0be25486548e41409b340e6fe7a

Tamaño del documento original: 2,57 MB

Depositante: María de los Angeles Núñez Lapo

Fecha de depósito: 5/1/2024

Tipo de carga: interface

fecha de fin de análisis: 5/1/2024

Número de palabras: 32.701

Número de caracteres: 220.594

Ubicación de las similitudes en el documento:

Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.dspace.espol.edu.ec *diseño de un sistema de prevención y detección de ri... http://www.dspace.espol.edu.ec/handle/123456789/19234 13 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (599 palabras)
2	melon.simonline.cl Admin : Generación de propuesta de valor de Producto y Ser... https://melon.simonline.cl/admin.php/documents/master/manual/edit/plk/760/mail/60?read_only=true 53 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (450 palabras)
3	hdl.handle.net Implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad basado e... https://hdl.handle.net/20.500.12672/9542 46 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (449 palabras)
4	view.genial.ly Apartado 8. OPERACIÓN IATF 16949:2016 https://view.genial.ly/60c560e2915b660d19b81139/interactive-content/apartado-8-operacion-iatf-1... 31 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (436 palabras)
5	dal.uas.edu.mx https://doi.uas.edu.mx/pdfs/NORMA_ISO_9001-2015_Req.PDF 35 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (433 palabras)

Agradecimiento

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de estar presente tratando de cumplir mis metas académicas, a mi familia por todo el apoyo que me ha brindado ya que sin ellos no hubiera podido culminar este trabajo, en especial a mi madre por ese apoyo incondicional con mis hijos, a mis compañeros de maestría por compartir sus experiencias en el ámbito laboral y profesional y a mis profesores por los conocimientos impartidos durante el periodo de estudio y finalmente agradezco a mi esposo e hijos por ser la fuente de mi inspiración.

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo a nuestro padre celestial por guiar mis pasos y convertirme en la persona que soy, a mis abuelos que desde el cielo cuidan de mí, a mis padres por su ayuda incondicional y por la formación y valores inculcados, a mi querido esposo por creer en mí y apoyarme en este proyecto y por sobre todo a mis hijos porque son la razón de querer vivir día a día.

Índice General

Introducción	1
Planteamiento del problema.....	2
Formulación del problema	4
Justificación	4
Objetivos	5
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos.....	5
Delimitación del problema.....	5
Hipótesis y variables	6
Variables de estudio.....	6
Capítulo I.....	7
Marco Teórico y conceptual	7
Sistema de Salud.....	7
Calidad	7
Calidad en los Servicios de Salud.....	10
Sistema de Gestión de Calidad	10
Norma ISO 9001: 2015.....	12
Ciclo Deming.....	17
Satisfacción del Cliente.....	19
Marco Conceptual.....	19
Marco legal	22
Constitución de la República del Ecuador	22
Instituto Suramericano de Gobierno en Salud	22
Ley Orgánica de Salud.....	23

Ley Orgánica Del Sistema Nacional De Salud	24
Capítulo II	25
Situación actual de la Clínica Santamaría	25
Misión	25
Visión	25
Valores Organizacionales	26
Credo.....	26
Políticas.....	26
Situación Geográfica.....	27
Competidores	27
Competencia Directa.....	27
Competencia indirecta	28
Organigrama Funcional	29
Cartera De Servicios	29
Consulta Externa.....	29
Hospitalización	30
Servicios de Apoyo.....	31
Entorno de la Organización	31
Entorno Externo.....	31
Caracterización de la Clínica Santamaría	31
Análisis Interno y Externo de la Clínica Santamaría	32
Capítulo III.....	38
Marco Metodológico	38
Diseño de la Investigación	38
Tipo de Estudio	38

Métodos de investigación	39
Población y muestra.....	39
Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Investigación	41
Operacionalización de Variables	42
Interpretación de los Resultados	46
Análisis e interpretación de resultados de la encuesta a los trabajadores	46
Análisis e interpretación de resultados de la encuesta de satisfacción a los pacientes	55
Análisis global	56
Capítulo IV	58
Propuesta para la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad según la norma ISO 9001: 2015	58
Estructura Documental Requerida para la Implementación del SGC de la Clínica Santamaría	59
Manual de la Calidad de la Clínica Santamaría	60
Objetivos	60
Alcance	61
Exclusiones	62
Responsabilidades.....	62
Enfoque a procesos	62
Requisitos Generales del SGC	65
Requisitos de la documentación del sistema.....	66
Control de Documentos y Registros	66
Liderazgo	67
Política de calidad.....	68
Objetivos de la Calidad.....	68

Apoyo.....	69
Recursos Humanos.....	70
Infraestructura	71
Operación.....	72
Evaluación de Desempeño y Mejora Continua.....	78
Seguimiento, Medición, Análisis Y Evaluación	78
Control Del Servicio No Conforme	78
Análisis De Datos	79
Acción Correctiva	79
Propuesta de Procedimientos del SGC de la Clínica Santamaría	80
Admisión y Atención en la Prestación del Servicio Hospitalario y de Emergencia.....	80
Atención en la Prestación del Servicio de Emergencia	94
Atención en Hospitalización.....	106
Atención en la Prestación del Servicio Quirúrgico.....	123
Atención en Unidad de Cuidados Intermedios - Intensivos.....	133
Fases para la Implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en la Clínica Santamaría.....	147
Equipo Encargado de la Implementación del SGC.....	147
Reunión con la Alta Dirección.....	150
Diagnóstico Situacional del Sistema.....	150
Implementación del Sistema de Gestión de Calidad.....	151
Capacitación.....	151
Auditorías Internas.....	152
Conclusiones	157
Recomendaciones	159

Bibliografía	160
Apéndice	1607

Índice de Figuras

Figura 1 <i>Estructura de la Norma ISO 9001: 2015</i>	13
Figura 2 <i>Ciclo Deming</i>	19
Figura 3. <i>Resultados de la encuesta a los trabajadores para el contexto de la organización</i>	46
Figura 4. <i>Resultados de la encuesta a los trabajadores para el liderazgo</i>	47
Figura 5 <i>Resultados de la encuesta a los trabajadores para el nivel de planeación</i>	48
Figura 6 <i>Resultados de la encuesta a los trabajadores para el nivel de soporte</i>	49
Figura 7 <i>Resultados de la encuesta a los trabajadores para el nivel de operación</i>	51
Figura 8 <i>Resultados de la encuesta a los trabajadores para el nivel de evaluación de desempeño</i>	52
Figura 9 <i>Resultados de la encuesta a los trabajadores para el nivel de mejora</i>	54
Figura 10 <i>Análisis e interpretación de resultados de la encuesta de satisfacción a los pacientes</i>	55
Figura 11 <i>Ubicación Geográfica del Hospital General Clínica Santamaría</i>	27
Figura 12 <i>Organigrama funcional de Clínica Santamaría</i>	29
Figura 13. <i>Cartera de Servicios consulta externa</i>	30
Figura 14. <i>Mapa de Interacción de Procesos</i>	53
Figura 15. <i>Estructura documental de la SGC</i>	59
Figura 16. <i>Propuesta de mapa de interacción de los procesos</i>	64
Figura 17 <i>Ventana</i>	86
Figura 18 <i>Configuración</i>	87
Figura 19 <i>Diagrama De Flujo</i>	90
Figura 20 <i>Admisión por Emergencia</i>	91
Figura 21 <i>Admisión Por Hospitalización</i>	92
Figura 22 <i>Admisión por Hospitalización en la clínica</i>	101

Figura 23 <i>Atención del Personal de Enfermería</i>	102
Figura 24 <i>Atención del Personal Médico</i>	103
Figura 25 <i>Atención del Personal Médico</i>	104
Figura 26 <i>Atención del Personal Médico II</i>	105
Figura 27 <i>Atención De Enfermería</i>	117
Figura 28 <i>Atención Personal de Enfermería</i>	118
Figura 29 <i>Atención del Personal Médico</i>	119
Figura 30 <i>Atención Médica</i>	120
Figura 31 <i>Atención del Personal Médico</i>	121
Figura 32 <i>Diagrama De Flujo</i>	131
Figura 33 <i>Prestación de servicios quirúrgicos</i>	132
Figura 34 <i>Atención Personal de Enfermería I</i>	143
Figura 35 <i>Atención Personal de Enfermería II</i>	144
Figura 36 <i>Atención del Personal Médico</i>	145
Figura 37. <i>Plan de Capacitación / Implementación de normas ISO: 9001:2015</i>	152

Índice de Tablas

Tabla 1 <i>Clasificación de la Población por Área Departamental de la Clínica Santamaría</i> ..	40
Tabla 2 <i>Fuentes, técnicas e instrumentos de investigación</i>	41
Tabla 3 <i>Cuadro de operacionalización de variables</i>	43
Tabla 4 <i>Cronograma de actividades para la implementación de un Sistema de gestión de la Calidad en la Clínica Santamaría</i>	148

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo diseñar un sistema de gestión de calidad en la Clínica Santamaría de la ciudad de Guayaquil, basado en la norma ISO 9001:2015. Para ello, se utilizó un diseño no experimental, analizando datos recopilados directamente de la clínica y se aplicaron dos tipos de investigación: descriptiva y exploratoria. La metodología inductivo-deductiva se empleó para formular principios generales a partir del análisis de casos particulares. Para la recolección de datos, se aplicó una encuesta a la totalidad de trabajadores de la clínica que correspondió a 61 empleados, de igual manera se encuestó a 185 pacientes para determinar el nivel de satisfacción. Se utilizaron fuentes primarias, como encuestas y fuentes secundarias, como documentos de investigación previos. Los resultados indicaron la necesidad de implementar un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015 en la clínica. La falta de planificación adecuada y procesos establecidos generó quejas de los pacientes y desorden administrativo. La propuesta de implementación de un sistema de gestión de calidad busca mejorar la competitividad, la confianza de clientes, reducir costos, cumplir con normas aplicables y garantizar la satisfacción del cliente. En conclusión, la implementación de un sistema de gestión de calidad en la Clínica Santamaría permitirá fortalecer sus procesos y servicios médicos, alcanzando altos estándares de calidad y garantizando el éxito y crecimiento sostenible de la organización.

Palabras Claves: *Gestión, calidad, sistema de gestión de calidad, acreditación, certificación*

Abstract

The present study aims to design a quality management system at Clínica Santamaría in the city of Guayaquil, based on ISO 9001:2015 standards. A non-experimental design was employed, analyzing data collected directly from the clinic, using both descriptive and exploratory research methods. The inductive-deductive methodology was used to derive general principles from the analysis of specific cases. Data collection involved surveys conducted with all 61 employees of the clinic, as well as 185 patients to assess their satisfaction levels. Primary sources, such as surveys, and secondary sources, like previous research documents, were utilized. The results indicated the need for implementing a quality management system based on ISO 9001:2015 at the clinic. Inadequate planning and established processes led to patient complaints and administrative disarray. The proposed implementation of a quality management system aims to enhance competitiveness, customer trust, cost reduction, compliance with applicable standards, and ensure customer satisfaction. In conclusion, implementing a quality management system at Clínica Santamaría will strengthen its medical processes and services, achieving high-quality standards and ensuring the organization's success and sustainable growth.

Keywords: *Management, quality, quality management system, accreditation, certification.*

Introducción

En este sentido, la Clínica Santamaría, ubicada en la ciudad de Guayaquil, ha demostrado su compromiso con la excelencia en la atención médica y la satisfacción del paciente. Para seguir avanzando en este camino y garantizar una atención de calidad, se ha considerado pertinente la implementación de un SGC basado en la norma ISO 9001:2015 surge como una de las formas más efectivas para mejorar los procesos, optimizar recursos y satisfacer las necesidades tanto de los clientes internos como externos.

Para lo cual, en el presente documento está compuesto por 5 capítulos a saber, Capítulo I: Marco Teórico en el cual se realiza una revisión exhaustiva del marco teórico relacionado con los modelos de gestión, la estructura organizacional y la calidad de servicios en el contexto de la norma ISO 9001:2015. Se exploran diferentes enfoques y teorías de gestión que pueden ser aplicables a la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) en la Clínica Santamaría. Además, se examinan los conceptos clave de la estructura organizacional y cómo esta puede influir en la eficiencia y efectividad de los procesos de la clínica. Se aborda también la importancia de la calidad de servicios en el sector de la salud y cómo la norma ISO 9001:2015 puede ser una herramienta efectiva para mejorar la calidad y la satisfacción del cliente en la clínica.

En el capítulo II se establece la situación Actual de la Clínica, para lo cual se realiza un análisis detallado de la situación actual de la Clínica Santamaría. Se examina la estructura organizacional de la clínica, incluyendo los departamentos, funciones y roles de los empleados. Se evalúa el desempeño actual de los procesos y servicios que ofrece la clínica, identificando posibles áreas de mejora y oportunidades para implementar el SGC basado en la norma ISO 9001:2015. Se recopilan datos relevantes sobre la satisfacción de los pacientes, la eficiencia operativa y otros indicadores clave para tener una comprensión clara del estado actual de la clínica.

En el capítulo III: Marco Metodológico, se describe la metodología utilizada en el estudio. Se explica el diseño de investigación seleccionado, que en este caso será un enfoque no experimental, y se justifica la elección de este método. También se detallan las técnicas de recopilación de datos, que incluirán entrevistas, encuestas y análisis de documentos internos de la clínica. Se presenta la muestra de participantes y se explica cómo se llevará a cabo el análisis de datos para obtener resultados significativos y relevantes para la implementación del SGC.

En el capítulo IV: Propuesta de Implementación del SGC, se presenta la propuesta detallada para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2015 en la Clínica Santamaría. Se describe la estructura documental requerida, que incluirá el manual de calidad, procedimientos operativos estándar y registros necesarios para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma. Se delinear las diferentes fases del proceso de implementación, desde la planificación y diseño hasta la capacitación y evaluación. Se identifican los responsables de cada etapa y se establecen los plazos para lograr una implementación exitosa.

En el último capítulo, se presentan las conclusiones del estudio basadas en los hallazgos y resultados obtenidos. Se destacan las principales fortalezas y debilidades de la clínica en relación con la implementación del SGC. Además, se formulan recomendaciones específicas para mejorar el proceso de implementación y garantizar el éxito del SGC en la Clínica Santamaría. Se enfatiza la importancia de seguir los estándares de calidad y cómo el SGC puede contribuir significativamente a mejorar la calidad de los servicios ofrecidos y la satisfacción de los pacientes.

Planteamiento del problema

La Clínica Santamaría de la ciudad de Guayaquil enfrenta una serie de desafíos que afectan su desempeño operativo y la percepción de sus pacientes y la comunidad en general.

Uno de los problemas destacados es la falta de una estructura organizacional adecuada, lo que conduce a una falta de coordinación y comunicación entre los diferentes departamentos de la clínica, esta falta de organización puede traducirse en demoras en la atención médica, redundancia de esfuerzos y una gestión ineficiente de los recursos disponibles.

Además, la ausencia de un sistema formal de gestión de calidad es una de las causas principales de los problemas en la clínica. La falta de procedimientos estandarizados y la carencia de un enfoque en la satisfacción del cliente pueden generar ineficiencias en la prestación de servicios médicos. Los pacientes pueden experimentar tiempos de espera prolongados, una atención poco personalizada y una sensación de falta de seguimiento en sus tratamientos. Todo esto puede afectar la percepción de valor por parte de los pacientes y disminuir su satisfacción con los servicios ofrecidos.

Como resultado de estos problemas, la clínica se enfrenta a varias consecuencias negativas, entre las que se destaca, la insatisfacción de los pacientes, lo cual puede llevar a una disminución en la retención de clientes, lo que a su vez puede afectar la rentabilidad y la eficiencia operativa. Además, la falta de una gestión de calidad adecuada puede hacer que la clínica pierda competitividad en el mercado de la salud, ya que los pacientes pueden optar por buscar alternativas médicas que ofrezcan una atención más eficiente y personalizada.

Para abordar estas problemáticas, se hace imperativo que la Clínica Santamaría diseñe e implemente un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015. Al adoptar esta norma, la clínica podrá establecer procesos estandarizados, definir roles y responsabilidades claras, y enfocarse en la satisfacción del cliente como una prioridad. La implementación de este sistema permitirá optimizar los recursos, mejorar la eficiencia operativa y fortalecer la calidad de los servicios médicos ofrecidos.

Formulación del problema

Con base en lo expuesto previamente se plantea la siguiente pregunta ¿Se podrá proponer un sistema de gestión de calidad en la Clínica Santamaría de la ciudad de Guayaquil, considerando lo establecido en la norma ISO 9001:2015?

Justificación

La presente investigación busca obtener un conocimiento amplio de los modelos organizacionales y gestión administrativa para identificar un modelo idóneo que facilite la implementación de un sistema de gestión de calidad en la Clínica Santamaría. La necesidad de un sistema de gestión de calidad se justifica por la política pública enfocada en la excelencia de la prestación del servicio de salud en todos los niveles de atención (Acuerdo Ministerial N° 1162, 2012). Por otro lado, la Clínica enfrenta problemas evidentes relacionados con la falta de una estructura organizacional adecuada y la ausencia de un sistema formal de gestión de calidad. Estas deficiencias conllevan a una gestión ineficiente de los recursos, demoras en la atención médica y una falta de coordinación entre los diferentes departamentos, lo que afecta negativamente la experiencia de los pacientes y la percepción de la comunidad en general.

Además, la carencia de procedimientos estandarizados y la falta de enfoque en la satisfacción del cliente pueden generar ineficiencias en la prestación de servicios médicos, lo que puede traducirse en tiempos de espera prolongados y una atención poco personalizada. Esta situación afecta la percepción de valor por parte de los pacientes, disminuyendo su satisfacción y lealtad hacia la clínica.

Por lo que, la implementación del sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015 solucionará la falta de estructuración de los procesos en la clínica y permitirá fidelizar la cartera de clientes mediante una atención amable y oportuna. Además, el SGC se convertirá

en un diferenciador en la oferta del servicio, atrayendo nuevos clientes y asegurando una buena administración de las operaciones con la estandarización y transparencia en los procesos. Asimismo, esto contribuirá a recuperar clientes perdidos y generará una ventaja competitiva reflejada en el aumento de ventas y utilidades para la clínica.

Con el diagnóstico de la situación actual de la empresa, se podrá formar el sistema de gestión de calidad deseado y, finalmente, obtener la certificación de sus procesos según la norma ISO 9001:2015. La investigación se centrará en revisar los procedimientos que afectan la operatividad, evaluar los indicadores de gestión y analizar la norma ISO 9001:2015, con el propósito de diseñar un sistema de gestión de calidad adecuado para la clínica.

Objetivos

Objetivo General

Diseñar un sistema de gestión de calidad en la Clínica Santamaría de la ciudad de Guayaquil, considerando lo establecido en la norma ISO 9001:2015

Objetivos Específicos

1. Revisar el marco teórico de los modelos de gestión administrativa.
2. Desarrollar un diagnóstico situacional de la Clínica Santamaría.
3. Establecer el marco metodológico que determine el nivel de satisfacción del cliente interno y externo.
4. Diseñar una propuesta de un sistema de gestión de calidad en base a la norma ISO 9001:2015 en la Clínica Santamaría de la ciudad de Guayaquil.

Delimitación del problema

El trabajo de estudio se desarrolló en la Clínica Santamaría de la ciudad de Guayaquil, con el fin de proponer un sistema de gestión de calidad en la Clínica Santamaría de la ciudad de Guayaquil, considerando lo establecido en la norma ISO 9001:2015.

Hipótesis y variables

Variables de estudio

Variable independiente: Norma ISO 9001: 2015

Variable dependiente: Satisfacción de los pacientes

Capítulo I

Marco Teórico y conceptual

El capítulo de marco teórico presentará los conceptos que permitirán lo que implica la gestión de calidad, así como los principios y valores que servirán de sustento para la gestión de calidad en la atención de los clientes en la Clínica Santamaría CLISANTA S.A.

Sistema de Salud

Los sistemas de salud son el producto de una combinación de relaciones políticas, económicas e institucionales que se manifiestan a través de organizaciones, regulaciones y servicios. Estos sistemas son administrados por las autoridades en el poder y buscan estar alineados con la concepción predominante de salud en la sociedad (Inca, 2023).

El sistema de salud en Ecuador está dividido en dos sectores: público y privado. En el sector público, se encuentran el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social. Por otro lado, el sector privado está compuesto por entidades con fines de lucro, como hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada, así como organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente al 3% de la población con ingresos medios y altos. También existen numerosos consultorios médicos particulares en las principales ciudades, donde los pacientes suelen realizar pagos directos de bolsillo por los servicios recibidos (Vaccaro *et al.*, 2023).

Calidad

A nivel global, la calidad de los servicios se ha convertido en una iniciativa estratégica esencial y una responsabilidad fundamental para que las organizaciones puedan lograr sus metas (Metz *et al.*, 2020). En particular, en el ámbito de la atención médica, la eficacia de las instituciones es evaluada externamente a través de la medición de su calidad,

lo que ha llevado a una mayor atención hacia la mejora continua en los sistemas de salud modernos (Noviantoro *et al.*, 2020).

Por lo que, este aspecto es uno de los elementos fundamentales para la mejora de los sistemas de salud modernos (Mercader *et al.*, 2023). Siendo la calidad, un concepto complejo, cuyo abordaje pasa por considerar los intereses, necesidades e interacciones de las diferentes partes implicadas: clientes externos (pacientes y familiares) e internos (profesionales y directivos), así como sus dimensiones (Franchina *et al.*, 2023).

Esta situación revela que es de suma importancia que las organizaciones realicen evaluaciones periódicas de la calidad de los servicios que brindan, con el propósito de comprender cómo satisfacer a sus clientes y mejorar la eficiencia y eficacia de sus operaciones. Para alcanzar estas metas, los investigadores sugieren utilizar un marco, sistema o enfoque de gestión apropiado que permita abordar las actividades (Cwiklicki *et al.*, 2021).

En la actualidad, numerosas instituciones buscan adoptar un sistema de gestión de calidad con el propósito de mejorar sus procesos, optimizar recursos y satisfacer tanto las necesidades de sus clientes internos como externos (Guaranda *et al.*, 2022).

Una de las formas más efectivas de implementar este tipo de sistema es mediante el cumplimiento de la norma ISO 9001:2015, la cual proporciona las directrices esenciales para el control y la mejora constante de los diversos sistemas que componen una organización (Avruscio *et al.*, 2022). Al seguir esta norma, las empresas pueden establecer una base sólida para garantizar la calidad de sus productos y servicios, alcanzar la eficiencia operativa y mantener un enfoque permanente en la satisfacción del cliente (Armijos *et al.*, 2023).

Asimismo, la evidencia sugiere que el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) proporciona una estructura crítica y establecida con potencial para crear valor, contribuye a la calidad del producto y el rendimiento operativo, aumentar el valor de los activos netos y respalda la mejora continua (Gremyr *et al.*, 2021).

A medida que se amplía la comprensión de la importancia de la calidad, resulta evidente su estrecha relación con los ingresos, las ventas y el marketing, lo que destaca la necesidad de comprender adecuadamente las expectativas del cliente y convertirlas en requisitos para cumplir con ellas (Hernández *et al.*, 2018).

Los orígenes de la garantía moderna de calidad se remontan a los albores de la revolución industrial a principios del siglo XX. Hacia finales de la década de 1950, la calidad comenzó a abordarse de manera sistemática, lo que llevó a la estandarización en el campo de los sistemas de gestión. Los primeros estándares de calidad surgieron en los Estados Unidos en la década de 1970, y otros países como Canadá, Australia y Gran Bretaña estaban desarrollando sus propios estándares nacionales. La norma británica publicada en 1979 se convirtió en la base para la creación de la primera norma internacional de calidad ISO 8402. La evolución desde una percepción de calidad centrada únicamente en el proceso de inspección y control hacia el aseguramiento de la calidad y finalmente hacia una gestión integral, ha dado lugar a un sistema estandarizado de requisitos (Mnich & Matejun, 2021).

La importancia de la calidad se ha convertido en una prioridad para muchas organizaciones en la actualidad, y estas obtienen diversos beneficios a través de sus prácticas, en este sentido, durante más de tres décadas, se ha reconocido que la calidad es un factor estratégico crucial para el éxito empresarial y la competitividad en los mercados internacionales del siglo XXI, por lo que, definir la calidad es una tarea compleja y subjetiva debido a que su percepción es relativa y varía según el contexto, ya sea en diferentes industrias, organizaciones o productos y servicios (Fredriksson & Isaksson, 2018).

La noción de calidad también cambia con el tiempo, a medida que evolucionan los negocios hacia enfoques más orientados a servicios, la cadena de suministro se vuelve más compleja y se globalizan las operaciones (Fonseca *et al.*, 2019). A pesar de ello, aún no se ha establecido una única definición global de calidad.

Calidad en los Servicios de Salud

La calidad en los servicios de salud es un aspecto fundamental para garantizar el bienestar de los pacientes y la satisfacción de las necesidades médicas de la comunidad. La calidad en este contexto se refiere a la capacidad de los servicios de salud para cumplir con altos estándares y brindar atención segura, efectiva y centrada en el paciente. Para garantizar mejores servicios y brindar seguridad a los pacientes, cada institución de salud debe adoptar estándares claros y definidos. La implementación de la norma de gestión de calidad ISO 9001, reconocida internacionalmente, es una forma de mejorar la calidad de los servicios en las instituciones de salud, dado que, ayuda a que diversas partes involucradas en los servicios de salud, como médicos, enfermeras y empleados, cumplan con los requisitos para lograr una entrega efectiva y eficiente de los servicios. Además, la aplicación de ISO 9001 también aumenta la imagen y la confianza del público hacia los hospitales o agencias de salud en cuestión (Noviantoro *et al.*, 2020).

Sistema de Gestión de Calidad

La gestión es un término que se refiere a un conjunto de actividades llevadas a cabo por diferentes entidades, como instituciones, organizaciones o empresas. Estas actividades son de responsabilidad exclusiva de la entidad en cuestión y tienen como objetivo cumplir con los objetivos establecidos por la misma. La gestión implica la implementación de procesos administrativos dirigidos por la alta dirección, lo que conduce a una mayor eficiencia y eficacia en las instituciones (Carrera *et al.*, 2018).

Un sistema de gestión de calidad se refiere a un conjunto de políticas, procesos, procedimientos documentados y registros que una empresa emplea para asegurar que sus productos o servicios cumplen con altos estándares de calidad para satisfacer a sus clientes. Este sistema es específicamente diseñado para cada organización, adaptándose a sus

necesidades particulares y permitiendo la definición de estrategias para asegurar el cumplimiento de los requisitos del cliente (Iqbal et al., 2020).

Los estándares proporcionan a las organizaciones información, técnicas, medios y estrategias para cumplir con las exigencias y requerimientos de los clientes en términos de calidad de los productos y servicios ofrecidos, a la vez que se aseguran de cumplir con los requisitos legales y se enfocan en la mejora continua (Tari et al., 2020). La gestión de la calidad es esencial para el éxito de cualquier organización y su enfoque en la mejora continua garantiza la sostenibilidad de la empresa en un entorno de creciente competencia global (Vandenbrande, 2019).

Los SGC se definen como sistemas formalizados que documentan procesos, procedimientos y responsabilidades para alcanzar políticas y objetivos de calidad. En la actualidad, existen varias manifestaciones contemporáneas de los SGC, como Six Sigma, Lean e ISO 9001, entre otros, que se han desarrollado a lo largo del tiempo. Estos sistemas abarcan tanto elementos tecnológicos (como máquinas, software y herramientas) como elementos organizativos (como división de tareas, flujo de información, y planificación y control de la producción) (Mast et al., 2022).

La adopción de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) puede brindar a las empresas una amplia gama de ventajas. A continuación, se presentan algunos de estos beneficios identificados (Carrera et al., 2018):

- Se produce un avance general en el funcionamiento de la organización.
- Facilita el cumplimiento de requisitos legales y otros que son esenciales para el correcto funcionamiento de las organizaciones.

- Facilita el conocimiento y desarrollo de las partes interesadas que aportan beneficios a la institución.
- Asegura la satisfacción de las demandas tanto de los clientes internos como externos.
- Eleva la satisfacción del cliente al atender adecuadamente sus necesidades, mejorando la percepción de la institución.
- Permite a los clientes acceder a productos y servicios de mayor calidad, lo que incrementa su confianza en la satisfacción que recibirán.
- Favorece la identificación de nuevos clientes potenciales, lo que se traduce en mayores ingresos y utilidades para las empresas.
- Genera una mayor utilidad al eliminar tareas repetitivas innecesarias, optimizar procesos ineficientes y promover la mejora continua dentro de la institución.
- Contribuye a mejorar el ambiente laboral, lo que a su vez tiene un impacto positivo en la calidad de los productos y servicios ofrecidos.

Norma ISO 9001: 2015

El estándar ISO 9001 es ampliamente reconocido y utilizado a nivel internacional para los SGC, destacando que, actualmente, empresas de más de 170 países en todo el mundo han implementado este estándar, el cual establece principios fundamentales para aquellas organizaciones enfocadas en proporcionar productos o servicios que cumplan con altos estándares de calidad, asegurando el cumplimiento de los requisitos legales y normativas aplicables (Walaszczyk & Polak, 2019).

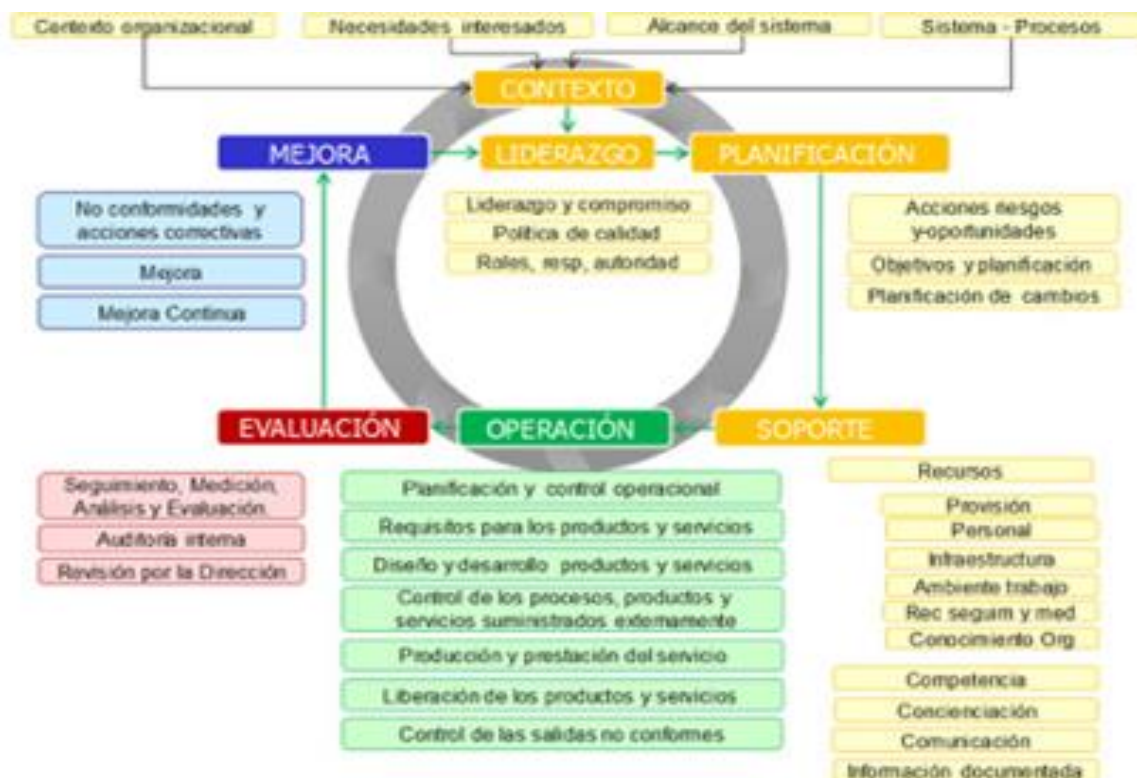
Las instituciones certificadas bajo ISO 9001 son objeto de supervisión periódica para garantizar el cumplimiento continuo de las normas y procesos específicos, así como para asegurar el desarrollo y la mejora constante en la organización, lo que les brinda una ventaja

competitiva (Wilson & Campbell, 2020). El éxito del SGC ISO 9001 se debe a su integridad y complejidad internas, respaldadas por los logros comprobados en las ciencias de la gestión.

La última revisión del estándar en 2015 incluyó requisitos que consideran las actividades del SGC en función del riesgo y las oportunidades, enfatizan el contexto organizacional y las partes interesadas, y resaltan el papel del liderazgo gerencial en la organización. También se modificaron los requisitos para la documentación del sistema de gestión, todo ello en respuesta a cambios en el entorno socioeconómico, creciente competitividad y expectativas cambiantes del mercado (ISO 9000:2015, 2015).

Figura 1

Estructura de la Norma ISO 9001: 2015



Nota: Tomado de Seminario Calidad y Evaluación de Procesos Seminario Calidad y Evaluación de Procesos, Universidad Nacional de Córdoba, (s.f.)

Los requisitos del SGC están estructurados en siete capítulos dentro de la norma ISO 9001, abarcando áreas como el contexto organizacional, el liderazgo, la planificación, el apoyo, las actividades operativas, la evaluación del desempeño y la mejora. Estos requisitos han sido formulados por la Organización Internacional para la Estandarización, basados en sólidas y probadas recomendaciones teóricas de las ciencias de la gestión (ISO 9000:2015, 2015).

La gestión del control de calidad implica asegurar el cumplimiento de los requisitos de calidad mediante la implementación de técnicas y actividades operativas necesarias. Esto incluye la realización de inspecciones regulares a cargo de expertos, la revisión inmediata de las actividades finalizadas para verificar su precisión e integridad, y el adecuado registro de todas las decisiones para garantizar la calidad de productos o servicios (Culot, 2019). La estructura de la norma ISO 9001:2015, que establece los requisitos para un sistema de gestión de calidad, se organiza de la siguiente manera (ISO 9001:2015, 2015):

- Contexto de la organización: En este apartado, se enfoca en que las organizaciones definan el alcance del sistema considerando las partes interesadas, el contexto interno y externo, y la documentación pertinente.
- Liderazgo: El liderazgo de las organizaciones recae en la alta dirección, que toma conciencia de los roles y responsabilidades de los procesos de la organización.
- Planificación: En este capítulo se gestionan las acciones a realizar una vez que se han identificado los riesgos y oportunidades de la organización, y se proponen objetivos coherentes y medibles para dar seguimiento a la planificación.
- Apoyo: Este capítulo establece el cumplimiento de metas, las competencias del personal de la institución y la documentación necesaria para alcanzar los objetivos.

- Operación: Este capítulo se enfoca en el control de los procesos, estableciendo criterios, controles e información documentada para gestionar cambios e imprevistos.
- Evaluación del desempeño: La evaluación del desempeño se realiza mediante la auditoría interna, que permite evaluar el sistema de gestión y su éxito de implementación, y es aprobada y revisada por la alta dirección.
- Mejora: En este apartado, se aplican herramientas para la mejora continua ante las no conformidades presentadas, utilizando acciones correctivas para resolverlas.

A partir de la revisión de la norma ISO 9001 en el año 2000, la ISO introdujo el concepto de "principio" como creencia, teoría o regla básica que influye en la forma en que se realiza una actividad. Estos principios son esenciales para cualquier industria o negocio que busque obtener ventajas y lograr la implementación exitosa de la norma ISO 9001. Al intentar implementar un Sistema de Gestión de Calidad (SGC), las organizaciones buscan identificar factores cruciales para lograr una implementación exitosa. A continuación, se presentan los principios y sus definiciones basados en Sánchez *et al.* (2020):

- Liderazgo: La alta dirección es responsable del SGC y debe establecer una visión clara para el futuro de la organización, establecer metas desafiantes y fomentar valores compartidos, equidad y ética en todos los niveles de la organización.
- Enfoque en el cliente: La organización debe comprender claramente quiénes son sus clientes directos e indirectos para enfocar sus esfuerzos en satisfacerlos y reconocer que la rentabilidad proviene de satisfacer las necesidades de los clientes.
- Compromiso de las personas: Implica involucrar a los empleados, quienes deben estar comprometidos con los objetivos y valores de la organización, motivados para contribuir al proyecto y mejorar su bienestar. Además, se busca contar con trabajadores competentes y una comprensión clara de las expectativas laborales.

- **Enfoque de proceso:** Los procesos dentro de la organización deben estructurarse para lograr objetivos de manera eficiente y eficaz, definiendo sistemáticamente las actividades necesarias para obtener los resultados deseados. También se considera establecer responsabilidades claras para gestionar actividades clave y evaluar los riesgos, consecuencias e impactos de las actividades en clientes, proveedores y otras partes interesadas.
- **Mejora:** La organización debe tener un enfoque coherente en toda la empresa para mejorar mediante el uso de herramientas de mejora, ya sea en la capacitación de los trabajadores o en la mejora de productos, procesos y el sistema.
- **Toma de decisiones basadas en evidencia:** Cualquier decisión debe fundamentarse en pruebas, por lo que la empresa debe asegurarse de que los datos e información sean precisos, confiables y accesibles para quienes los necesiten. Además, estos datos deben ser analizados utilizando herramientas adecuadas.
- **Gestión de relaciones:** Implica una adecuada, eficiente y efectiva gestión de las relaciones con las partes interesadas de la organización.

La norma ISO 9001:2015 introdujo cambios significativos en comparación con su versión anterior, la ISO 9001:2008. Entre estos cambios se incluyen una estructura común de alto nivel, un enfoque en el pensamiento basado en riesgos, una mayor participación de la alta dirección, la gestión del conocimiento y conceptos de gestión del cambio. La estructura de alto nivel comprende cláusulas clave y definiciones utilizadas en todos los estándares de sistemas de gestión ISO, lo que mejora la compatibilidad y facilita la implementación e integración de diferentes sistemas de gestión (ISO 9001:2015, 2015).

La norma ISO 9001:2015 destaca la importancia del pensamiento basado en riesgos, que debe aplicarse tanto a nivel organizacional como de proceso. Esto implica una evaluación sistemática de los problemas actuales y potenciales para fortalecer y mejorar los procesos, lo

que lleva a que las organizaciones identifiquen y analicen los riesgos tanto internos como externos. Al hacerlo, las organizaciones pueden desarrollar estrategias adecuadas para evitar efectos adversos y mejorar su capacidad de adaptación (Sari, Wibisono, Wahyudi, & Lio, 2018).

La norma ISO 9001:2015 introduce nuevos conceptos que incluyen la gestión del conocimiento para desarrollar expertos en el sistema de gestión de calidad (SGC), un liderazgo altamente involucrado para una dirección adecuada y la gestión del cambio tanto a nivel estratégico como operativo. Además, se enfatiza el alto compromiso y liderazgo por parte de la alta dirección para adoptar un enfoque proactivo del SGC y garantizar su efectividad. El propósito de estos cambios es asegurar que el nivel superior de la organización esté comprometido y dedicado a lograr un SGC efectivo (ISO 9001:2015, 2015).

Aunque la norma ISO 9001 es ampliamente aceptada como el estándar para los sistemas de gestión de calidad en la actualidad, también presenta algunas limitaciones en las etapas de implementación, mantenimiento y mejora. No refleja necesariamente que una organización en particular haya alcanzado un SGC sobresaliente o que ofrezca productos o servicios de alta calidad. Por lo tanto, las organizaciones deben esforzarse en mantener y mejorar continuamente su SGC de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001 para lograr los beneficios previstos (Anholon *et al.*, 2018).

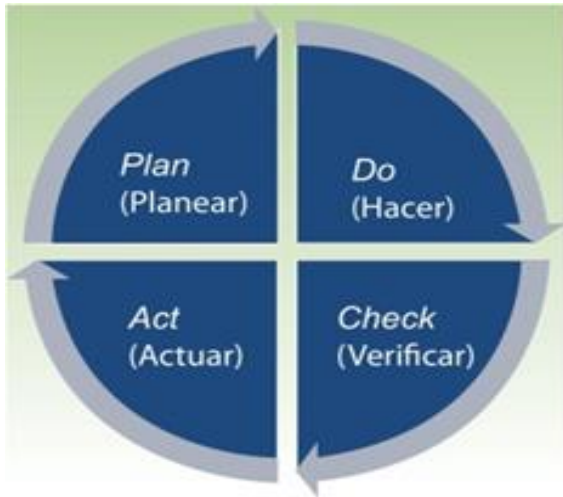
Ciclo Deming

El ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PDCA), también conocido como Ciclo Deming, es un método utilizado para controlar y mejorar el proceso de gestión de la cadena de suministro o los hábitos de una empresa, y consiste en repetir cuatro pasos. En otras palabras, implica seguir un enfoque cíclico de cuatro fases para detectar desviaciones y realizar ajustes necesarios con el fin de mejorar de manera consistente en el negocio. Se

utiliza como un plan de acción y un chequeo para abordar problemas recurrentes (Isniah *et al.*, 2020). Este ciclo consta de las siguientes etapas (Raodah *et al.*, 2020):

- **Planificar:** En esta primera etapa, se selecciona el problema u oportunidad que se quiere abordar. Se realiza una evaluación precisa de la situación y se identifica la causa raíz del problema. Luego, se generan posibles soluciones y se elige la más prometedora. Finalmente, se establecen objetivos medibles que se esperan alcanzar con la implementación de la solución en esta iteración del ciclo PDCA.
- **Hacer:** En la segunda etapa, se implementa la solución elegida a pequeña escala, es decir, se realiza una prueba piloto. Durante esta fase, se recopilan datos para su análisis posterior y se asegura que la solución se pruebe adecuadamente para evitar conclusiones erróneas.
- **Verificar:** En esta etapa, se analizan los datos recopilados y se comparan los resultados actuales con los resultados deseados. Esto permite evaluar la eficacia de la solución implementada.
- **Actuar:** El paso final del ciclo consiste en implementar completamente la solución elegida. Esta solución se convierte en la nueva referencia, por lo que es esencial documentar adecuadamente los cambios, mantenerlos y asegurarse de que se integren adecuadamente en los sistemas existentes.

El ciclo PDCA es una herramienta valiosa para la mejora continua en las organizaciones, permitiendo una gestión efectiva y un enfoque sistemático para resolver problemas y alcanzar objetivos (Isniah *et al.*, 2020).

Figura 2*Ciclo Deming**Nota:* Jagusiak (2018)

Satisfacción del Cliente

La satisfacción del cliente se refiere a la reacción emocional o cognitiva que experimenta un comprador después de realizar una evaluación subjetiva y comparar sus expectativas previas a la compra con el rendimiento real obtenido. Es una métrica crucial para evaluar el desempeño de una organización en términos de desarrollo y crecimiento. Se ha demostrado que establecer relaciones sólidas con los clientes puede tener un impacto positivo tanto en los resultados financieros como en otros aspectos no financieros del negocio (Awu, 2022).

Marco Conceptual

Para el desarrollo del presente proyecto, el maestrante ha considerado pertinente el desarrollo de los siguientes conceptos:

- **Modelos de Gestión:** Es el marco de referencia para administrar una organización, los cuales se pueden aplicar tanto en las empresas privadas como en la pública (Huertas *et al.*, 2020).

- **Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos (ISO 9000:2015, 2015).
- **Calidad Total:** Se entiende como la aplicación de los principios de la gestión de la calidad al conjunto de actividades y personas de la organización, no sólo a la realización del producto o servicio que se entrega al cliente. De esta manera, el enfoque al cliente se dirige también al cliente interno por lo cual la organización debe perseguir la satisfacción del cliente de sus productos y servicios y también la satisfacción de los empleados. De igual modo, la mejora continua no se dirige únicamente a la mejora de los procesos productivos sino a la mejora de todos los procesos de la organización (ISO 9000:2015, 2015).
- **Proceso:** Según la norma ISO 9000:2015 es el conjunto de actividades que se relacionan o interactúan entre sí transformando elementos de entradas en salidas o en otras palabras en resultados (ISO 9000:2015, 2015).
- **Sistema de Gestión de Calidad:** Son un conjunto de normas y estándares internacionales que se interrelacionan entre sí para hacer cumplir los requisitos de calidad que una empresa requiere para satisfacer los requerimientos acordados con sus clientes a través de una mejora continua, de una manera ordenada y sistemática (ISO 9000:2015, 2015).
- **Norma:** Una norma es un documento que proporciona los requisitos, especificaciones, directrices o características que se pueden utilizar constantemente para asegurar que los materiales, productos, procesos y servicios son adecuados para su propósito (ISO 9000:2015, 2015).
- **Normas ISO 9001:2015:** Establece los criterios para un sistema de gestión de calidad y es la única norma en la familia que puede ser certificada (aunque esto no es un

requisito). Puede ser utilizado por cualquier organización, grande o pequeña, independientemente de su campo de actividad. De hecho, hay más de un millón de empresas y organizaciones en más de 170 países certificados con la norma ISO 9001.

- **Auditoría:** Es un proceso sistemático, documentado que se realiza en forma independiente cuya finalidad es obtener evidencias de la auditoría para evaluarlas de manera objetiva con el único fin de evidenciar el nivel de cumplimiento de los criterios de auditoría según la norma (ISO 9000:2015, 2015).
- **Auditoría interna:** Realizada por o en nombre de la propia organización para la revisión por la dirección u otros medios internos, pudiendo constituir la base para declarar o no la conformidad de una organización, en algunos casos se denominan como auditorías de primera parte (ISO 9000:2015, 2015).
- **Conformidad:** Cumplimiento de un requisito (ISO 9000:2015, 2015).
- **Criterios de Auditoría:** Conjunto de procedimientos, normas, leyes, reglamentos o requisitos utilizados como referencia (ISO 9000:2015, 2015).
- **Hallazgo:** Es la observación, incumplimiento de la norma u oportunidad de mejora que el auditor puede encontrar al momento de realizar su auditoría. (ISO 9000:2015, 2015)
- **No Conformidad:** Es el incumplimiento de un requisito especificado (ISO 9000:2015, 2015).
- **No conformidad mayor:** Se tiene este tipo de no conformidad en los siguientes casos: El incumplimiento total de una cláusula de la norma aplicable, el incumplimiento total de lo señalado en los documentos de trabajo establecidos por la organización, incumplimiento de un requisito legal o de otro tipo suscrito por la organización (ISO 9000:2015, 2015).

- **No conformidad menor:** Este tipo de no conformidad incluye todos aquellos incumplimientos detectados durante una auditoria y que no constituya ningún caso de no conformidad mayor. Por ejemplo: incoherencias entre la evidencia objetiva y lo declarado en los documentos, incumplimientos puntuales evidenciados en los registros de calidad o por el personal auditado (ISO 9000:2015, 2015).
- **Observación:** Advertencia, consejo que resulta de mirar con atención algo para conocerlo, estudiarlo (ISO 9000:2015, 2015).

Marco legal

El presente proyecto se revisó los siguientes cuerpos legales:

Constitución de la República del Ecuador

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho del agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir.

El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los servicios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Registro Oficial 449, 2008).

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

El derecho a la salud comprende: acceso universal y gratuito a los servicios públicos estatales de salud, disponibilidad de medicamentos de calidad seguros y eficaces, atención

prioritaria para personas que lo requieran como resultado de su condición de salud, derecho a tomar decisiones libres informadas voluntarias y responsables, derecho a guardar reserva sobre datos referentes a la salud, recibir atención de emergencia en cualquier centro de salud público o privado y la no discriminación por motivo de salud. Los derechos relacionados con la salud son de directa aplicación y exigibles, es decir que se puede recurrir a los órganos jurisdiccionales para demandar su cumplimiento (Art. 11:3). Se concreta de manera específica en el caso de determinados grupos y personas bajo el principio general de atención prioritaria y especializada (Art. 35) (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012, p. 444).

Existen dos leyes fundamentales vigentes en materia de salud que anteceden a la Constitución del 2008: La Ley Orgánica de Salud (2006) y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002). La primera se refiere a las acciones en salud, el control sanitario y temas similares y la segunda regula la organización e institucionalidad administrativa, así como el funcionamiento del Sistema de Salud. Fundamentalmente, esta última se basa en un esquema ya superado que necesita ser reformado (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012, p. 443).

Ley Orgánica de Salud

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias (Registro Oficial Nro. 423, 2006).

Art. 10.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y

colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley (Registro Oficial Nro. 423, 2006).

Ley Orgánica Del Sistema Nacional De Salud

Art. 4.- Principios. - El Sistema Nacional de Salud, se regirá por los siguientes principios:

1. Equidad. - Garantizar a toda la población el acceso a servicios de calidad, de acuerdo a sus necesidades, eliminando las disparidades evitables e injustas como las concernientes al género y a lo generacional.

2. Calidad. - Buscar la efectividad de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios.

3. Eficiencia. - Optimizar el rendimiento de los recursos disponibles y en una forma social y epidemiológicamente adecuada.

Capítulo II

Situación actual de la Clínica Santamaría

Constituida el 1 de septiembre de 2007, Clínica Santamaría es una institución privada cuya actividad comercial está orientada a brindar servicios de salud hospitalaria, ambulatoria y de diagnóstico, se ubica en las calles Lorenzo de Garaycoa 3209 entre Argentina y San Martín, sector centro sur de la ciudad de Guayaquil.

Los aspectos más destacados del código ético de la clínica son: respeto a la vida, desde su inicio hasta su término natural, respeto a la dignidad y libertad de cada persona, la atención a cada paciente no discrimina a ninguna persona por su nivel social, económico, su origen étnico, por sus creencias o por otro tipo de situaciones, el trabajo en equipo multidisciplinario, el conocimiento, experiencia y valores humanos se ofrecen al servicio del paciente, fomenta y facilita el abordaje de cada enfermedad con una perspectiva global, el personal de la clínica respeta el entorno, cuidando el medio ambiente.

Misión

“Prestar una excelente atención de servicios al paciente en la práctica médica a través del mejoramiento continuo, profesional y humano bajo condiciones de seguridad y salud ocupacional, siendo socialmente responsables con los grupos de interés a favor de la vida y la familia.”

Visión

La visión de la Clínica Santamaría es convertirnos en un referente de la comunidad como principal solución de salud en nuestro segmento de influencia; a través, de una oferta integral en consultas, hospitalización y diagnósticos.

Valores Organizacionales

Honestidad. - Trabajamos para generar confianza y la credibilidad de la clínica, expresándonos con sinceridad y coherencia, respetando los valores de la justicia y la verdad.

Calidad: La clínica ofrece una excelente atención técnica y de servicio al paciente con un trato personalizado.

Humanismos: Nos caracterizamos por ser una clínica que piensa más allá de brindar un servicio, en mostrar nuestra preocupación al paciente frente a situaciones que requieren nuestra ayuda y hacemos lo posible por ayudarlos si está en nuestras manos.

Ética: Institución apegada a las normas legales vigentes y a la ética profesional, siguiendo nuestra cultura institucional.

Credo

Es la carta de presentación de nuestros principios morales y éticos siendo este:

- Creo en Dios,
- Creo en la vida y la familia,
- Creo en la dignidad de las personas,
- Creo en la responsabilidad, el respeto, la verdad y
- Creo que tengo un compromiso con las generaciones futuras

Políticas

- Cumplir con los requisitos de nuestros clientes y partes interesadas
- Asegurar los recursos necesarios incluyendo los humanos, tecnológicos, financieros e infraestructura para eliminar o reducir los riesgos laborales y ambientales que puedan

causar incidentes, accidentes o enfermedades que afecten al normal desenvolvimiento de las actividades

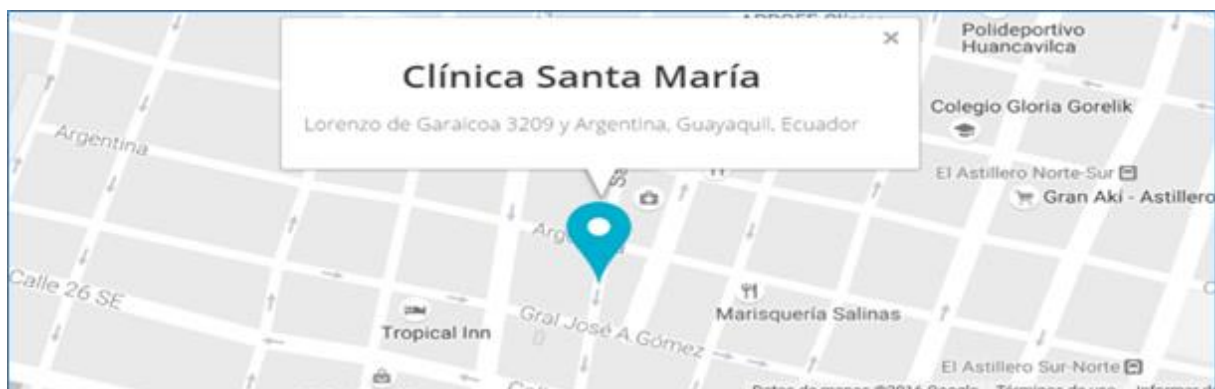
- Cumplir con los requisitos legales asociados a nuestras actividades y aquellos que se suscriban voluntariamente relacionados con la calidad, seguridad y medio ambiente.
- Fomentar una autentica cultura preventiva en nuestros trabajadores mediante el mejoramiento del ambiente laboral y capacitaciones.

Situación Geográfica

Clínica Santamaría se encuentra ubicado en las calles Lorenzo de Garaycoa 3209 y Argentina, en la parroquia Ayacucho al centro sur de la ciudad de Guayaquil, 10.706 habitantes según el censo 2010. En la Figura 3, se muestra la ubicación geográfica de la empresa:

Figura 3

Ubicación Geográfica del Hospital General Clínica Santamaría



Nota: Santamaría, 2023

Competidores

Competencia Directa

De acuerdo al análisis de la zona existen varias instituciones localizadas cerca de nuestro sector de influencia:

- Clínica San Gabriel, ubicada en Guaranda 1219 y Letamendi, atención 24 horas, cartera de servicio de segundo nivel, emergencia, hospitalización, cirugía, consulta externa previa cita. Ha potencializado su infraestructura hospitalaria en busca de incrementar su cartera de clientes y calificar para la RPIS, pero esta no se dio.
- Clínica Alcívar, ubicada en Coronel 2301 y Azuay, institución tradicional de la ciudad de Guayaquil, con trayectoria y reconocimiento en especialidades traumatológicas, cartera de servicio de tercer nivel de atención, hospitalización, emergencias 24 horas, UCI, UCIN. Torre médica de consultas de especialidades.
- Hospital especializado Aprove, ubicado en Letamendi 602 y Noguchi, cartera de servicios de tercer nivel por especialización en Gineco-Obstetricia, atención a mujeres y hombres, hospital de Cirugías y Partos, que atiende las 24 horas del día, cartera de servicios en especialidades Generales, cirugías laparoscópicas, mamas, Urología
- Hospital León Becerra, ubicado en Eloy Alfaro y Bolivia, centro tradicional de la ciudad de Guayaquil en especialidades pediátricas que abrió su oferta para atención a la población adulta, cartera de servicios de segundo nivel de atención, cuenta con consulta externa, emergencia, observación, hospitalización (Salas generales y pensionados), Central de cirugías (5 quirófanos), Unidad de cuidados Intensivos.

Competencia indirecta

Puesto que la Clínica Santamaría es un prestador de la Red Pública Integral de Salud se establece como competencia indirecta a los hospitales públicos ubicados cerca de nuestro sector de influencia:

- Hospital del Día Efrén Jurado López, ubicado en Eloy Alfaro N° 100 entre Argentina y San Martín, cartera de servicio de segundo nivel, cuenta con consulta médica general y de especialidad, imágenes, laboratorio, centro quirúrgico del día en

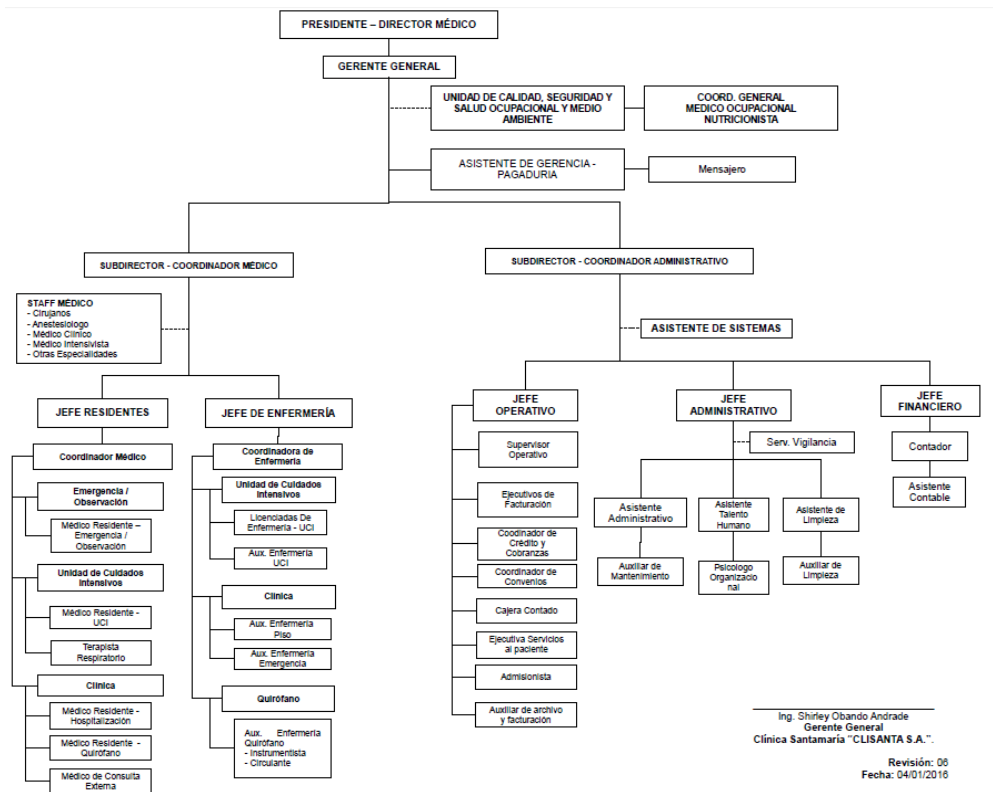
especialidades de cirugía general, cirugía plástica, ginecología, pediatría, traumatología y urología.

Organigrama Funcional

Clínica Santamaría adopta una estructura organizacional lineo funcional, agrupando las funciones de acuerdo a las áreas de la organización como se muestra en el organigrama funcional adaptado a los recursos actuales:

Figura 4

Organigrama funcional de Clínica Santamaría



Nota: Tomado de Documento interno Manual de Funciones. Santamaría, 2023

Cartera De Servicios

Consulta Externa

Edificio de dos pisos en los cuales se reparten 10 consultorios, dos estaciones de enfermería, 1 sala de procedimientos ambulatorios y 2 salas de espera, una en cada piso,

cuenta con las siguientes especialidades: Medicina general, Endocrinología, Cirugía general, Cardiología, Cirugía vascular, Cirugía Maxilofacial, Gastroenterología, Fisiatría, Urología, Ginecología, Traumatología, Psicología, Pediatría, Nutrición.

Figura 5.

Cartera de Servicios consulta externa



Nota: Santamaría, 2023

Hospitalización

Cuentas con 27 camas de dotación las cuales se distribuyen de la siguiente manera:

Sala de observación – emergencia. - 5 camas.

Internación. - 12 habitaciones individuales con baño y 1 habitación doble.

Terapia Intensiva. - 8 camas.

Además de contar con 2 quirófanos equipados, 5 camas de control postquirúrgica y 1 sala de cuidados neonatales.

Servicios de Apoyo

Laboratorio clínico, microbiológico (en convenio), patológico (en convenio), ecografía, video-imagen, radiología convencional, Tomografía y RMN (en convenio).

Farmacia Dispensación de medicinas e insumos hospitalarios de uso interno.

Entorno de la Organización

Entorno Externo

La Red Pública integral de Salud conformada por el IESS, MSP, ISSFA, ISSPOL se ha convertido en el principal cliente de las clínicas, con precios adecuados para el segmento de influencia, la cartera vencida de siniestros por accidentes de tránsito cubiertos por el SOAT y FONSAT no se han podido recuperar, en la actualidad estos organismos fueron sustituidos por el Sistema Público para Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT) el cual refleja una mayor organización y compromiso de pago.

Con la aprobación de la Ley Orgánica que Regula las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada... existe un escepticismo en cuanto a las tarifas y operatividad de la misma, por lo que algunas instituciones Financiadoras han tomado la decisión de reducir la oferta de servicios y cartera de clientes hasta que esta brinde claridad en cuanto a su aplicación y operatividad.

Caracterización de la Clínica Santamaría

Nivel de Atención: II

Nivel de Complejidad: III

Categoría de Establecimiento: Hospital General

Con 25 años de experiencia en el mercado, Clínica Santamaría se ha especializado en patologías digestivas, siendo las cirugías abdominales su principal fuente de experiencia, lo

que le llevó a recibir un reconocimiento internacional como Centro de Excelencia de Cirugías Bariátricas para América Latina.

Análisis Interno y Externo de la Clínica Santamaría

Análisis FODA

Fortalezas:

- Expertise de medico central Dr. Santamaría y staff médico de la clínica, ha obtenido inclusive reconocimiento internacional a la excelencia.
- Demostración de pertinencia médica y financiera ante prepagas y aseguradoras.
- Trayectoria ética.
- Bajos costos en relación con clínicas de igual nivel.
- Conformación ganadora, centro de consulta externa con clínica.
- Variedad de especialidades.
- Enfoque tecnológico (laparoscópico, mínimo invasivo)
- Variedad de convenios tanto con empresas, aseguradoras e incluso el estado.

Debilidades:

- Falta de equipos tecnológicos para algunas especialidades como por ejemplo Neurocirugía, ciertas cirugías traumatológicas, pacientes que deben ser derivados a otros centros por falta de capacidad resolutive.
- Falta de procedimientos claros o actualizados, desorden de los procesos.
- Sector: falta de parqueadero, percibido como de baja calidad.

- Infraestructura: No hay ascensor para visitantes, tercer piso mala apariencia, falta de climatización en todas las áreas, hay habitaciones que aún usan ventilador.
- Falta de control de costos fijos.
- Falta de contabilidad que mida rentabilidades por Unidades estratégicas del negocio.
- Falta de sistema que automatice proceso de atención al paciente.
- Problemas de comunicación entre gerencia general y reportes directos.
- Dependencia de terceros para laboratorio e imágenes que pueda repercutir en agilidad de diagnóstico.

Oportunidades

- Explotar convenios con socios estratégicos pueden ser estos los convenios privados o los propios médicos que nos deriven sus pacientes.
- Enfoque en procedimientos de mayor rentabilidad como por ejemplo campañas para potenciar cirugías bariátricas aprovechando el reconocimiento internacional que tiene la institución en este tipo de procedimientos mínimamente invasivos.
- Capacidad no atendida por hospitales públicos, pueden repercutir en pacientes derivados a la clínica, por lo general son pacientes con patologías complejas, pero representan ingresos monetarios altos para la clínica.
- Potencialización del consultorio como generador de procedimientos quirúrgicos.
- Capacidad no utilizada.

Amenazas

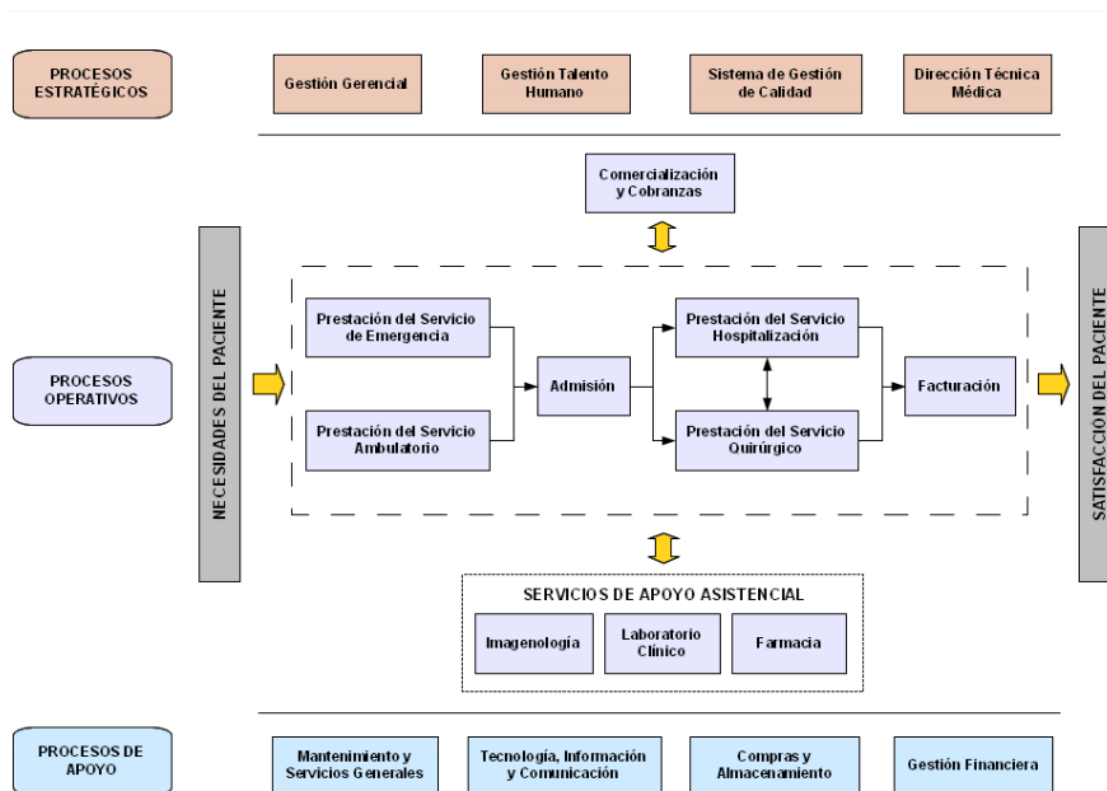
- Aumento de oferta hospitalaria propia del estado (ejecutivo o municipio), que limite aún más la transferencia de pacientes a prestadores externos.
- Consolidación de aseguradoras con centros de consulta exclusivos y posteriormente con clínicas.
- Endocrinólogos como detractores de cirugía bariátrica para el control de la diabetes.
- Entrantes locales fuertes y centros privados ya consolidados como de referencia por su trayectoria y especialización.
- Proliferación de centros de consulta.

Capacidad operativa

La clínica cuenta con 27 camas disponibles entre 14 camas censales hospitalarias y 13 camas no censales entre las que tenemos emergencia, UCI, cuidados intermedios y un cubículo para UCIN además dos quirófanos de usos múltiples, equipamiento institucional para resolución de diferentes especialidades, excepto cirugías de corazón, esta capacidad operativa permitió que en el año 2016 el MSP catalogara a la institución como Hospital General lo que permitió que continúe resolviendo patologías complejas y mantener la UCI.

Figura 6

Mapa de interacción de procesos



Nota: Mapa actual de interacción de procesos Tomado de documentación del Departamento de Calidad

Haciendo una revisión del mapa de interacción de los procesos que se muestra en la Figura 6 se han omitido procesos importantes como lo son Marketing y Ventas, esto se refleja en la falta de un plan de marketing y por ende en la falta de una estrategia encaminada a la captación de clientes; la gestión de cobranzas para una recuperación efectiva de la cartera, gestión de suma importancia ya que de esta depende el disponer de capital de trabajo.

De igual forma no se incluyen otros procesos importantes para la organización como los son Seguridad y salud ocupacional y Responsabilidad Social Empresarial.

Adicionalmente en el sistema de gestión se especifica que debemos dirigir las gestiones a las partes interesadas tomando en cuenta el contexto de la organización externo e

interno lo cual se traduce en responsabilidad social empresarial como a grupos de interés, por tal motivo, el mapa de procesos debe reflejar esto, por lo que el mapa de procesos debería reflejar las gestiones encaminadas a satisfacer las necesidades de los grupos de interés tal como lo especifica la norma.

A continuación, se detallan los principales problemas en los procesos operativos (proceso clave/cadena de valor) ocasionados por la falta de procedimientos claros o por la falta de actualización de los mismos lo cual ha ocasionado quejas del servicio lo que finalmente ha ocasionado la pérdida de clientes importantes y por ende las utilidades de la empresa han disminuido.

- Marketing y Ventas. - Aún no se establece una política de precio todo está centralizado en las decisiones del gerente, no existe un plan de marketing, se promocionan mayormente actividades de la organización, hay poca publicidad de los servicios de la clínica y las pocas promociones que se realizan no son socializadas a los demás departamentos de la institución.
- Prestación del servicio de emergencia. - No existen un protocolo de atención en el servicio de emergencia, existen muchas objeciones en la facturación por la falta de concordancia entre el cuadro clínico y los servicios que solicitan los médicos, no hay un control de las atenciones que se realizan en el área diariamente.
- Prestación del servicio Ambulatorio. - No se ha actualizado el procedimiento de atención en el servicio ambulatorio, no se respeta el horario de atención de las consultas ambulatorias, no existe un documento formal en el que se le obligue al médico a cubrir un horario establecido.

- Admisión. - Problemas por falta de documentación habilitante o documentos ilegibles han ocasionado pérdidas económicas al no poder cobrar los servicios consumidos por el paciente.
- Prestación del servicio de Hospitalización. - No se han levantado protocolos de atención del servicio hospitalario de por lo menos las principales patologías clínicas atendidas en la institución, existen muchas objeciones en la facturación por la falta de concordancia entre el cuadro clínico y los servicios que solicitan los médicos, hay muchos problemas al alta del paciente por la falta de registros médicos o registros incompletos.
- Prestación del servicio Quirúrgico. - No se han levantado protocolos de atención del servicio quirúrgico de por lo menos las principales patologías quirúrgicas atendidas en la institución, existen muchas objeciones en la facturación por la falta de concordancia entre los procedimientos realizados y los facturados esto porque no se describen en los records quirúrgicos.
- Facturación. - No hay un procedimiento de facturación detallado para cada convenio de prestación de servicios, existen muchas objeciones en la facturación por falta de documentación, los errores de los demás departamentos retrasan y dificultan la facturación lo que finalmente ocasiona un retraso en la recuperación de la cartera y glosas.
- Cobranzas. - Días de cobro de 458 días, lo que refleja que la cartera no se ha podido recuperar oportunamente, esto se traduce a falta de capital de trabajo para la operatividad de la institución, el 40% de los valores impagos corresponden a servicios que en primera auditoría han sido objetados por falta de documentación o pertinencia médica.

Capítulo III

Marco Metodológico

Diseño de la Investigación

En el presente estudio, se efectuó un diseño no experimental. Este tipo de diseño implica analizar un conjunto de datos sin intervenir en su recolección, es decir, los datos son recopilados directamente de la clínica y no son manipulados por el investigador (Arias & Covinos, 2021).

La información obtenida de la clínica se interpreta en su contexto natural, sin haber sido alterada, permitiendo así un análisis objetivo y fiel a la realidad de la situación actual de la institución y sus procesos. La implementación del SGC en la clínica se basa en la evaluación de los datos recopilados y la identificación de áreas de mejora, con el objetivo de fortalecer la calidad de los servicios ofrecidos y aumentar la satisfacción de los pacientes.

Tipo de Estudio

En el caso de la propuesta de un Sistema de Gestión de Calidad en base a la norma ISO 9001:2015 en la Clínica Santamaría de la ciudad de Guayaquil, se han aplicado dos tipos de investigación: la investigación descriptiva y la investigación exploratoria.

La investigación descriptiva se ha utilizado para determinar las principales características del funcionamiento de la clínica y los servicios que ofrece. Esta investigación permite recopilar información suficiente sobre la institución y sus procesos de gestión, lo cual es esencial para comprender su situación actual y definir las áreas de mejora necesarias (Guevara *et al.*, 2020).

Por otro lado, la investigación exploratoria se ha aplicado debido a que no se han realizado estudios previos sobre la aplicación de las Normas ISO 9001:2015 en la Clínica Santamaría. Esta investigación busca otorgar una amplia explicación de la realidad y explorar

nuevas posibilidades para mejorar los procesos organizacionales, por lo que, se caracteriza como un enfoque novedoso y sin precedentes en esta institución.

Mediante la combinación de ambas investigaciones, se pretende obtener una visión completa de la situación actual de la clínica, sus fortalezas y áreas de mejora, y así desarrollar un Sistema de Gestión de Calidad efectivo que permita optimizar los procesos y elevar la calidad de los servicios ofrecidos a los pacientes.

Métodos de investigación

En el caso de la propuesta de un sistema de gestión de calidad en base a la norma ISO 9001:2015 en la Clínica Santamaría de la ciudad de Guayaquil, se utiliza el método inductivo-deductivo, el cual permite combinar el análisis de casos particulares con la formulación de principios generales, lo que facilita el proceso de investigación y razonamiento lógico para llegar a conclusiones válidas y fundamentadas (Álvarez *et al.*, 2020).

Inicialmente, se aplica el método inductivo al identificar y analizar por separado cada una de las causas que llevan al problema de investigación, es decir, se parte desde lo particular para llegar a conclusiones generales. En este enfoque, se analizan en detalle los errores y deficiencias que afectan la calidad de los procesos en la clínica. Posteriormente, se emplea el método deductivo para establecer políticas individuales de mejora en la calidad de los procesos de la compañía. Esto implica analizar la situación actual de la clínica y, a partir de la norma ISO 9001:2015, se determinan lineamientos generales que deben ser aplicados en la institución para optimizar sus procesos y alcanzar la excelencia en la prestación de servicios de salud.

Población y muestra

En términos estadísticos, la población se refiere al conjunto de elementos que comparten características similares y que forman parte del estudio en cuestión (Cortes *et al.*,

2020). En el caso del presente trabajo, la población está constituida por todos los trabajadores que laboran en la Clínica Santamaría de la ciudad de Guayaquil. A continuación, se presenta la clasificación de la población por área departamental:

Tabla 1

Clasificación de la Población por Área Departamental de la Clínica Santamaría

Categoría de Personal	Cantidad
Personal Médico y de Enfermería	
Jefe de Enfermería	1
Jefe de Residentes	1
Personal Técnico y Enfermeros/as	33
Personal Administrativo	
Personal de Administración	10
Personal de Recursos Humanos	2
Director Técnico	1
Personal de Calidad	1
Personal de Ventas	2
Personal de Apoyo	
Personal de Farmacia	3
Personal de Laboratorio	5
Personal de Radiología y Ecografía (en convenio)	2

Nota: La tabla muestra datos internos de la Clínica Santamaría, 2023

Total de Trabajadores: 61

En el estudio se aplicó la encuesta a la totalidad de los trabajadores de la clínica.

Por otro lado, también se aplicó una encuesta a los pacientes con el fin de determinar el nivel de satisfacción, utilizando como población, el número de pacientes contabilizados en el año 2022, que fue 358, aplicando la ecuación previa, se obtuvo que

$$n = \frac{1,96^2 * 358 * 0,5 * 0,5}{0,05^2(358 - 1) + 1,96^2 * 0,5 * 0,5}$$

n= 185,04

En el estudio se realizaron 185 encuestas a los pacientes de la clínica.

Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Investigación

En el presente estudio, se utilizaron diversas fuentes para recopilar datos, incluyendo fuentes primarias y secundarias. Las fuentes primarias se obtendrán a través de encuestas, que consisten en un conjunto de preguntas formuladas a diversos grupos de interés, como el personal médico, administrativo y pacientes, para conocer su percepción sobre la calidad del servicio y el cumplimiento de los estándares ISO 9001:2015.

Por otro lado, las fuentes secundarias correspondieron a documentos de investigación previamente realizados por otros autores, como libros, artículos, revistas y páginas web, que proporcionen información relevante para el estudio. Estas fuentes secundarias complementarán el análisis del uso de las Normas ISO 9001:2015 como herramienta para implementar un Sistema de Gestión de Calidad en la Clínica Santamaría.

Para recopilar datos a través de las encuestas, el autor de la investigación, diseñó dos cuestionarios adaptados según el contexto de estudio, con el fin de evaluar la percepción del personal médico sobre la calidad del servicio y el cumplimiento de los estándares ISO 9001:2015 (Anexo 1) y otro para ser aplicado a los pacientes y conocer su nivel de satisfacción con el servicio prestado (Anexo 2). La tabla 2 muestra los instrumentos de estudio a utilizar:

Tabla 2

Fuentes, técnicas e instrumentos de investigación

Fuente	Técnica de Investigación	Instrumento
Fuentes Primarias	Encuestas	Cuestionario para personal médico y administrativo, Cuestionario para pacientes
Fuentes Secundarias	Documentos de investigación	Libros, artículos, revistas, páginas web

Nota: Instrumentos a emplear en la investigación.

Mediante el uso de estas fuentes y técnicas de investigación, se obtendrá información valiosa que contribuirá a evaluar y diseñar un Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2015 para la Clínica Santamaría.

Operacionalización de Variables

Las variables de estudio en este proyecto están organizadas en dimensiones, indicadores e ítems, los cuales se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 3*Cuadro de operacionalización de variables*

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnicas e Instrumentos
Norma ISO 9001: Sistema de Gestión de Calidad	Contexto de la organización	Cumplimiento de los requisitos del contexto de la organización	¿Ha identificado los elementos internos y externos que afectan la calidad de los procesos en su puesto de trabajo? ¿Se han diseñado los procesos relacionados con su puesto de trabajo considerando tanto los factores internos y externos como las necesidades y expectativas de las partes interesadas?	Encuesta / cuestionario
	Liderazgo	Cumplimiento de los requisitos del liderazgo	¿Ha recibido información por parte de su jefe inmediato acerca de los objetivos de los procesos relacionados con su trabajo? ¿Ha implementado acciones sugeridas por su jefe inmediato para mitigar los riesgos asociados a los procesos en su área departamental?	
	Planeación	Cumplimiento de los requisitos de planeación	¿Se han realizado evaluaciones y análisis para identificar los riesgos que afectan la seguridad y el desempeño de los procesos, con el objetivo de obtener resultados mejorados? ¿Su área departamental ha establecido objetivos específicos de calidad para los procesos relevantes, con el fin de mejorar su eficiencia y eficacia?	
	Soporte	Cumplimiento de los requisitos de soporte	¿En su área departamental se ha llevado a cabo un plan específico para mejorar la calidad de los procesos en los últimos meses? ¿La empresa ha proporcionado los recursos necesarios para su área departamental con el propósito de mejorar la calidad de los procesos?	

	Operación	Cumplimiento de los requisitos de operación	<p>¿En la empresa se cuentan con mecanismos de comunicación con los clientes para proporcionar información sobre las características del servicio ofrecido?</p> <p>¿El servicio de la empresa se ha implementado siguiendo las políticas actuales de calidad establecidas?</p> <p>¿Se aplican criterios de evaluación y selección para cada uno de los proveedores externos con los que la empresa trabaja?</p>	
	Evaluación de Desempeño	Cumplimiento de los requisitos de evaluación de desempeño	<p>¿En la empresa se han establecido fechas específicas para evaluar los resultados de la calidad en los procesos?</p> <p>¿Existe en la organización un programa de auditoría interna destinado a evaluar la calidad en los procesos implementados?</p>	
	Mejora	Cumplimiento de los requisitos de evaluación de mejora	<p>¿Se han implementado acciones de mejora para elevar la calidad de los procesos en función de las necesidades del cliente?</p> <p>¿Su área departamental cuenta con procesos adecuados para gestionar errores e inconformidades en las acciones aplicadas?</p>	Encuesta / cuestionario
Satisfacción de los pacientes	Puntualidad y eficiencia	Nivel de satisfacción de los pacientes	<p>¿Cómo calificaría la puntualidad y eficiencia en el proceso de atención?</p> <p>¿Experimentó puntualidad y eficiencia en el proceso de atención desde su llegada a la clínica hasta la finalización de su consulta o tratamiento?</p>	Encuesta / cuestionario
	Comunicación y claridad de la información		<p>¿Se siente satisfecho(a) con la comunicación y claridad de la información brindada por el personal médico y administrativo durante su atención en la clínica?</p>	
	Servicios médicos, instalaciones y equipamiento		<p>En términos generales, ¿está satisfecho(a) con la calidad de los</p>	

servicios médicos, instalaciones y
equipamiento de la clínica?

Interpretación de los Resultados

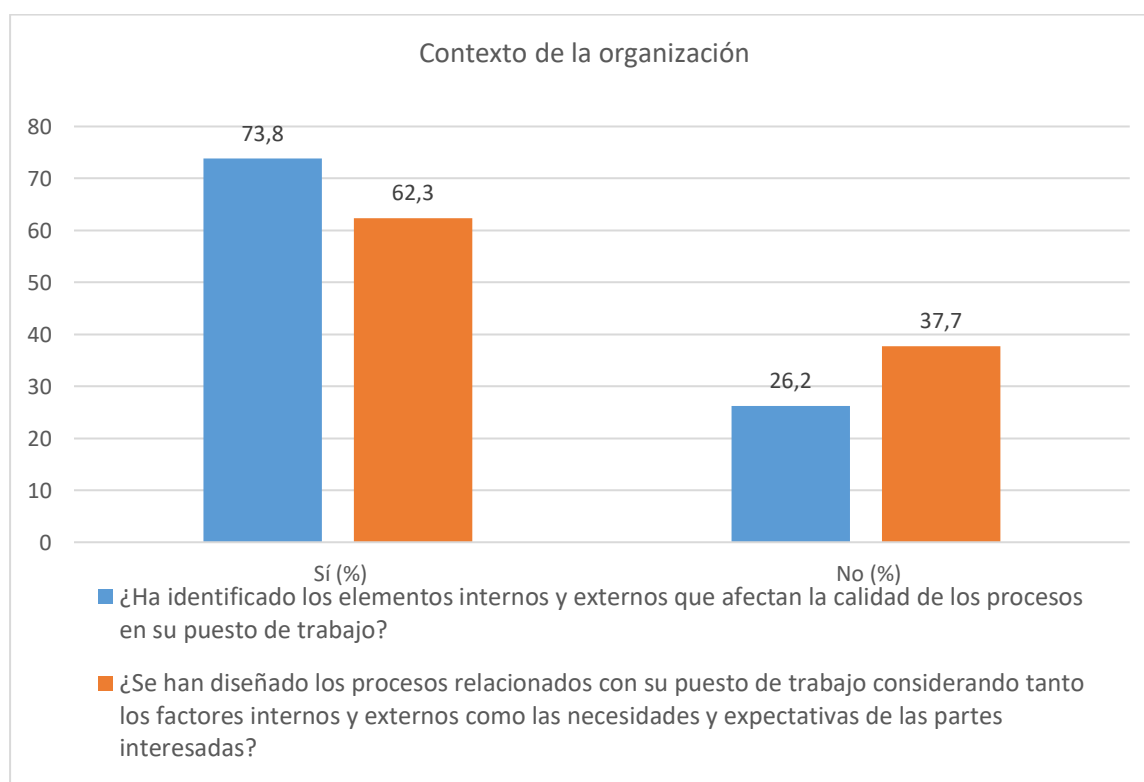
Para el análisis de resultados se utilizó la estadística descriptiva, para determinar la frecuencia y porcentajes correspondientes a las respuestas aportadas por los trabajadores y pacientes de la clínica.

Análisis e interpretación de resultados de la encuesta a los trabajadores

Contexto de la organización

Figura 7.

Resultados de la encuesta a los trabajadores para el contexto de la organización



Nota: La figura presenta los resultados de la encuesta a los trabajadores realizada en la clínica Santamaría, 2023.

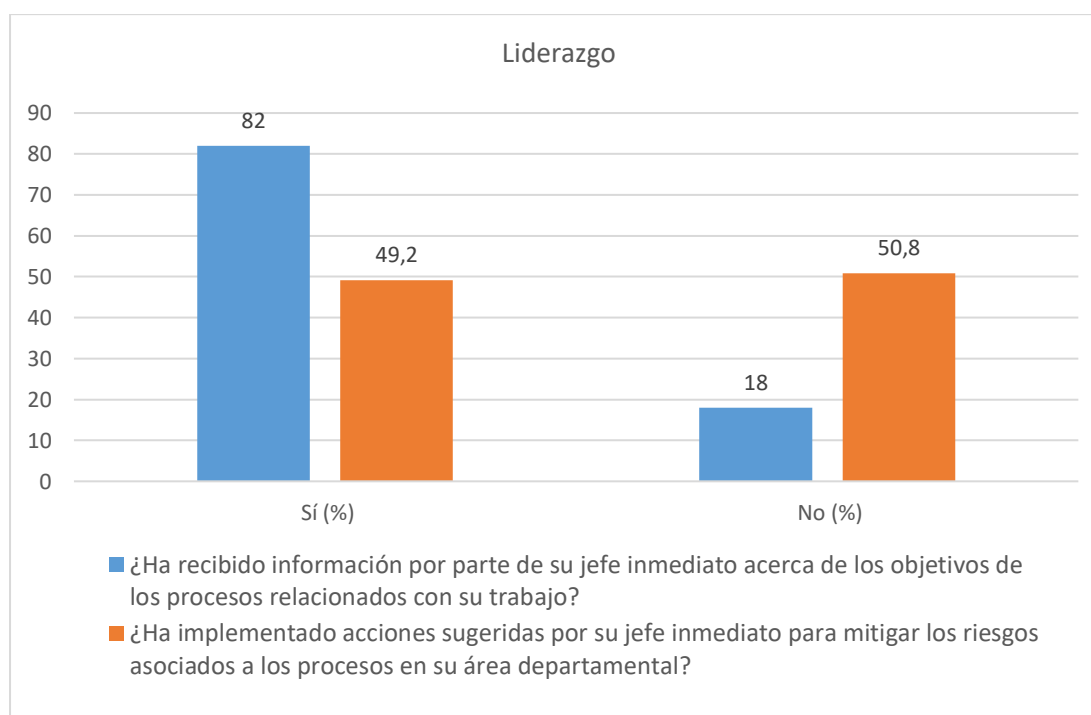
Los resultados de la encuesta muestran que el 73.8% de los trabajadores han identificado los elementos internos y externos que afectan la calidad de los procesos en su puesto de trabajo. Además, el 62.3% de los empleados afirma que los procesos relacionados con su trabajo han sido diseñados considerando los factores internos y externos, así como las

necesidades y expectativas de las partes interesadas. Estos resultados reflejan un buen nivel de conciencia y comprensión sobre la importancia del contexto de la organización y la consideración de las necesidades de las partes interesadas en la gestión de calidad. Sin embargo, también señalan oportunidades para mejorar aún más en estos aspectos, lo que podría contribuir a una mejora continua en la calidad de los procesos y su alineación con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

Liderazgo

Figura 8.

Resultados de la encuesta a los trabajadores para el liderazgo



Nota: La figura muestra las acciones con respecto al liderazgo.

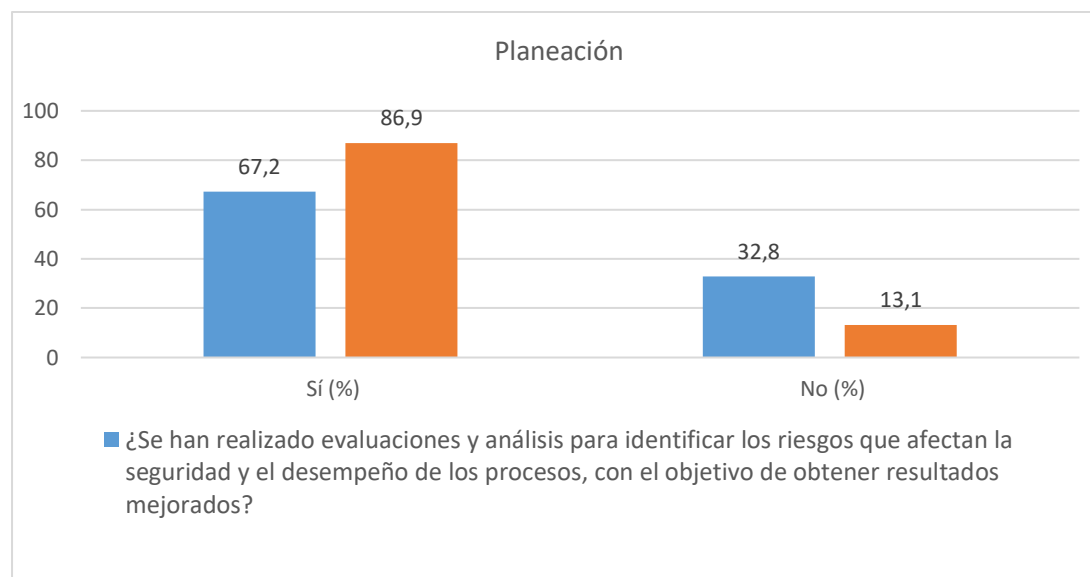
Los resultados de la encuesta muestran que el 82% de trabajadores ha recibido información por parte de su jefe inmediato acerca de los objetivos de los procesos relacionados con su trabajo, lo que indica una comunicación efectiva y un claro liderazgo en la transmisión de metas y objetivos. Sin embargo, en cuanto a la implementación de acciones

sugeridas por los jefes inmediatos para mitigar los riesgos asociados a los procesos en el área departamental, solo el 49,2% de los empleados afirma haberlo hecho. Este resultado sugiere que, aunque existe una adecuada comunicación de los objetivos, puede haber oportunidades para fortalecer la implementación de acciones sugeridas para gestionar los riesgos en el área departamental, lo que podría mejorar aún más el liderazgo en el contexto de la norma ISO 9001:2015. Es importante destacar que el 50.8% de los empleados que indicaron no haber implementado tales acciones, podrían requerir un mayor apoyo y dirección por parte de la dirección para mejorar la gestión de riesgos en los procesos y promover una cultura de mejora continua en el liderazgo.

Planeación

Figura 9

Resultados de la encuesta a los trabajadores para el nivel de planeación



Nota: La figura representa las acciones en cuanto a los riesgos de seguridad y desempeño.

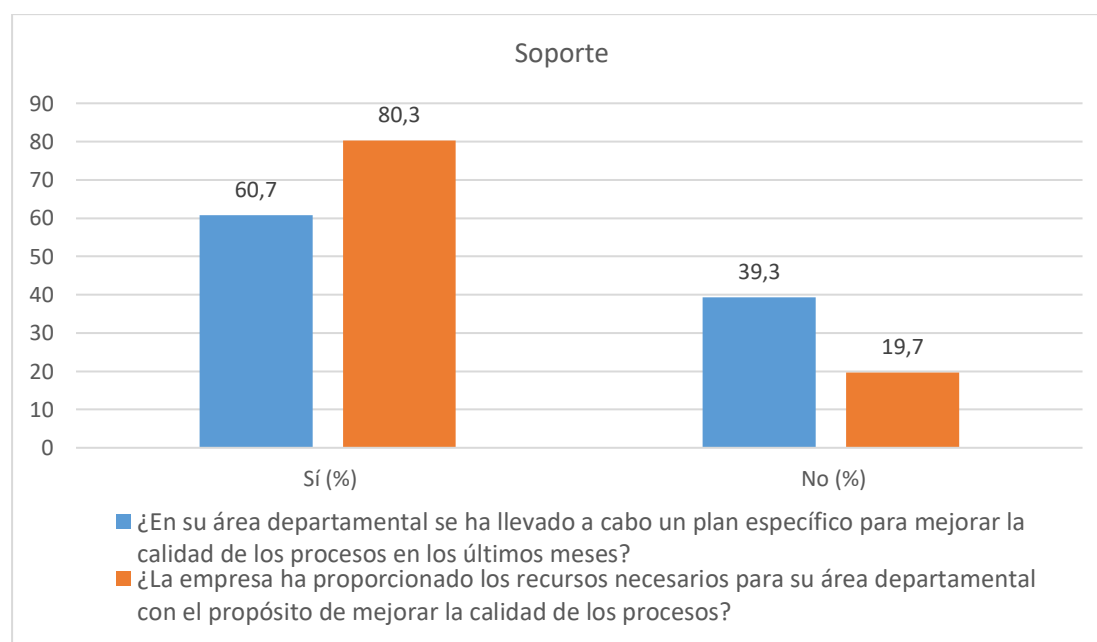
Los resultados de la encuesta indican que el 67.2% de los trabajadores afirma que se han realizado evaluaciones y análisis para identificar los riesgos que afectan la seguridad y el desempeño de los procesos, lo que muestra una práctica positiva relacionada con la

planificación en el contexto de la norma ISO 9001:2015. Esta acción demuestra una preocupación por la identificación y gestión de riesgos para lograr resultados mejorados en la organización. Además, el 86.9% de los empleados indica que su área departamental ha establecido objetivos específicos de calidad para los procesos relevantes con el fin de mejorar la eficiencia y eficacia, lo que destaca una alta proporción de empleados que perciben la existencia de metas claras y específicas relacionadas con la calidad de los procesos, lo que también es congruente con los principios de planificación de la norma ISO 9001:2015. Sin embargo, el 13.1% de los empleados que respondieron que no se han establecido tales objetivos podrían ser áreas de oportunidad para fortalecer el enfoque en la planificación y definición de metas específicas para mejorar la eficiencia y eficacia de los procesos en la organización.

Soporte

Figura 10

Resultados de la encuesta a los trabajadores para el nivel de soporte



Nota: Representación del nivel de soporte.

Los resultados muestran que el 60.7% de los empleados indica que en su área departamental se ha llevado a cabo un plan específico para mejorar la calidad de los procesos en los últimos meses. Este porcentaje es relevante ya que demuestra que una mayoría de los trabajadores percibe la implementación de acciones concretas para mejorar la calidad de los procesos en la organización, lo cual está alineado con el principio de "Soporte" de la norma ISO 9001:2015, que enfatiza la provisión de recursos para lograr los objetivos de calidad.

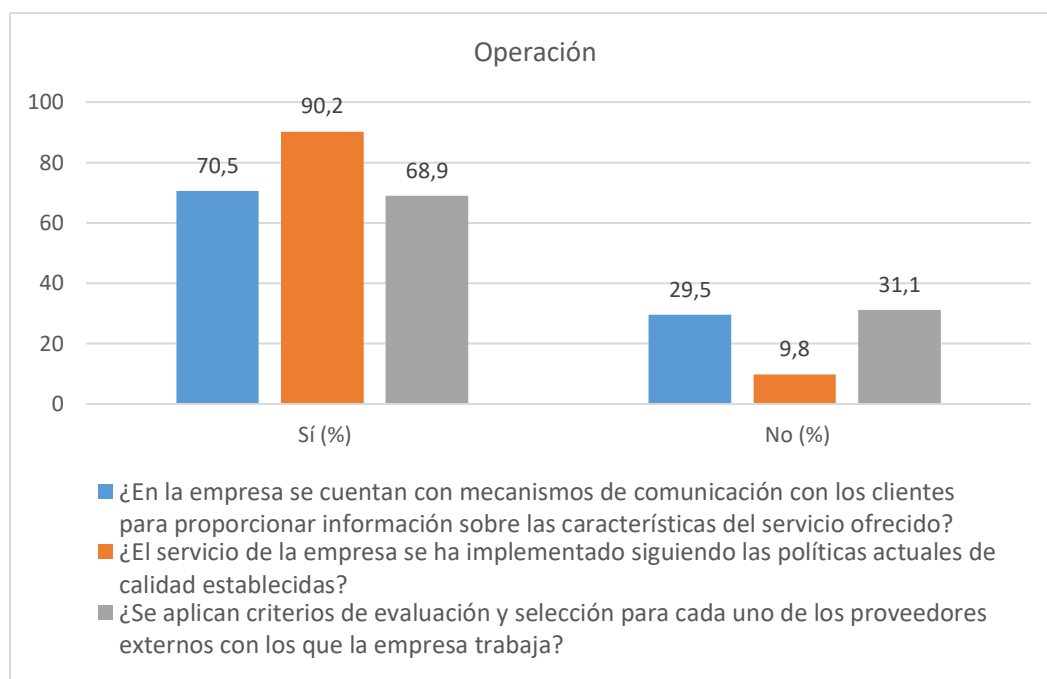
Asimismo, el 80.3% de los empleados señala que la empresa ha proporcionado los recursos necesarios para su área departamental con el propósito de mejorar la calidad de los procesos. Este porcentaje alto refleja una percepción positiva por parte de los empleados en cuanto al apoyo brindado por la empresa en términos de recursos para la mejora de la calidad, lo cual también está en línea con el principio de "Soporte" de la norma ISO 9001:2015.

Sin embargo, es importante mencionar que el 39.3% de los empleados indicó que no se ha llevado a cabo un plan específico para mejorar la calidad de los procesos en su área departamental y el 19.7% respondió que la empresa no ha proporcionado los recursos necesarios para la mejora de la calidad de los procesos. Estos porcentajes menores podrían ser áreas de oportunidad para la organización en términos de fortalecer la planificación y asignación de recursos para lograr una mejora continua en la calidad de los procesos.

Operación

Figura 11

Resultados de la encuesta a los trabajadores para el nivel de operación



Nota: Refleja los resultados de criterios, servicios y mecanismo de comunicación.

Los resultados muestran que el 70.5% de los empleados indican que en la empresa se cuentan con mecanismos de comunicación con los clientes para proporcionar información sobre las características del servicio ofrecido. Este porcentaje es significativo y refleja que la empresa está enfocada en mantener una comunicación efectiva con sus clientes, lo que es fundamental para el enfoque de gestión de la ISO 9001:2015 que destaca la importancia de satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.

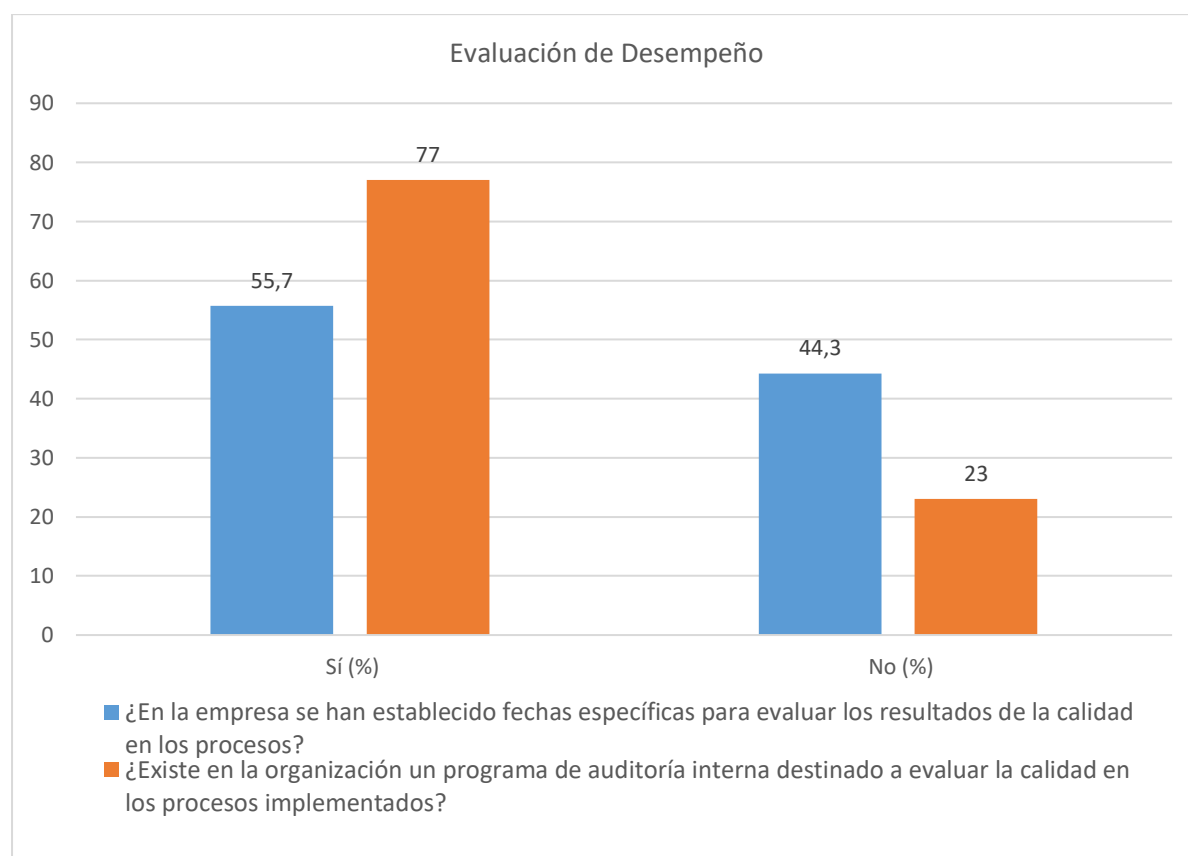
Además, el 90.2% de los empleados respondieron afirmativamente respecto a que el servicio de la empresa se ha implementado siguiendo las políticas actuales de calidad establecidas. Este alto porcentaje indica que la empresa está comprometida con la implementación de políticas de calidad y la conformidad con los estándares establecidos por la ISO 9001:2015.

En cuanto a la aplicación de criterios de evaluación y selección para los proveedores externos, el 68.9% de los empleados indicaron que sí se aplican. Este porcentaje sugiere que la empresa considera importante la selección adecuada de proveedores externos para asegurar la calidad de los bienes y servicios que adquiere, lo cual está en línea con los principios de la ISO 9001:2015 que resaltan la importancia de establecer relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores.

Evaluación de Desempeño

Figura 12

Resultados de la encuesta a los trabajadores para el nivel de evaluación de desempeño



Nota: La figura representa los resultados de la calidad en los procesos.

Los resultados muestran que el 55.7% de los empleados indican que en la empresa se han establecido fechas específicas para evaluar los resultados de la calidad en los procesos. Este porcentaje muestra que más de la mitad de los empleados perciben que la empresa

realiza evaluaciones periódicas de la calidad en sus procesos, lo cual es fundamental para el enfoque de mejora continua establecido por la ISO 9001:2015.

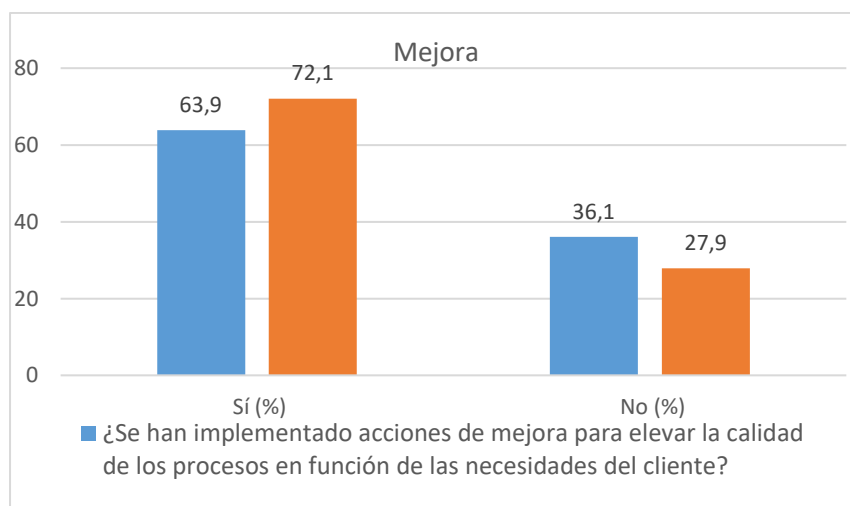
Por otro lado, el 77% de los empleados respondieron afirmativamente respecto a la existencia de un programa de auditoría interna destinado a evaluar la calidad en los procesos implementados. Este porcentaje indica que la organización ha implementado un sistema de auditorías internas para verificar el cumplimiento de los estándares y procedimientos de la ISO 9001:2015, lo que demuestra un enfoque proactivo hacia la evaluación y mejora de la calidad de los procesos.

En general, estos resultados muestran que la organización está tomando medidas para evaluar y mejorar su desempeño en términos de calidad de procesos, lo que es esencial para el cumplimiento de los requisitos de la ISO 9001:2015 y para garantizar la satisfacción del cliente. Sin embargo, también se destaca que hay una oportunidad de mejora en la implementación de fechas específicas para las evaluaciones de calidad, con un porcentaje del 55.7%. Es importante que la empresa continúe fortaleciendo sus prácticas de evaluación y seguimiento para lograr un desempeño óptimo en cuanto a la calidad de los procesos.

Mejora

Figura 13

Resultados de la encuesta a los trabajadores para el nivel de mejora



Nota: La figura establece el por ciento de la calidad de los procesos y la implicación de departamentos.

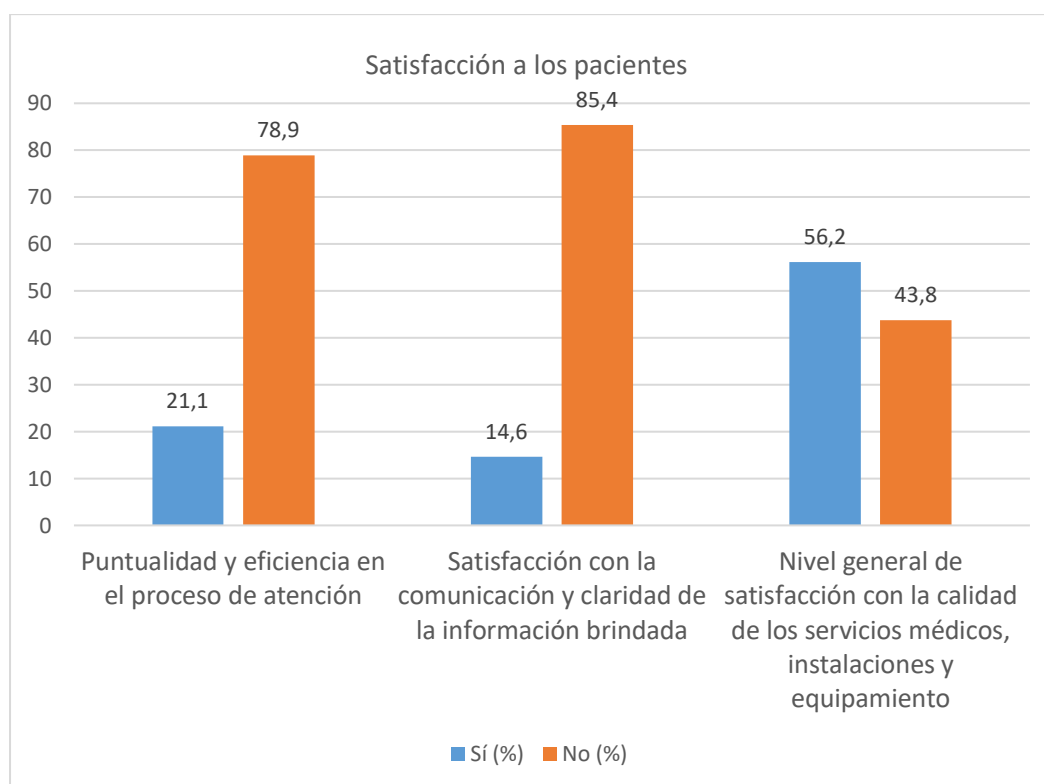
Los resultados muestran que el 63.9% de los empleados perciben que se han implementado acciones de mejora para elevar la calidad de los procesos en función de las necesidades del cliente. Este porcentaje es significativo y refleja un enfoque positivo hacia la mejora continua y la atención a las demandas de los clientes. Por otro lado, el 72.1% de los empleados consideran que su área departamental cuenta con procesos adecuados para gestionar errores e inconformidades en las acciones aplicadas. Esto indica que la organización ha establecido procedimientos efectivos para abordar y corregir cualquier problema o desviación que pueda surgir en sus procesos.

Ambos porcentajes son importantes para la mejora de la ISO 9001:2015, ya que demuestran un compromiso con la satisfacción del cliente y la excelencia operativa. Sin embargo, también se evidencia que existe margen de mejora, especialmente en el segundo aspecto, donde un 27.9% de los empleados aún perciben que los procesos de gestión de errores e inconformidades pueden fortalecerse.

Análisis e interpretación de resultados de la encuesta de satisfacción a los pacientes

Figura 14

Análisis e interpretación de resultados de la encuesta de satisfacción a los pacientes



Los resultados de la encuesta muestran que hay áreas de oportunidad para mejorar el nivel de satisfacción de los pacientes en la clínica. La mayoría de los pacientes (78.9%) expresan insatisfacción con la puntualidad y eficiencia en el proceso de atención, lo que indica que la clínica puede tener problemas en la gestión de los tiempos de atención y en la eficiencia de sus procesos.

Además, un alto porcentaje de pacientes (85.4%) manifiesta que no están satisfechos con la comunicación y claridad de la información brindada por el personal médico y administrativo durante su atención en la clínica. Esto sugiere que existe una oportunidad para mejorar la comunicación con los pacientes y brindarles información clara y precisa sobre su atención médica.

Aunque más de la mitad de los pacientes (56.2%) se muestra satisfecho con la calidad de los servicios médicos, instalaciones y equipamiento, aún hay un porcentaje significativo (43.8%) de pacientes insatisfechos. Esto indica que la clínica puede mejorar en aspectos relacionados con la calidad de los servicios que ofrece, lo que incluye la infraestructura, los equipos médicos y el nivel de atención brindado.

Análisis global

Los resultados de la encuesta a los trabajadores en la Clínica Santamaría indican un sólido compromiso con la gestión de calidad, dado que existe una clara comprensión del contexto de la organización y la comunicación efectiva de objetivos, pero se identifican oportunidades para fortalecer la implementación de acciones para gestionar riesgos. Además, la planificación y la definición de objetivos específicos pueden mejorarse en algunos departamentos, conjuntamente, la mayoría de los empleados perciben acciones para mejorar la calidad de los procesos y la provisión de recursos. Así mismo, se destaca la comunicación con los clientes y el compromiso con políticas de calidad. La evaluación de desempeño y la implementación de acciones de mejora también están presentes, aunque hay espacio para mejorar la programación de evaluaciones de calidad.

Los resultados de la encuesta de satisfacción a los pacientes en la Clínica Santamaría reflejan áreas de oportunidad, dado que, la mayoría de los pacientes expresan insatisfacción con la puntualidad y eficiencia de la atención, la comunicación y claridad de la información proporcionada, y la calidad de los servicios médicos y las instalaciones. Estos resultados señalan la necesidad de mejorar la experiencia del paciente en términos de tiempos de atención, comunicación efectiva y calidad de los servicios médicos y las instalaciones.

Globalmente, la Clínica Santamaría muestra un fuerte compromiso con la gestión de calidad y la satisfacción de los pacientes. Los trabajadores comprenden el contexto de la organización y la importancia de los objetivos, pero existen oportunidades para mejorar la

gestión de riesgos y la planificación en algunos departamentos. La comunicación con los pacientes debe fortalecerse, y la puntualidad, la eficiencia y la calidad de los servicios requieren atención adicional. La implementación de acciones de mejora basadas en las necesidades del cliente es positiva, y la clínica está en camino hacia la mejora continua en la calidad de los procesos y la atención al paciente.

Capítulo IV

Propuesta para la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad según la norma ISO 9001: 2015

Tras el análisis realizado a la percepción del cliente en cuanto a los factores de calidad evaluados en la encuesta, se han identificado diversas áreas de inconformidad que requieren atención inmediata. Los resultados demuestran que existen problemas internos en la Clínica Santamaría, como desorganización o falta de procedimientos establecidos, lo cual ha generado una pérdida de clientes importantes y, en consecuencia, ha impactado negativamente en las finanzas de la empresa.

Para abordar estas deficiencias y mejorar la calidad de los servicios ofrecidos, se plantea el diseño e implementación de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015. Este enfoque proporcionará una estructura sólida para establecer procedimientos claros y eficientes, así como para fortalecer la comunicación interna y la gestión de riesgos. Al seguir los principios y requisitos de la norma, la clínica podrá mejorar su desempeño, satisfacer las necesidades de sus clientes y generar una cultura de mejora continua.

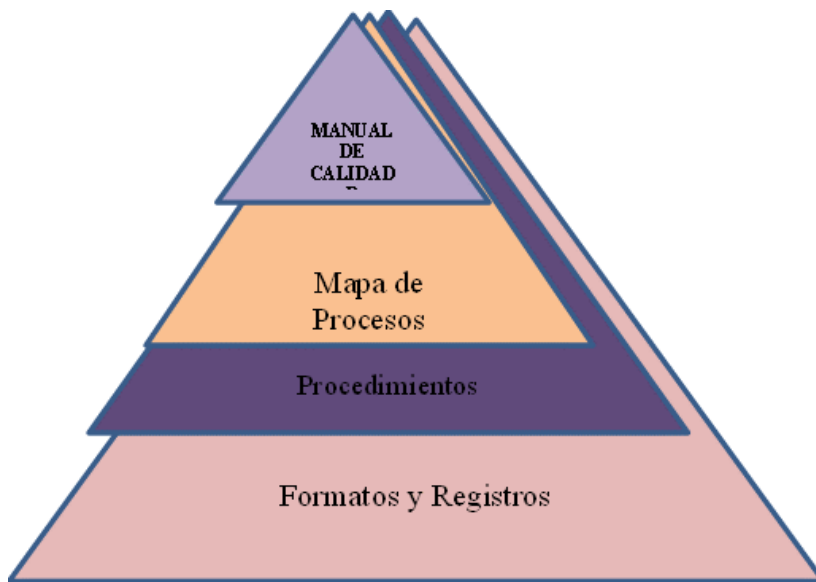
La implementación de un sistema de gestión de calidad permitirá a la Clínica Santamaría demostrar su compromiso con la excelencia en la prestación de servicios médicos, lo que a su vez contribuirá a recuperar la confianza de los clientes y atraer a nuevos pacientes. Además, al mejorar la eficiencia y la efectividad de los procesos, la clínica podrá reducir costos y optimizar recursos, lo que resultará en beneficios económicos para la empresa a largo plazo.

Estructura Documental Requerida para la Implementación del SGC de la Clínica Santamaría

En la Figura 15, se presenta la estructura documental requerida para la implementación del SGC de la Clínica Santamaría:

Figura 15.

Estructura documental de la SGC



Nivel 1.- Manual de la Calidad: Para efectos del presente proyecto se realizará la revisión del Manual de Calidad de la Clínica Santamaría actualizando sus requisitos en relación a la Norma ISO 9001:2015.

Nivel 2.- Mapa de Procesos. - Es la representación gráfica de los procesos y su interacción en la cadena de valor, lo cual permite su caracterización identificando las entradas y salidas, además el objetivo de cada proceso, los indicadores de gestión, responsables, riesgos, requisitos inherentes de la norma.

Nivel 3.- Procedimientos. - Como parte de mi propuesta se describen los procedimientos críticos de los procesos de Emergencia, Hospitalización, UCI y quirófano por ser los que más inconformidades presentan.

Nivel 4.- Formatos y Registros. - Se presentan los documentos que representan evidencia objetiva de las actividades desempeñadas en cada uno de los procedimientos objeto del estudio.

Manual de la Calidad de la Clínica Santamaría

La ISO 9000:2015 define al Manual de la Calidad como el documento que establece requisitos para el Sistema de Gestión de la Calidad de una organización y añade que puede variar en detalle y formato para adecuarse al tamaño y complejidad de cada organización en particular.

Se establece y mantiene el Manual de Gestión de Calidad como soporte para la implantación del Sistema de Gestión de Calidad el cual incluye: el alcance del Sistema de Gestión de Calidad con la justificación de las exclusiones, descripción de la interacción de los procesos del SGC además se referencia a los procedimientos requeridos por el sistema de Gestión de Calidad.

Objetivos

- Implementar un sistema de gestión que permita estandarizar y sistematizar todas las actividades clínicas, desde la recepción de pacientes hasta el proceso de atención médica, con el fin de garantizar la eficiencia y la calidad en cada etapa del servicio.
- Mejorar la competitividad de la clínica en el sector de la salud, ofreciendo servicios médicos de excelencia que cumplan con los más altos estándares de calidad y seguridad, lo que permitirá atraer y retener a más pacientes y generar una ventaja competitiva en el mercado.
- Incrementar la confianza de los clientes internos, como el personal médico y administrativo, brindándoles un entorno de trabajo organizado, con

procedimientos claros y eficientes, y proporcionándoles las herramientas y capacitación necesarias para desempeñarse con excelencia en sus funciones.

- Mejorar de forma sostenible la estructura de la clínica, implementando prácticas de mejora continua y evaluando regularmente los resultados obtenidos para identificar áreas de oportunidad y tomar acciones correctivas y preventivas.
- Reducir los costos asociados a errores médicos y reprocesos, mediante la implementación de protocolos y medidas de seguridad, lo que contribuirá a optimizar los recursos y garantizar la seguridad y bienestar de los pacientes.
- Cumplir con la legislación y normas aplicables en el ámbito de la salud, asegurando el cumplimiento de todas las regulaciones y requisitos legales para garantizar la calidad y seguridad de los servicios médicos ofrecidos.
- Incrementar la productividad de la clínica, asegurando una utilización eficiente de los recursos, optimizando los tiempos de atención, y mejorando la satisfacción de los pacientes para lograr un crecimiento sostenible y una mayor rentabilidad en el negocio.

Alcance

El Manual de la Calidad es aplicable a los procesos identificados por la Clínica Santamaría que se encuentran directamente relacionados con la Calidad para la realización de sus servicios los cuales son:

Procesos Estratégicos: - Gestión Gerencial. - Gestión del Talento Humano - Sistema de Gestión de Calidad - Dirección Técnica Médica – Marketing y Ventas.

Procesos Operativos: - Prestación del Servicio de Emergencia - Prestación del Servicio Ambulatorio - Prestación del Servicio de Hospitalización - Prestación del Servicio Quirúrgico - Admisión – Facturación – Cobranzas – Farmacia – Imágenes - laboratorio.

Procesos de Apoyo: - Mantenimiento y Servicios Generales - Tecnología, Información y Comunicación - Compras y Almacenamiento – Gestión Financiera.

Exclusiones

Las cláusulas que se excluyen del Sistema de Gestión de Calidad de la Clínica Santamaría “Clisanta S.A.” son las siguientes:

Clausula 8.3: diseño y desarrollo Dentro del Sistema de Gestión de Calidad de la Clínica Santamaría “Clisanta S.A.” no se contemplan el diseño y desarrollo de productos y/o servicios, debido a que este proceso no se realiza dentro de la entidad.

Clausula 8.5.2: trazabilidad de las mediciones. No existen procesos de prestación de servicio donde la trazabilidad de las mediciones sea un requisito.

Responsabilidades

Las directrices establecidas en el Manual de la Calidad deben ser cumplidas por todos los niveles de la organización.

El coordinador de la SGC es el responsable de controlar, distribuir y actualizar el Manual de la Calidad.

El Gerente General es el responsable de aprobar el Manual de la Calidad.

Enfoque a procesos

Clínica Santamaría “Clisanta S.A.” adopta el enfoque basado en procesos para el desarrollo, implementación y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad, con el objetivo de incrementar la satisfacción del cliente, cumpliendo los requisitos de la Norma Internacional ISO 9001:2015.

Para cumplir con los objetivos planteados, se han identificado los procesos descritos en el Mapa de Procesos, la metodología aplicada contempla el siguiente esquema de identificación de procesos:

Procesos Estratégicos: Son todos aquellos procesos que determinan las directrices, políticas y estrategias que conducen a la clínica.

Procesos Operativos: Son todos aquellos procesos que involucran la operación y realización de actividades cotidianas dentro de la clínica.

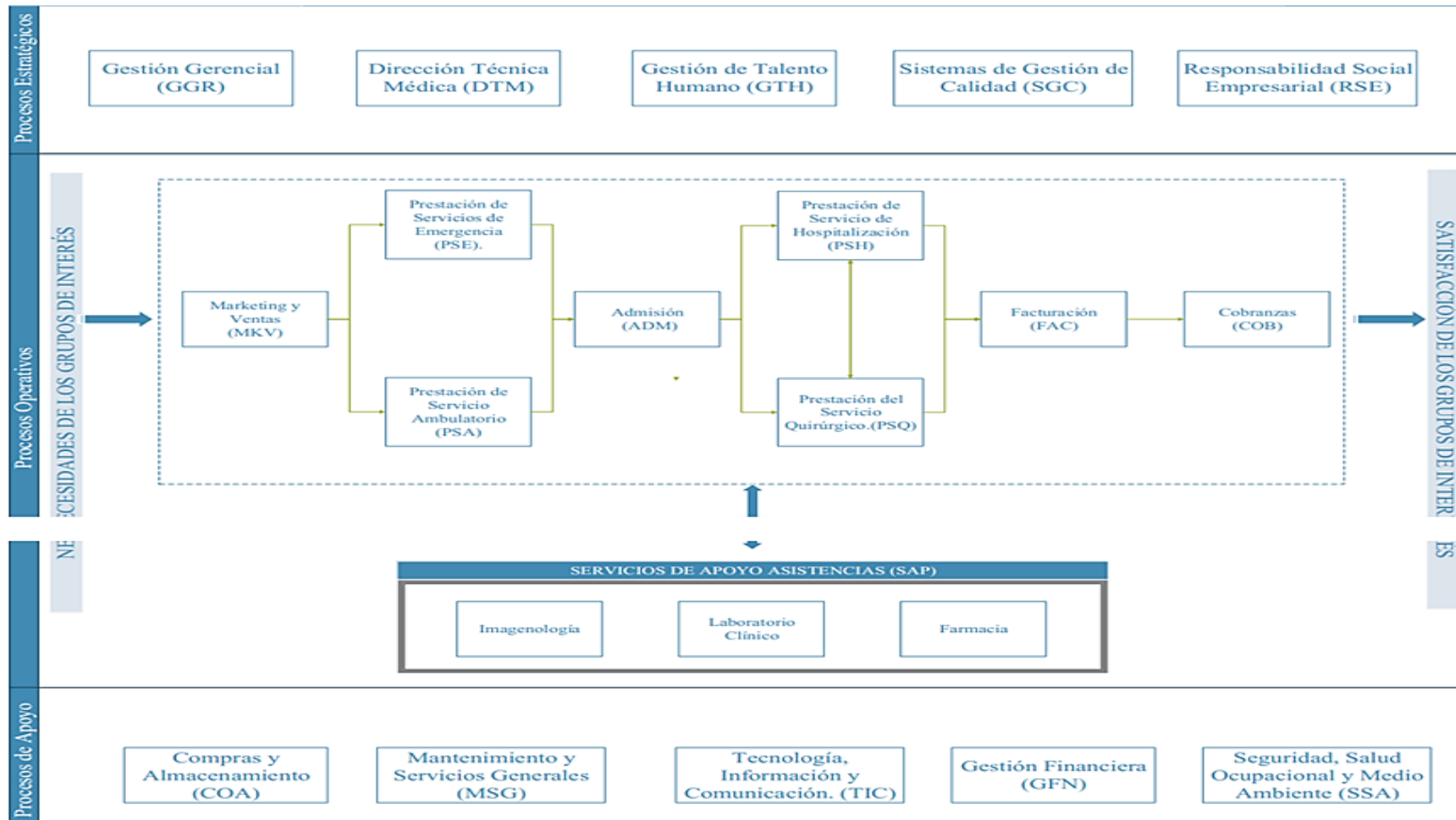
Procesos de Apoyo: Son todos aquellos procesos que brindan soporte y colaboración a todos los procesos de la organización para mejorar su desempeño.

Como parte del enfoque por procesos que ha adoptado Clínica Santamaría “Clisanta S.A.”, ha identificado los procesos estratégicos, operacionales y de apoyo en los cuales se indican las entradas, los controles, los recursos utilizados y los resultados obtenidos a la salida los cuales pueden ser la entrada de otro proceso posterior.

La secuencia e interacción de los procesos se describe en el mapa de interacción de los procesos que se propone:

Figura 16.

Propuesta de mapa de interacción de los procesos



Requisitos Generales del SGC

Clínica Santamaría “Clisanta S.A.” establece, documenta, implementa y mantiene el Sistema de Gestión de Calidad y mejora continuamente su eficacia de acuerdo a los requisitos de la Norma Internacional ISO 9001:2015.

Por lo tanto:

a. Determina los procesos requeridos para el SGC mediante su Manual de Procesos.

b. Determina la secuencia e interacción de los procesos identificados a través de métodos gráficos incluidos en el Manual de Procesos.

c. Determina los métodos necesarios y criterios requeridos para asegurar que el control de los procesos y la operación de la empresa sean eficaces, mediante procedimientos documentados, registros y programas computacionales que usan ciertos procesos.

d. Asegura el seguimiento de los procesos además de la disponibilidad de recursos necesarios para apoyar la operación de la empresa.

e. Mide, analiza y realiza el seguimiento a los procesos por medio de Auditorías Internas o Externas; así como los objetivos de gestión con sus respectivos indicadores, reuniones convocadas por la alta dirección.

f. Establece las acciones requeridas para lograr los resultados planeados y la mejora continua de sus procesos identificados a través de reuniones de mejora continua y sugerencia del personal. Cuando la organización elija una fuente externa para realizar un proceso que afecte a la conformidad de los productos o servicios, se asegura la identificación y control del mismo a través de la evaluación y selección de proveedores o mediante la aplicación de controles de calidad, de esta manera Clínica Santamaría “Clisanta S.A.” asegura que el producto o servicio que brinda el proveedor es adecuado.

Requisitos de la documentación del sistema

La documentación del SGC de la Clínica Santamaría “Clisanta S.A.” incluye:

- a. La declaración documentada de la política de calidad de la empresa y de sus objetivos.
- b. El Manual de la Calidad con la descripción del alcance del SGC.
- c. La descripción de los procesos del SGC, su interacción, y la referencia de los documentos relacionados.
- d. Los procedimientos documentados, incluyendo los registros requeridos por la Norma ISO 9001:2015: Control de los Documentos, Control de los Registros, Auditoría Interna, Gestión de No Conformidades, Acciones Correctivas, Mejora continua.
- e. Los documentos incluyendo los registros que la Clínica Santamaría “Clisanta S.A.” requiere para asegurar la planeación, operación y control de sus procesos operativos. (Especificaciones, instructivos, procedimientos y manuales según indica la Lista Maestra de los Documentos

Control de Documentos y Registros

Se debe controlar los documentos y registros (incluyendo los registros de la calidad) requeridos por el Sistema de Gestión de Calidad, por lo que se debe establecer y mantener los procedimientos de Elaboración y Control de estos para definir los controles necesarios para:

- a. La Aprobación del documento en cuanto a su adecuación antes de su emisión.
- b. La Revisión y actualización de los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente.
- c. Asegurar la identificación de los cambios y el estado de la versión vigente de los documentos.

d. Asegurar de que las versiones de los documentos aplicables a cada proceso estén disponibles en cada punto.

e. Asegurar de que los documentos se conserven legibles e identificables.

f. Asegurar la identificación y una distribución controlada de documentación externa, necesaria para la planificación y operación del SGC.

g. Prevenir el uso de documentos obsoletos, aunque estos no sean usados de forma intencional y de ser el caso mantener una identificación adecuada si por algún motivo se deban mantener.

Liderazgo

La alta dirección debe proporcionar liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de calidad, asegurando su eficacia por medio de:

a. La comunicación a la empresa sobre la importancia de cumplir los requerimientos del cliente y el cumplimiento de los requisitos legales aplicables a la calidad, a través de charlas informativas.

b. El establecimiento una política de la Calidad.

c. Asegurar que los objetivos de calidad se establecen en las reuniones de Revisión por la Dirección.

d. Realizar revisiones por la dirección al menos una vez por año.

e. Asegurar la disponibilidad de recursos.

La Gerencia General se asegura que las necesidades y expectativas de los clientes y las partes interesadas se determinen, se convierten en requisitos y son satisfechas con el propósito de lograr de forma continua la satisfacción de los clientes.

Los líderes departamentales deben establecer el propósito y la dirección, y crear condiciones en las que las personas se implican en el logro de los objetivos de la calidad de la organización (ISO 9001:2015, 2015).

Política de calidad

La Clínica Santamaría “Clisanta S.A.” es una organización dedicada a brindar servicios de salud con excelente atención al paciente mediante una práctica médica profesional y humana ya que estamos comprometidos con la vida y el bienestar de la familia. Siendo nuestro compromiso:

- Cumplir los requisitos de nuestros clientes.
- Cumplir con los requisitos legales asociados a nuestras actividades.
- Cumplir con los requisitos de las partes interesadas.
- Proporcionar desarrollo profesional a nuestros colaboradores.
- Mejorar el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad a través del mejoramiento continuo de nuestros procesos.

Para asegurar del cumplimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, esta política debe ser comunicada a todos los colaboradores y revisada para su continua adecuación.

Objetivos de la Calidad

La Clínica Santamaría “Clisanta S.A.”, establece sus objetivos de la Calidad los cuales deben ser comunicados a todo el personal.

Estos objetivos son medibles y consistentes con la política de la calidad, y son:

- Brindar un servicio seguro, oportuno, confiable, accesible, mejorando la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes.
- Garantizar el cumplimiento de la normativa aplicable en la prestación del servicio médico.
- Gestionar el clima laboral favorable que permita crear sentido de pertinencia del cliente interno y adherencia del cliente externo hacia la institución.

- Contar con talento humano capacitado y cuyo perfil se adapte a las demandas y necesidades del servicio a prestar.

- Implementar evaluaciones, auditorías internas en forma continua y documentada como evidencia del mejoramiento continuo de los procesos.

La organización establece, implementa y mantiene programas para alcanzar los objetivos y metas propuestos a través de:

- a. Designación de la responsabilidad y de la autoridad para alcanzar los objetivos y metas propuestos.

- b. Los medios y cronogramas con los cuales se lograrán los objetivos.

El programa es revisado a intervalos regulares y planificados ajustando cuando sea necesario.

Cuando las circunstancias no permitan alcanzar los objetivos propuestos, se convoca a una reunión para identificar las causas que motivaron el incumplimiento y las acciones correctivas a tomarse, manteniendo los registros de estas acciones, los cuales son parte de la información a analizarse durante las Revisiones por la alta Dirección.

Los resultados reales de los indicadores seleccionados como objetivos de gestión, sirven como herramienta para evidenciar la mejora continua del SGC de Clínica Santamaría. Los resultados al final de un año son comparados con los reales obtenidos en el año anterior, evidenciándose la mejora del desempeño del SGC.

Apoyo

Clínica Santamaría “Clisanta S.A.”, determina y proporciona la asignación de recursos requeridos para implementar y mantener el SGC y mejorar su eficacia, asegurando de esta forma el incremento de la satisfacción del cliente cumpliendo los requisitos del producto o servicio.

Los recursos necesarios para: Implementar, mantenimiento y mejora del SGC, cumpliendo con los requisitos legales para la calidad del servicio son identificados por el Coordinador del SGC para luego ser remitidos a Gerencia General para su consideración.

Recursos Humanos

El personal cuyo trabajo afecta la conformidad de los requisitos del servicio, debe ser competente con base en la educación, formación, habilidad y experiencia apropiada, de acuerdo a lo establecido en los Perfiles del Cargo en el Manual de Funciones.

Clínica Santamaría “Clisanta S.A.” asegura que cualquier persona que realiza tareas para la organización o en su nombre, trabajos que afecten a la calidad del servicio son competentes, tomando como base una educación, formación o experiencia adecuada, y mantiene los registros asociados, por lo que:

- a. Determina las competencias para el personal mediante los Perfiles de cargo y Funciones establecidas en Manual de Funciones.
- b. Proporciona la formación para satisfacer dichas competencias, a través del Plan de Capacitación.
- c. Evalúa la efectividad de la formación u entrenamiento.
- d. Asegura que los trabajadores son conscientes de la importancia y relevancia de sus actividades en la consecución del logro de los objetivos a través del entrenamiento de inducción y las continuas charlas de actualización establecidas por la administración.
- e. Mantiene registros de la educación, entrenamiento, habilidades y experiencias del personal que realiza actividades que afectan la calidad del producto.

Infraestructura

Clínica Santamaría “Clisanta S.A.”, ha determinado, provee y mantiene la infraestructura necesaria que permite lograr la conformidad del servicio, de sus colaboradores y contratistas,

La infraestructura incluye: Un edificio, que esta está integrado por áreas administrativas y hospitalización, equipos en las diferentes áreas como son: administrativa, bio-médica, eléctrica, electromecánica, operativa y servicios generales, equipo de cómputo tanto para las áreas administrativas, operativas y técnicas, sistema Informático, sistemas de: agua potable, climatización, extinción de incendios, extracción de gases, generación y suministro de gases medicinales, ventilación y bombeo mecánico.

Los componentes de la infraestructura; son mantenidos y controlados por medio de:

- a. Manual de Limpieza, Desinfección y Esterilización.
- b. Plan de Mantenimiento de Infraestructura.
- c. Plan de Mantenimiento de Equipos Médicos.
- d. Plan de Mantenimiento y Calibración de Equipos de Medición.
- e. Plan de Mantenimiento de Equipos de Computo
- f. Plan de Mantenimiento de Extintores.
- g. Plano de Distribución de Extintores.
- h. Plano de distribución de la Clínica Santamaría “CLISANTA S.A.”

Ambiente De Trabajo

Clínica Santamaría “Clisanta S.A.”, debe asegurar un ambiente de trabajo que influye positivamente en el buen desempeño de su personal, para tal efecto, se ha establecido una serie de combinaciones de factores humanos y físicos tales como:

- Mantenimiento de Instalaciones, según Plan de Mantenimiento.
- Uso de equipos de protección personal, según Sección Normas de bioseguridad del Manual de Limpieza, desinfección y esterilización.
- Higiene de las Instalaciones, según Manual de Limpieza, desinfección y esterilización.
- Luz y temperatura adecuadas en cada área de trabajo

Operación

Planificación y Control

La planificación de la realización para la prestación del servicio es coherente con los otros procesos identificados en el Sistema de Gestión de la Calidad.

La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios... (ISO 9001:2015, 2015)

Durante la planificación de la realización para la prestación del servicio, Clínica Santamaría “Clisanta S.A.” determina los siguientes requisitos:

- a. Las necesidades de establecimiento de documentos y procesos, y de proporcionar requisitos específicos para el servicio,
- b. Los requisitos para la prestación del servicio y los objetivos de la calidad.
- c. Las actividades de verificación, seguimiento, medición, verificación para la prestación del servicio y los criterios de aprobación de los mismos;
- d. Los registros requeridos para evidenciar que los procesos de realización, prestación y el servicio cumplen los requisitos establecidos. Estos registros son mantenidos por la Coordinación de Calidad.

El resultado de esta planificación se presenta de forma adecuada para la metodología de operaciones de Clínica Santamaría “Clisanta S.A.” a través de planificaciones de la prestación del servicio, especificaciones o registros de cumplimiento.

Clínica Santamaría “Clisanta S.A.”, revisa los requisitos relacionados con el servicio, antes de comprometerse a proporcionar el servicio al cliente, asegurándose de que están definidos los requisitos del servicio, a través de Contrato de convenios entre compañías aseguradoras y/o empresas, establecimiento de Tarifas para los servicios médicos que se ofertan y en la Hoja de Consentimiento Informado para internación o intervención con el paciente, resolviendo diferencias entre los requisitos del contrato y los indicados previamente por el cliente y se tiene la capacidad para cumplir.

Requisitos Para Los Productos y Servicios

Comunicación con el cliente

Clínica Santamaría debe determinar y mantener una comunicación con los clientes, relativas a la información, consultas, atención de pedidos, retroalimentación (quejas) a través del Responsable de Servicios al Paciente y este debe remitir al Jefe Operativo, utilizando medios como teléfono, e-mail, etc.

Revisión De Los Requisitos Para Los Productos Y Servicios.

Clínica Santamaría debe planear la prestación del servicio médico en condiciones controladas, las cuales incluyen, según sea aplicable:

- a. La disposición de instructivos de trabajo, de ser requeridos.
- b. La disponibilidad de las características del servicio, a través de brochours, medios de comunicación, página web, etc.
- c. La utilización de equipos apropiados,
- d. El uso y disponibilidad de equipos de medición y de seguimiento.

e. El seguimiento y medición del servicio.

Cambios En Los Requisitos Para Los Productos Y Servicios

La organización debe asegurarse de que, cuando se cambien los requisitos para los productos y servicios, la información documentada pertinente sea modificada, y de que las personas pertinentes sean conscientes de los requisitos modificados. (ISO 9001:2015, 2015)

Control De Los Procesos, Productos Y Servicios Suministrados

Externamente

Clínica Santamaría debe asegurar que los productos y/o servicios suministrados externamente cumplen los requisitos especificados a través de lo establecido por la Jefatura Administrativa y la Gerencia General a través del Procedimiento Compras Locales, por lo que se debe seleccionar, evaluar y reevaluar a los proveedores en relación a su capacidad para suministrar los servicios y/o productos de acuerdo con los requisitos de la organización.

La Dirección Técnica es el encargado de la evaluación de los proveedores de servicios médicos y de laboratorio.

Algunos servicios requeridos por la administración y que pueden afectar la calidad del servicio, serán evaluadas por el Jefe Administrativo.

En formato Requerimiento de Compras generadas por el área que requiere los materiales y/o equipos/servicios debe incluir según sea apropiado los requisitos para la aprobación del producto, los requisitos para la calificar el recurso humano, y los requisitos del SGC.

Se debe determinar y aplicar criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos, basándose en su capacidad para proporcionar procesos o productos y/o servicios de acuerdo con los

requisitos. La empresa debe mantener la información documentada de estas actividades y de cualquier acción necesaria que surja de las evaluaciones (ISO 9001:2015, 2015).

Producción y Provisión Del Servicio

Clínica Santamaría debe implementar bajo condiciones controladas la producción y provisión del servicio.

Cuando sea aplicable las condiciones controladas deben incluir:

a) Información documentada disponible que defina:

1) Características de los productos a producir, los servicios a prestar, o las actividades a desempeñar;

2) los resultados a alcanzar;

b) la disponibilidad y el uso de los recursos de seguimiento y medición adecuados;

c) la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos o sus salidas, y los criterios de aceptación para los productos y servicios;

d) el uso de la infraestructura y el entorno adecuados para la operación de los procesos;

e) la designación de personas competentes, incluyendo cualquier calificación requerida;

f) la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados de producción y de prestación del servicio, cuando las salidas resultantes no puedan verificarse por medio de actividades de seguimiento o posteriores mediciones; g) la implementación de acciones para prevenir los errores humanos.

Identificación y trazabilidad

Clínica Santamaría “Clisanta S.A.”, ha determinado mecanismos para realizar la identificación y trazabilidad en la prestación del servicio médico, identifica la evolución del estado de salud de los pacientes a través del Historial Clínico cumpliendo con la identificación respecto a los requisitos de seguimiento y medición en la prestación del servicio médico.

Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos

Clínica Santamaría a través del Historial Clínico de los pacientes, identifica, verifica, y protege los bienes de propiedad del paciente utilizados dentro de la prestación del servicio médico. Cualquier bien propiedad del cliente que es considerado inadecuado para su uso es registrado y se comunica al cliente a través de la persona responsable de la recepción del mismo.

Preservación en la prestación del servicio.

Clínica Santamaría “Clisanta S.A.”, preserva el historial clínico del paciente desde la admisión, atención y alta del paciente. La preservación incluye la identificación, manejo, almacenamiento y protección. Para asegurar un manejo adecuado de la preservación de las historias clínicas la institución cuenta con el espacio adecuado para el almacenamiento respectivo y las medidas de seguridad establecidas para la protección de las mismas.

Control de los equipos de medición y seguimiento.

Clínica Santamaría ha determinado procesos de medición y seguimiento a realizar a los equipos, además de los recursos necesarios para proporcionar evidencia del cumplimiento de los requisitos determinados, por lo que cuenta con un Plan de Mantenimiento y Calibración de Equipo de Medición, donde se identifica el equipo

médico que requiere calibración y establece las frecuencias de control utilizados por la empresa para la calibración de los equipos en mención.

La Jefatura Administrativa es la encargada de la evaluación de la validez de las mediciones anteriores y de sus registros cuando un equipo no es conforme con los requisitos. Además de tomar las acciones pertinentes sobre este y sobre cualquier resultado afectado.

Liberación de los productos y servicios

La organización debe implementar las disposiciones planificadas, en las etapas adecuadas, para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios. La liberación de los productos y servicios al cliente no debe realizarse hasta haber culminado con satisfacción las disposiciones planificadas, o de ser el caso que sea aprobado por otra vía por alguna autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el paciente. La empresa debe conservar la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios. La información documentada debe incluir: a) Pruebas del cumplimiento con los criterios de aceptación; b) trazabilidad a quienes aprueban dicha liberación.

Control de las salidas no conformes

La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada. La organización debe tomar las acciones adecuadas basándose en la naturaleza de la no conformidad y en su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. Esto se debe aplicar también a los productos y servicios no conformes detectados después de la entrega de los productos, durante o después de la provisión de los servicios.

Evaluación de Desempeño y Mejora Continua

Clínica Santamaría “Clisanta S.A.”, planifica e implanta los procesos de mejora, seguimiento y evaluación de desempeño para:

- a. Evidenciar el cumplimiento con los requisitos del servicio.
- b. Garantizar la conformidad del SGC.
- c. Mejoramiento continuo y cumplimiento del SGC.

Por lo que se ha determinado la utilización de indicadores de gestión y métodos de resolución de problemas como metodología para evaluar la información y propiciar la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad, esto con la finalidad de demostrar que los procesos pueden alcanzar los resultados planeados, caso contrario realizar las respectivas correcciones y acciones correctivas.

Seguimiento, Medición, Análisis Y Evaluación

Clínica Santamaría a través del Personal Técnico, Operativo y Administrativo, debe realizar el seguimiento y la medición de las características del servicio médico para asegurar se cumplan los requisitos especificados. Lo anterior se realiza a través de Encuestas de Satisfacción del Paciente. Los registros de las Autorizaciones de Salida indican al personal que autoriza la salida del paciente de la institución, este documento determina la autorización de salida del paciente y no se llevará a cabo hasta que se complete el proceso de alta.

Control Del Servicio No Conforme

Clínica Santamaría a través del Personal de técnico y operativo, deben identificar y controlar los servicios no conformes para prevenir su uso no intencionado. Se debe dar tratamiento a los servicios no conformes a través de acciones que eliminen la no conformidad, autorizando su uso solo en caso de autorización de la autoridad pertinente o por el paciente, adoptar acciones para evitar su uso y asegurando las

acciones apropiadas a los efectos, reales o efectos posibles una vez detectado un servicio no conforme.

Análisis De Datos

Clínica Santamaría debe realizar el análisis y recopilación de los datos para evidenciar lo idóneo y efectivo del SGC además de la evaluación de las oportunidades de mejora.

Lo anterior incluye datos generados del resultado de la verificación y medición y de cualquier otra fuente. El análisis de los datos corresponde a:

1. Los niveles de satisfacción del paciente,
2. El cumplimiento de los requisitos del servicio,
3. Los proveedores,
4. Los atributos de los procesos y de los servicios que incluye acciones

preventivas

Acción Correctiva

Clínica Santamaría a través de las áreas involucradas toma acciones pertinentes que erradiquen los causales de no conformidades con el objetivo de evitar que ocurran.

Se debe:

1. Analizar las no conformidades del producto o servicio.
2. La identificación y corrección de las no conformidades.
3. Las acciones tomadas deben ser las apropiadas en relación a la magnitud de los problemas, encontrados.
4. Definir los causales de la no conformidad.
5. Valorar las necesidades de implementar acciones que aseguren que las no conformidades no se vuelvan a presentar.
6. Dejar registro de los resultados de las ejecuciones realizadas.

7. Revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.

Mejora Continua

En cumplimiento a lo establecido en la norma, la institución debe mejorar de forma continua el cumplimiento del SGC, a través del uso de la política de calidad, objetivos del SGC, análisis de datos, auditorías, no conformidades, acciones correctivas y las acciones preventivas y la revisión por parte de la alta dirección.

Propuesta de Procedimientos del SGC de la Clínica Santamaría

El levantamiento de Procedimientos y protocolos son partes de mi propuesta de implementación, según el mapa de interacción de procesos tenemos los Procesos Operativos, Estratégicos y Procesos de Apoyo.

Para efectos del estudio se desarrolla los principales procedimientos del Proceso Operativo ya que son los que más agregan valor y los que tienen mayor incidencia de problemas.

Admisión y Atención en la Prestación del Servicio Hospitalario y de Emergencia

1. Objetivo

Establecer las actividades necesarias que permitan el debido control en la admisión de pacientes en el área de hospitalización y emergencia de la Clínica Santamaría “Clisanta S.A.”.

2. Alcance

Este procedimiento describe las actividades concernientes a la admisión en la prestación del servicio médico.

3. Política

- Todo paciente será atendido de forma oportuna e inmediata considerando el estado de situación de riesgo que presente y en concordancia con las leyes

vigentes.

- Cumplir con la recolección de información completa y verificada, además de la documentación habilitante para atención del paciente de los diferentes subsistemas de atención.

4. Responsabilidades

- El Jefe Operativo es responsable de la revisión de este procedimiento.
- El Gerente General es responsable de la aprobación de este documento.
- Es responsabilidad de todos los colaboradores del área operativa cumplir con lo establecido en este procedimiento.

5. Definiciones

- ADM: Admisión
- Admisión: Actividad de recopilación sistemática de datos de los usuarios que demandan atención en los servicios de salud.
- Ejecutiva de Servicio al Paciente: Persona encargada de realizar actividades dentro del área de admisión, atención al paciente.
- Historia Clínica: Documentación en el cual se registra los datos derivados de las diversas exploraciones efectuadas al paciente.
- IESS: Instituto ecuatoriano de seguridad social
- SGC: Sistema de Gestión de la Calidad
- SSC: Seguro Social campesino
- SPPAT: Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito
- MSP: Ministerio de Salud Pública
- ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía.
- ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

- RPIS: Red Pública Integral de Salud

6. Riesgos

1. Insatisfacción de los clientes.
2. Documentación incompleta que respalden el cobro de los servicios.
3. Falta de documentos legales que respalden la atención.

7. Procedimiento

Generalidades Del Proceso De Admisión

- En cada área de trabajo se dispone de documentación como: Manuales, Procedimientos, Instructivos, Guías y/o Protocolos, el cual su lectura y entendimiento formaran parte de la inducción del nuevo colaborador, por lo tanto, se dispondrá de dos semanas para ello y se realizarán las pruebas de conocimientos de la documentación del área y la calificación obtenida será considerada en la Evaluación de desempeño del colaborador.
- El paciente debe autorizar los procedimientos técnicos-médicos necesarios para su atención, expresando su aceptación a través de la firma del FORMULARIO SNS-MSP/HCU-form. 024 AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Documentos Habilitantes Para La Admisión

1. Los documentos habilitantes requeridos al paciente / familiar del paciente para hacer uso de algún tipo de seguro son los siguientes:

Seguro IESS

- Copia de cédula del paciente y familiar del paciente.
- Print de Consulta de Cobertura de Salud (IESS, ISSFA, ISSPOL)
- (Activos) Print de aportaciones de los últimos 3 meses
- (Jubilado) Copia de carnet de jubilación

- (Montepío) Copia de carnet Montepío
- (Seguro Social Campesino) Copia del carnet del SSC, Hoja de transferencia de la comuna, copia de último pago de aportación al SSC
- (Conyugues) Print de aportes de extensión de conyugues.
- Pacientes con invalidez, Se verifica que en el carnet indique el porcentaje de invalidez y/o incapacidad del 60% en adelante para tener derecho.
- En casos de transferencia, solicitar hoja de transferencia del IESS.

Seguros Privados

- Formulario de reclamación del Seguro
 - Credencial del seguro
 - Copia de cédula de identidad
- #### Seguro ISSFA
- Copia de cédula del paciente y familiar del paciente.
 - Print de Consulta de Cobertura de Salud (IESS, ISSFA, ISSPOL)
 - Hoja de referencia de ISSFA
 - Solicitar código de validación
- #### Seguro ISSPOL
- Copia de cédula del paciente y familiar del paciente.
 - Copia de carnet del titular (Policía)
 - Print de Consulta de Cobertura de Salud (IESS, ISSFA, ISSPOL)
 - Hoja de referencia de ISSPOL
 - Solicitar código de validación
- #### Seguros SPPAT
- Copia de matrícula del vehículo

- Copia de denuncia o parte de Comisión de Tránsito / ATM
- Copia de cédula del paciente
- Copia de cédula del dueño del vehículo

MSP

- Copia de cédula del paciente y familiar del paciente.
 - Print de Consulta de Cobertura de Salud (IESS, ISSFA, ISSPOL)
 - Solicitar hoja de referencia de MSP
 - Solicitar código de validación
 - Solicitar formulario 012 en caso de tomografías
2. Entre los formularios obligatorios para dar apertura al proceso de atención en las diferentes áreas (o por algún procedimiento / intervención médica) son los siguientes:

- Copia de cédula del paciente / familiar del paciente (acompañante).
- SNS-MSP/HCU-form.001/2008 Admisión y Alta-Egreso
- SNS-MSP/HCU-form.024/2008 Autorizaciones y Consentimiento Informado (debe tener firma o huella digital del paciente)
- Carta paciente, detallando seguro médico que posee

Nota: Se debe verificar que la firma del paciente es legible e idéntica a la cédula de identidad

3. Si fuera el caso que paciente es referido de otro centro / casa de salud, se solicita el formulario SNS-MSP/HCU-form. 053/2008 Referencia-Contrareferencia, el cual debe de constar en la documentación de Historia clínica.

4. Se registra la documentación elaborados / realizados en el Proceso de Admisión y se identifica el personal en el formato CS-F-DTM-04 Hoja de Ruta.

5. En relación a los pacientes de consulta externa (ambulatorio) es necesario confirmar si dispone de COTIZACIÓN / PRESUPUESTO del procedimiento médico a realizarse, de ser el caso solicitarlo en consulta externa y direccionarlo a Caja para su gestión.

6. Todos los formularios deberán ser llenados conforme a la información solicitada y las firmas de responsabilidad deben ser contenidas cuando sean requeridos.

7. Se llenan correctamente los formularios de Ministerio de Salud Pública, tomando como referencia el documento: CS-I-DTM-013 Elaboración de formatos específicos de la historia clínica

Desarrollo

Admisión en emergencia

Ejecutivo Servicios al Paciente – Admisionista.

1. Identifica la gravedad de la situación del paciente y lo direcciona a Emergencia – Observación para que realice Triage.
2. Consulta a familiar la siguiente información:
 - Dolencia que padece el paciente.
 - Dispone de historia clínica en la institución.
 - Dispone de seguro médico (privado / público).
3. Admisión verifica la existencia de historia clínica del paciente
 - ¿Existe Historia Clínica?
 - Si: Actividad N°5 No: Actividad N°4
4. Solicita datos e ingresa en el sistema informático SOFTCASE:
 - Apellidos y Nombres
 - N° Cédula de identidad
 - Dirección

- Correo electrónico
- Teléfono
- Estado civil
- Género
- Empresa donde trabaja
- Nombre de representante
- Generándose el número de Historia Clínica

Figura 17

Ventana de admisión de pacientes

Nota: Santamaría, 2023

5. Se hace firmar el formulario SNS-MSP / HCU-form.024 / 2008 Consentimiento Informado y se verifica las firmas.
6. Se crea categorización dependiendo el tipo de seguro del paciente.
 SEGURO PARTICULAR: Ver actividad N°7 RPIS: Ver actividad N° 9
 CONTADO: Ver actividad N° 10

Figura 18*Configuración de la categorización del paciente*

Nota: Santamaría, 2023

7. Solicita documentación habilitante para hacer uso de seguro médico.
8. Comunican y direccionan documentos a Caja – Convenios para que soliciten autorización por emergencia a la Compañía aseguradora. Ver actividad 12.
9. Se solicita documentos habilitantes: cedula de identidad, referencia o contrareferencia, Ver actividad 12.
10. Se solicita cedula de identidad y se direcciona a Caja para informar precios. Ver actividad 11.

Ejecutivo Servicios al Paciente – Caja / Convenios

11. Indica Precios de los servicios y solicita abono inicial. Continúa actividad 13.

Ejecutivo Servicios al Paciente – Admisionista.

12. Solicita código de validación y cobertura de salud.
13. Entregan documentación del paciente al personal de Enfermería y médico para

su gestión.

14. Recibe comunicación del personal médico del área de emergencia/observación del estado actual del paciente y cuál es el plan de tratamiento a seguir, sea este hospitalario, ambulatorio, quirúrgico, UCI.

Admisión En Hospitalización

Ejecutivo Servicios al Paciente

¿Es una hospitalización programada?

1. Si es una hospitalización programada Verifica abono de ingreso (contado) o pre autorización del seguro médico (convenios). (Paciente con ingreso programado) y se realiza el mismo procedimiento a partir de la actividad N°6
2. Si es una hospitalización derivada de emergencia, verificar si paciente puede cubrir gastos

¿Paciente puede cubrir gastos de hospitalización?

Si: ver actividad N° 4 No: ver actividad N° 3

Cajeros Administradores

3. Verifica traslado a otra institución de salud, adjunta formulario SNS-MSP/HCU-form. 053/2008 Referencia – Contrareferencia para la gestión del Médico.

Continúa actividad N° 13

Ejecutivo Servicios al Paciente

4. En el caso de que sea paciente de contado se solicita abono a ingreso hospitalario (Pacientes Contado). Verifica abono de ingreso y continúa en la actividad N°6

Cajeros Administradores

5. Si es un paciente de convenios se solicita autorización por hospitalización a las diferentes entidades en convenio con formulario SNS-MSP/HCU-form.

008/2008 Emergencia (Pacientes Convenios).

Cobertura autorizada:

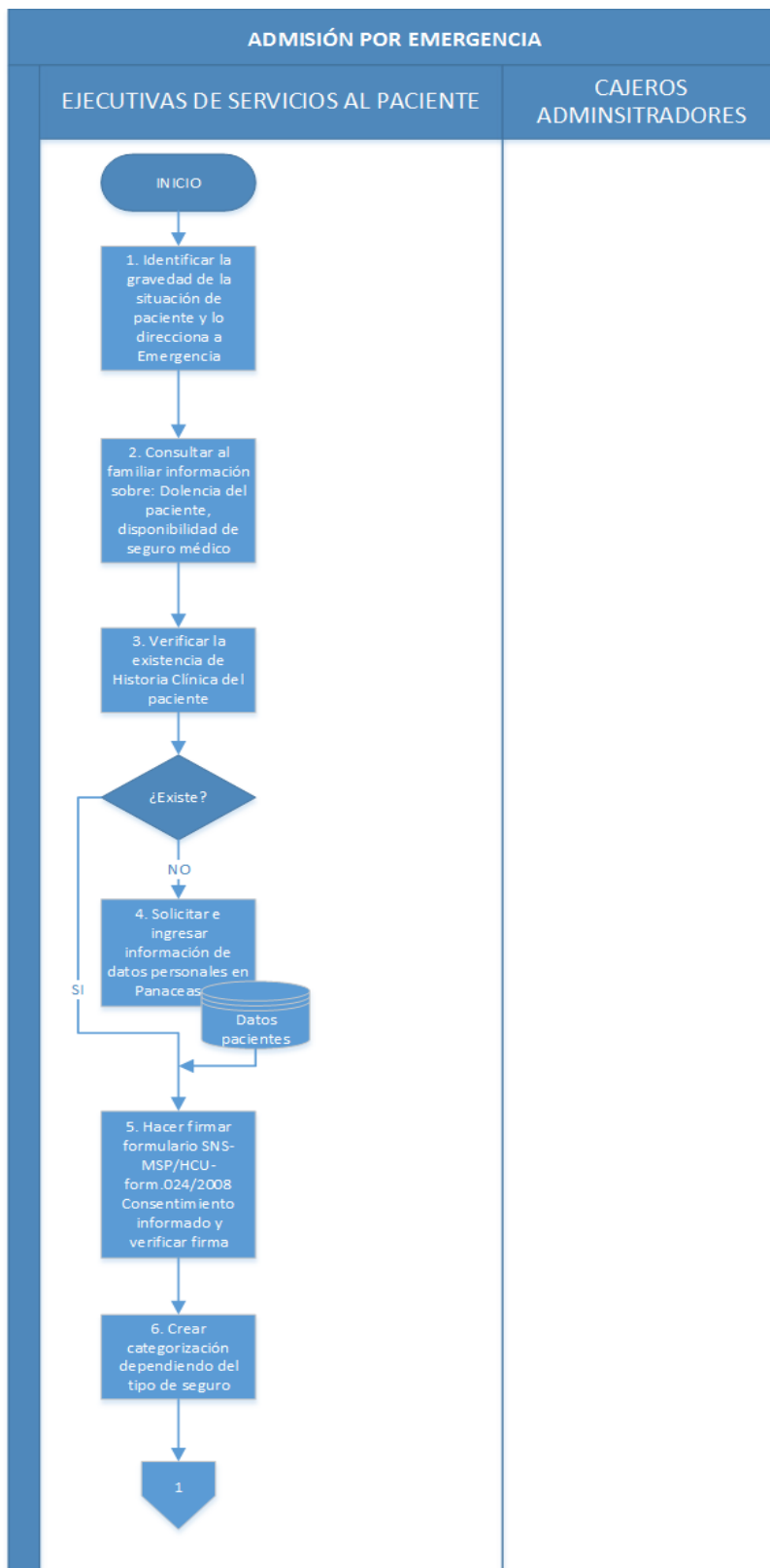
Si: Ver actividad N° 6. No: Ver actividad N° 3.

Ejecutivo Servicios al Paciente

- 6.** Coordina con personal de enfermería-piso disponibilidad de habitaciones.
Asigna habitación a paciente
- 7.** Comunica a personal médico/enfermería, personal de caja y familiar de paciente el número de habitación asignada.
- 8.** Da la información general al paciente / familiar respecto a las normas de atención en hospitalización, horarios de visitas, cantidad de personas en cada habitación, prohibiciones, etc.
- 9.** Entregar de Kit de Aseo a los pacientes que ingresan a hospitalización.
- 10.** Realizar visitas diarias a los pacientes hospitalizados para verificar si tienen quejas, comentarios, sugerencias respecto al servicio, llenan Formulario F/L Quejas y Sugerencias. Presentar informe mensual.
- 11.** Realizar encuesta de satisfacción del servicio brindado al Alta del Paciente.
Formato del ministerio Encuesta de Satisfacción del Servicio. Presentar informe mensual
- 12.** Realizar el reporte de capacidad registrando emergencias nocturnas y diurnas, procedimientos quirúrgicos, ocupación de habitaciones, mix de ingresos de pacientes, indicadores estadísticos hospitalarios. Registro diario, con presentación mensual.
- 13.** Registrar datos del paciente en el formato Registro de pacientes por créditos negados. Registro diario con presentación mensual (Formato libre).

Figura 19

Diagrama De Flujo Admisión por Emergencia



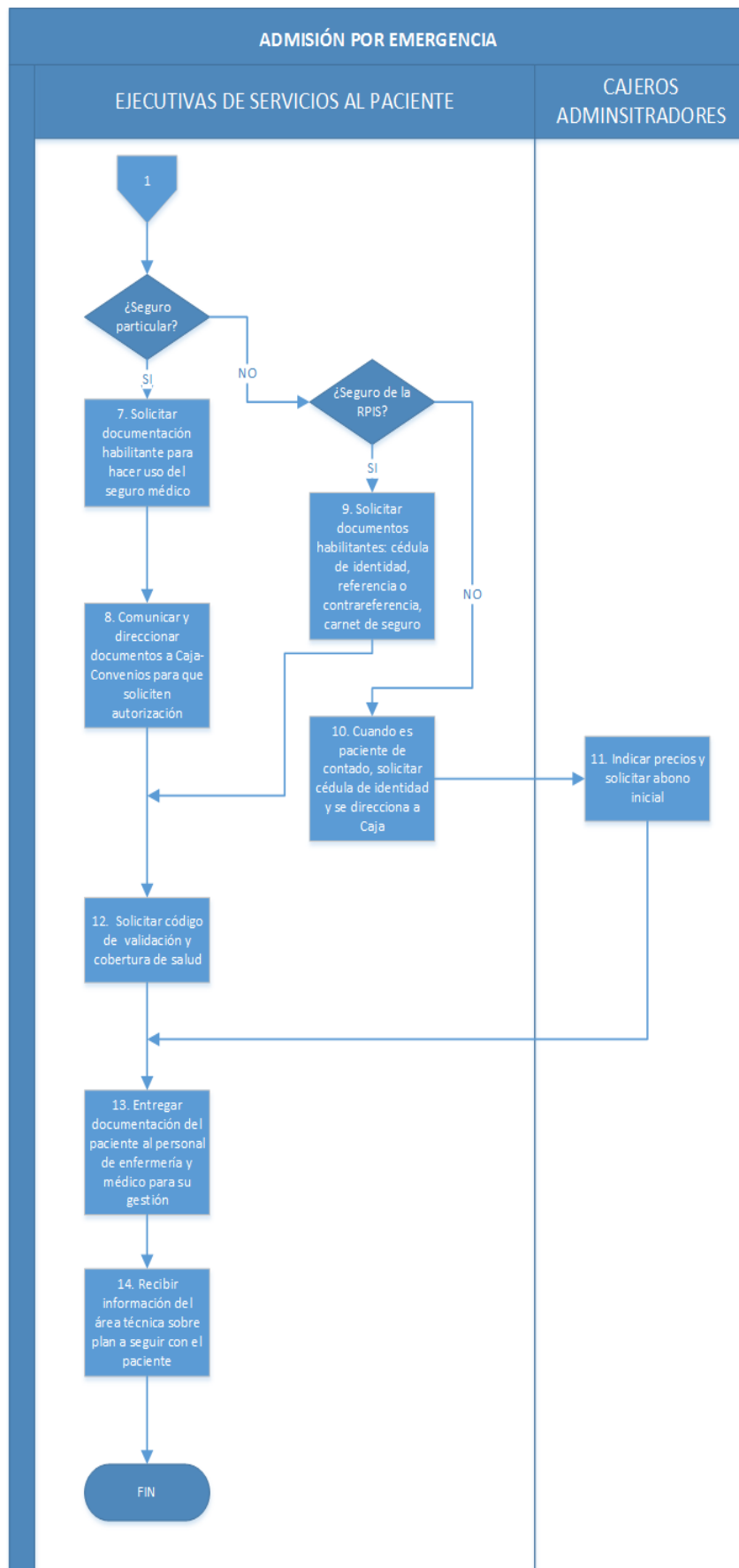
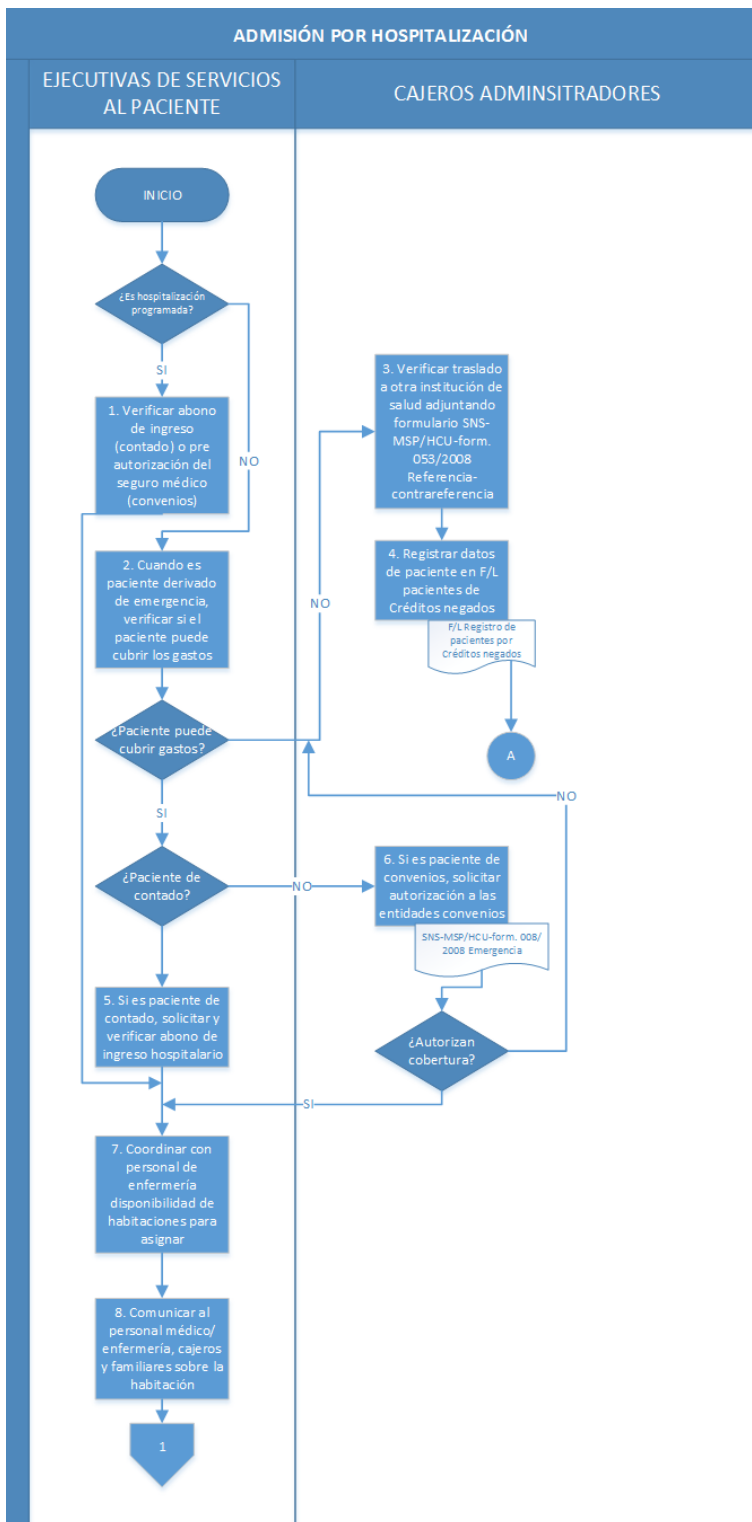
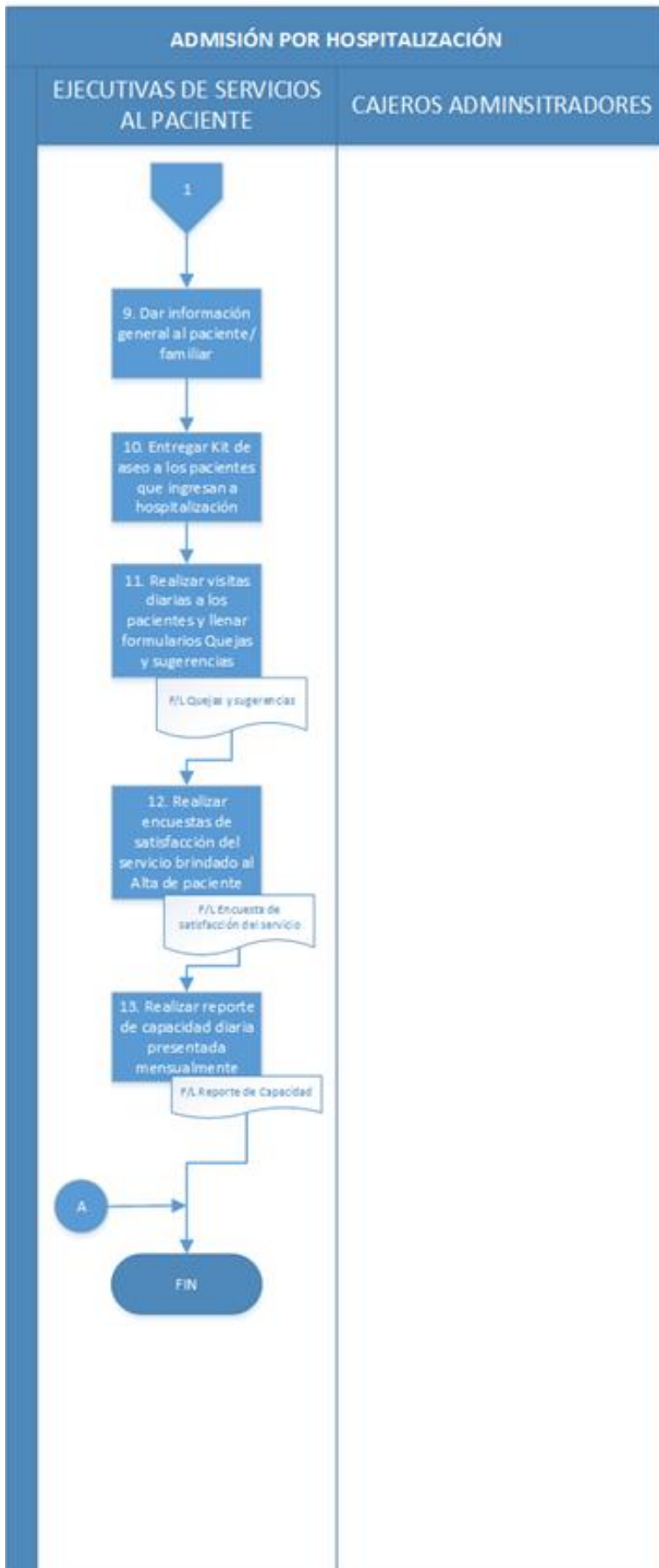


Figura 20

Admisión Por Hospitalización





8. Registros

CS-F-DTM-04	Hoja de Ruta
SNS-MSP/HCU-form.001/2008	Admisión y Alta-Egreso
SNS-MSP/HCU-form.008/2008	Emergencia
SNS-MSP/HCU-form.024/2008	Autorizaciones y Consentimiento Informado
SNS-MSP/HCU-form. 053/2008	Referencia-Contrareferencia
FORMATO MSP	Carta paciente seguro médico
FORMATO LIBRE	Evaluación de Servicio
DOCUMENTO EXTERNO	Hoja de transferencia de la comuna.
DOCUMENTO EXTERNO	Formulario de reclamación del Seguro

9. Anexos

N/A

Atención en la Prestación del Servicio de Emergencia

1. Objetivo

Brindar atención médica inmediata, oportuna y eficaz con la finalidad de estabilizar el estado de salud y bienestar del paciente, que acude a la Emergencia del Hospital Santamaría “CLISANTA S.A.”.

2. Alcance

Este procedimiento define las actividades para la atención médica en el área de Emergencia del Hospital Santamaría “CLISANTA S.A.”.

3. Políticas

- Todo el personal técnico deberá conocer y cumplir los Protocolos Terapéuticos establecidos por el MSP y de la clínica.
- Todo el personal técnico deberá cumplir las normas de bioseguridad.

- Todo el personal médico que labore en el área de emergencia tiene que ser capacitado para el correcto llenado de formularios.
- Se establece el TRIAJE de Manchester como proceso de clasificación de los tipos de emergencias, prioridad 1 y prioridad 2, para los pacientes que acuden al servicio de emergencia. (Referencia: Resolución N° CD 37 – Anexo “Sistema de Priorización de emergencias hospitalarias”)
- Los pacientes que son atendidos en el área de emergencia – observación pueden recibir tratamiento ambulatorio y hospitalario según el diagnóstico presuntivo del personal médico encargado del área.
- Cada vez que se dé una atención de emergencia, es responsabilidad de los Médicos Residentes del área elaborar los siguientes registros tanto en físico como registrarlos en el sistema informático:
 - SNS-MSP/HCU-form.005 Evoluciones y prescripciones – La respectiva Evolución inicial
 - SNS-MSP/HCU-form. 003 Anamnesis y Examen Físico
 - SNS-MSP/HCU-form.008 Emergencia
 - SNS-MSP/HCU-form. 007 Interconsulta – Solicitud (cuando sea requerido)
- El Jefe de Residentes debe verificar que todos los documentos del historial clínico estén registrados en el sistema informático.
- Los exámenes de laboratorio y de imagenología solicitados, deben tener justificación y pertinencia médica en base al diagnóstico del paciente.
- De acuerdo al triaje de Manchester, el médico residente del área determinará si el paciente es de manejo ambulatorio, observación u hospitalización.

- Cuando los pacientes permanecen en el Área de Observación por más de seis horas consecutivas, se les realiza la respectiva Epicrisis, por cuanto se consideran hospitalizados en el área.
- Se deben realizar constantes valoraciones del estado de salud del paciente, que se encuentra en el área, debiendo registrarse en el sistema informático lo siguiente:
 - Evoluciones y prescripciones - Valoración médica Inicial
 - Evoluciones y prescripciones - Valoración médica cuando pase visita el médico interconsultado
 - Evoluciones y prescripciones - Valoración médica cuando el paciente es derivado a hospitalización u otra área
 - Nota de Evolución de alta, prescripciones e información de alta al paciente (solo si el paciente tiene más de seis horas en el área).
- Los pacientes que son dados de alta del área de emergencia – observación y que pertenezcan a la red pública integral de salud “RPIS” se les deberán entregar adicionalmente a la documentación de alta el formulario SNS-MSP/HCU-form.053Referencia / Contrareferencia.
- El personal de enfermería debe mandar el historial clínico a las diferentes áreas bajo el orden de documentación dispuesto.
- Todos los formularios, formatos deberán de ser llenados conforme a la información solicitada y las firmas de responsabilidad deben ser contenidas cuando sean requeridos.
- El personal de Enfermería en formato Reporte de Enfermería debe detallar porque el paciente ha ingresado a la institución. Por cuanto se genera en esta área el ingreso.

- En cada área de trabajo se dispone de documentación como: Manuales, Procedimientos, Instructivos, Guías y/o Protocolos, el cual su lectura y entendimiento formaran parte de la inducción del nuevo colaborador, por lo tanto, se dispondrá de dos semanas para ello y se realizarán las pruebas de conocimientos de la documentación del área y la calificación obtenida será considerada en la Evaluación de desempeño del colaborador.

4. Responsabilidades

- El Jefe de Residentes es responsable de la revisión de este procedimiento.
- El Director Técnico es responsable de la aprobación de este procedimiento.
- Es responsabilidad de todo el personal que labora en emergencia cumplir de forma obligatorio lo establecido en este procedimiento.

5. Definiciones

- Consulta externa: Es el área de atención al paciente (que no requiera de servicios de emergencia ni hospitalización), en la cual se ofrece diagnóstico, tratamiento médico por parte de personal calificado y pertinente.
- Diagnóstico Definitivo: Reconocimiento final o evidente de las características de una enfermedad por sus signos y síntomas específicos mediante confirmación por pruebas realizadas en los servicios técnicos complementarios.
- Emergencia: Toda situación que hace que uno o más sistemas fisiológicos mayores se afecten de manera aguda y grave, poniendo en riesgo la vida en forma inminente
- Valoración: Interrogatorio, Exámen físico que hace uso el personal médico para determinar la condición clínica del paciente.
- PSE: Prestación del servicio de emergencia
- **SGC**: Sistema de Gestión de la Calidad.

- **UCI:** Unidad de cuidados intensivos

6. Riesgos

1. Disminución de satisfacción del Cliente.
2. Demandas por desatención del servicio de salud.
3. Pérdida de clientes.

7. Procedimiento

7.1. Atención Del Personal De Enfermería

Personal De Enfermería

1. Incorpora registros médicos iniciales en historial clínico del paciente.
2. Verifica la documentación del historial clínico del paciente. (Registra Nombres, edad, sexo del paciente en los formularios del sistema informático.)
3. Identifica en los formatos requeridos el número inicial del documento.
4. Apertura formato Reporte de enfermería describiendo la evolución inicial de enfermería del paciente.
5. Toma signos vitales a Paciente
 - Presión arterial
 - Frecuencia respiratoria
 - Temperatura corporal
 - Frecuencia cardíaca o Pulso
 - Saturación
 - Peso
 - Talla
6. Registra información en formato Signos vitales SNS-MSP/HCU-form.020.

En pacientes pediátricos, se debe de utilizar Hoja de Balance hídrico de ser requerido.

7. Aplica medicación prescrita en formato Evoluciones y prescripciones SNS-MSP/HCU-form.005 bajo supervisión del personal médico.
8. Registra la medicación proporcionada en formato Administración de medicamentos SNS-MSP/HCU-form.022.
9. Registra los consumos de materiales y equipos utilizados por el paciente en formato Botiquín de Emergencia, si representa un descargo del inventario que se dispone en el área, e ingresa en Sistema informático.
10. Registra la atención brindada en el área en Formato Registro de Emergencias

7.2. Atención Del Personal Médico

Medico De La Emergencia

1. Recibe a paciente que refiere / padece de dolencia.
2. Comunica a Ejecutiva de servicios – Admisionista para la admisión del paciente.
3. Interroga al paciente y realiza Examen físico para tener la impresión diagnóstica.

Verifica si la sintomatología que presenta el paciente está contemplada en Resolución IESS Res.CD.317 Anexo 1 “Triage”,

¿Tratamiento ambulatorio?

Si: Ver actividad N°20 No: Ver actividad N° 04

4. Realiza procedimientos de soporte vital, Estabiliza al paciente
5. Identifica lesiones en paciente completando el formulario digital Emergencia SNS-MSP/HCU-form 008, las observaciones del estado de salud del paciente.
6. Identifica el tratamiento a proporcionar al paciente.
7. Registra datos requeridos en Sistema informático e imprime en el formulario Anamnesis – Examen físico SNS-MSP/HCU-form 003.
8. Emitir receta médica al paciente

Personal De Enfermería

9. Entrega receta a familiar del paciente y/o hacer el respectivo descargo en el inventario del área.

Medico De Emergencia

10. Solicita exámenes de laboratorio e imagenología y se comunica a las diferentes áreas la solicitud de dichos exámenes para la realización de los mismos.

Los resultados de los exámenes, se registran en el sistema y se integran al diagnóstico médico.

¿Amerita interconsulta con médico especialista?

Si: Ver actividad N°11 No: Ver actividad N°20

11. Solicita interconsulta, completa información requerida en formulario Interconsulta -Solicitud SNS-MSP/HCU-form.007.

12. Acompaña a médico especialista, en visita médica.

El Tratamiento será prescrito por médico especialista, el cual emite su diagnóstico de la atención médica dada, completa información requerida en formulario Interconsulta- Informe SNS-MSP/HCU-form.007.

¿Paciente estable?

Si: Ver actividad N°20 No: Ver actividad N°16

¿Tratamiento puede realizarse en establecimiento?

Si: Ver actividad N^a 15 No: Ver actividad N^a 13

Médico Especialista

13. Autoriza traslado de paciente a otro centro de salud, registra observaciones en Informe Médico.

Medico De Emergencia

14. Completo formulario SNS-MSP/HCU-Form. 053 REFERENCIA.

15. Registra en formulario Evolución y Prescripción SNS-MSP/HCU-form.005,

tratamiento a seguir y el área en que continuará tratamiento, según fuera el caso pueden ser: Hospitalización / Cirugía / Unidad De Cuidados Intensivos...

16. Emite receta médica por prescripción del médico tratante.
17. Comunica a personal de enfermería para que direcciona al paciente en el área correspondiente.
18. Comunica a paciente/ familiares que su tratamiento debe realizarse en Consulta externa
19. Realiza Evolución inicial registra en sistema informático e imprime en Form 005 Evoluciones y prescripciones.
20. Realiza Anamnesis, registra en sistema informático en Form 003 Anamnesis, Form 005 Evoluciones y prescripciones y Form 008 Emergencia y Examen físico.
21. Da alta médica al paciente en el área.
22. Si el paciente estuvo en observación por más de seis horas, realiza la EPICRISIS, registra información en sistema informático e imprime en formulario SNS-MSP/HCU-form 06 EPICRISIS
23. Proporciona información de cuidados posterior a egreso al paciente.

8. Diagrama De Flujo

8.1. Atención De Enfermería

Figura 22

Atención del Personal de Enfermería

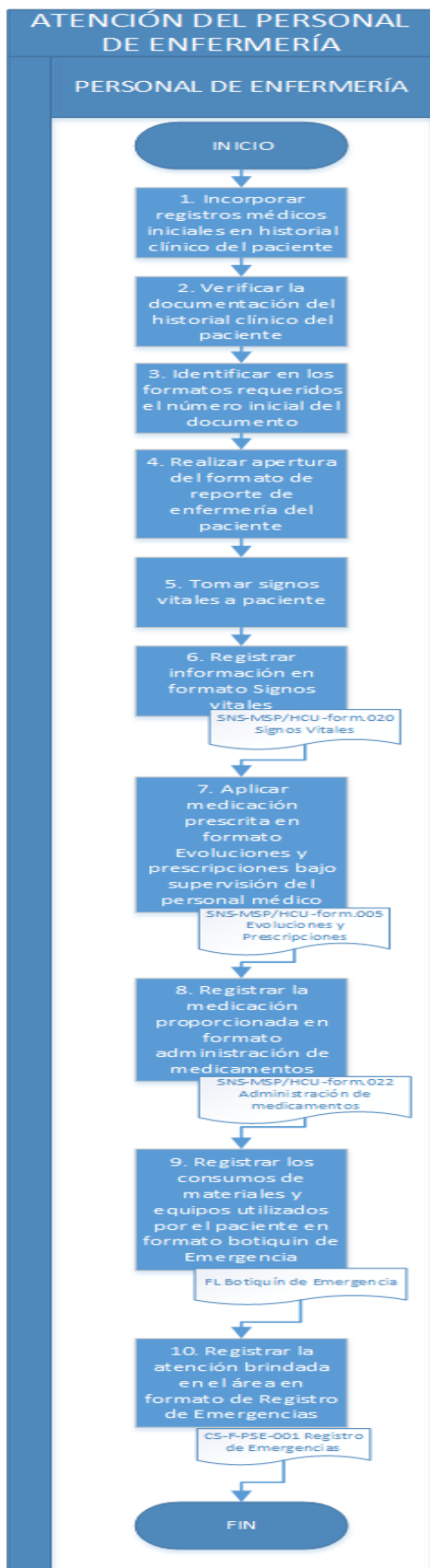


Figura 23

Atención del Personal Médico

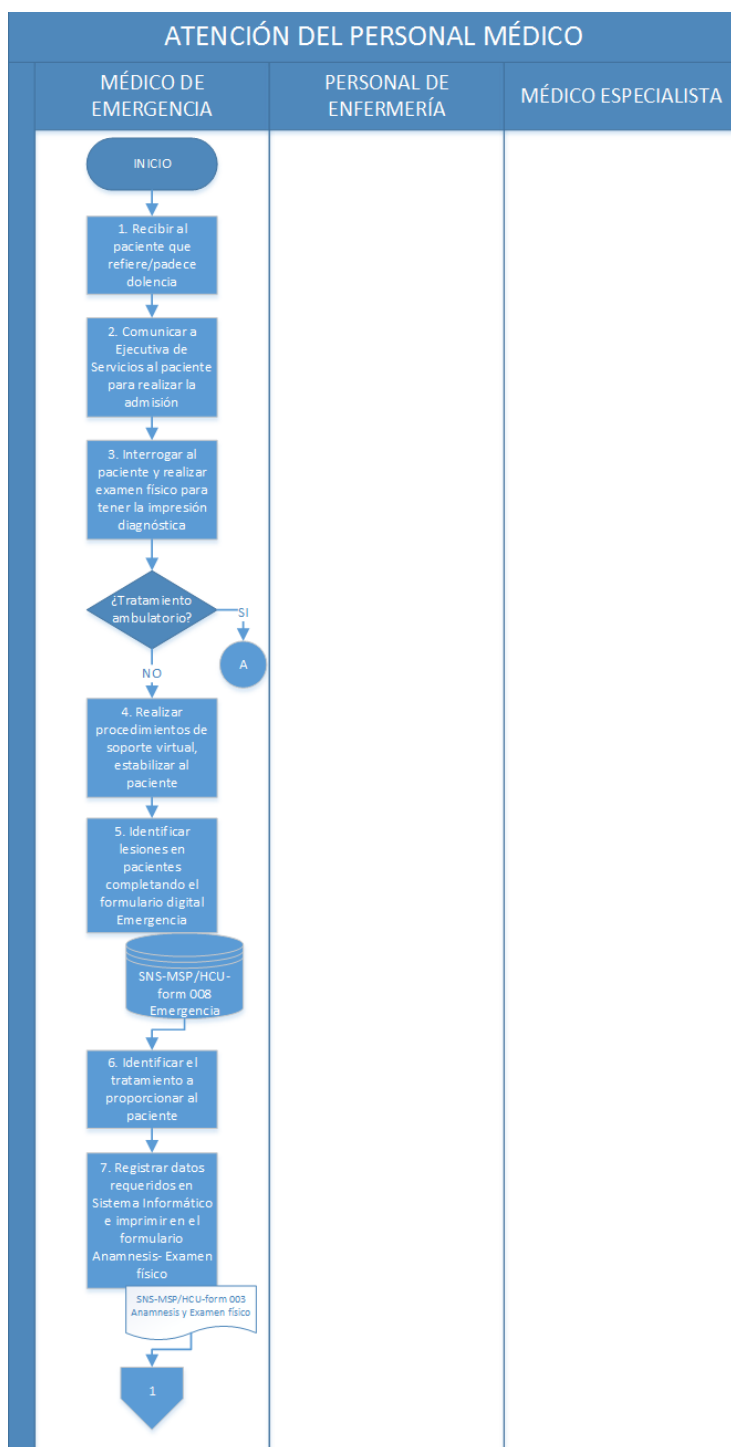


Figura 24

Atención del Personal Médico

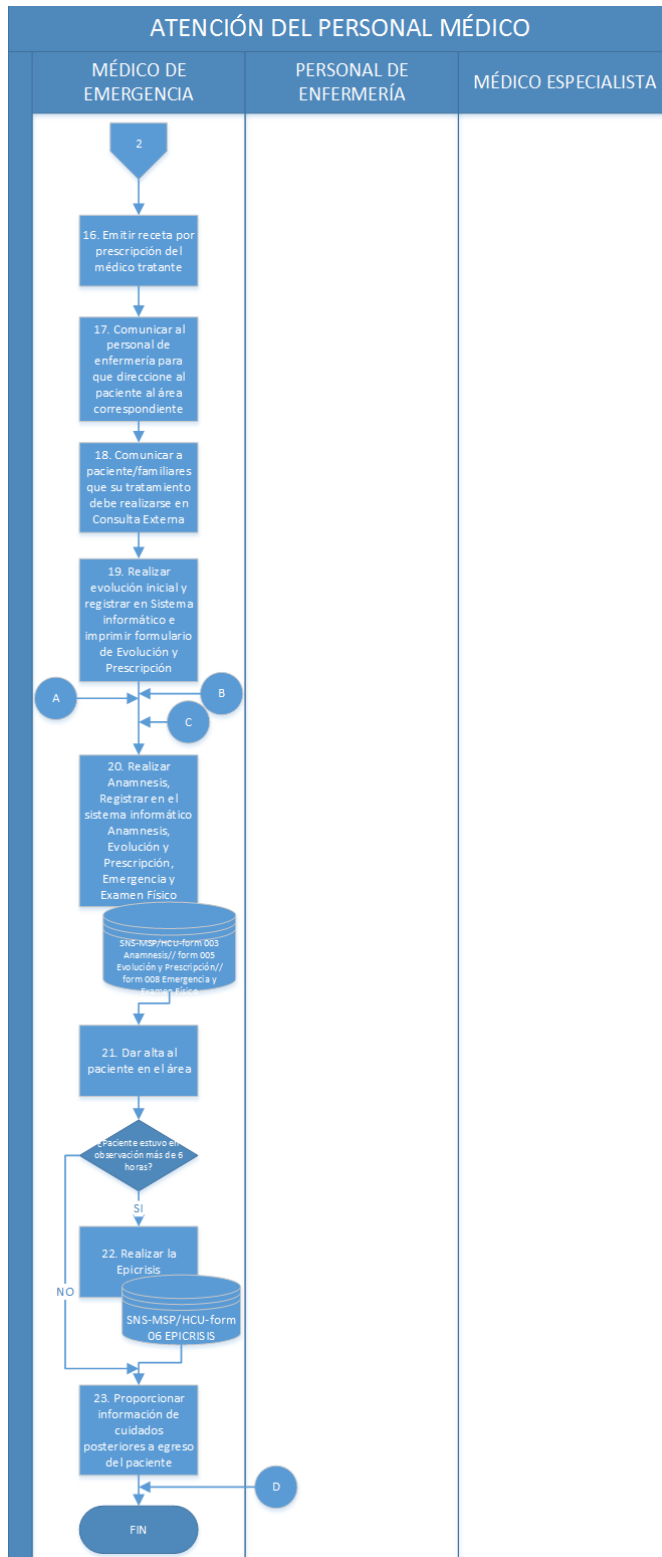
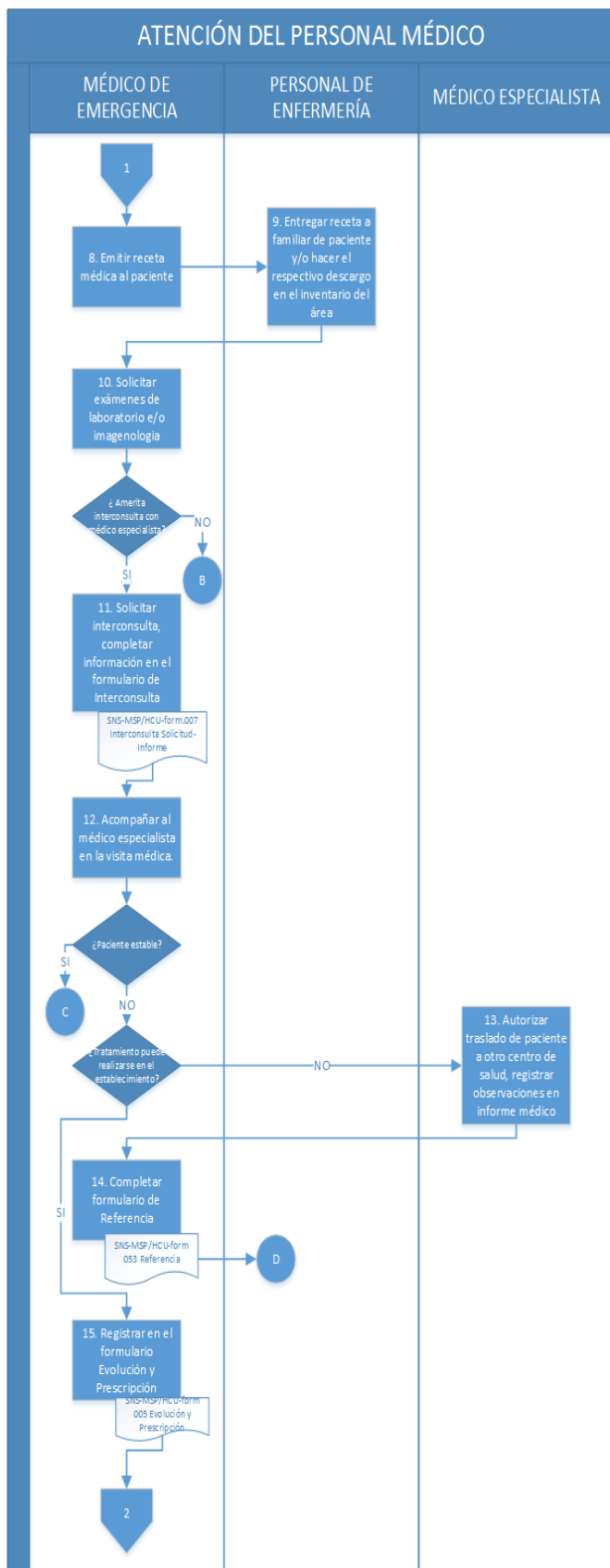


Figura 25

Atención del Personal Médico II



9. Registros

Formato digital libre	Registro de Emergencia
Formato digital libre	Botiquín de Emergencia
Formato digital libre	Receta Médica
Formato digital libre	Solicitud de Exámenes de Laboratorio
Formato digital libre	Solicitud de Exámenes de Imágenes
Formato digital libre	Reporte de Enfermería
SNS-MSP/HCU-form.003	Anamnesis y examen físico
SNS-MSP/HCU-form.005	Evoluciones y prescripciones
SNS-MSP/HCU-form.006	Epicrisis
SNS-MSP/HCU-form.007	Interconsulta Solicitud - Informe
SNS-MSP/HCU-form 008	Emergencia
SNS-MSP/HCU-form.020	Signos vitales
SNS-MSP/HCU-form.022	Administración de Medicamentos
SNS-MSP/HCU-form 053	Referencia y Contrareferencia

10. Anexos

N/A

Atención en Hospitalización

1. Objetivo

Identificar a través de estudios de diagnósticos las causas por las que ingresa el paciente a proporcionarle el respectivo tratamiento clínico y/o quirúrgico.

2. Alcance

Este procedimiento define las actividades para la atención en el área de hospitalización de Clínica Santamaría “CLISANTA S.A.”.

3. Políticas

- Todo el personal técnico deberá conocer y cumplir los Protocolos Terapéuticos establecidos por el MSP y de la clínica.
- Todo el personal técnico deberá cumplir las normas de bioseguridad.
- El personal médico valorará al paciente previo a la derivación en la atención hospitalaria.
- El personal médico brindará una atención especializada de acuerdo al cuadro clínico o patología.
- El personal médico realizará controles subsecuentes al paciente una vez dado de alta.
- La autorización de salida del paciente debe ser firmada por enfermería y por el guardia de seguridad.

4. Responsabilidades

- El Jefe de Enfermería y el Jefe de Residentes son los encargados de la revisión y modificación de este procedimiento
- El Director Técnico es responsable de la aprobación de este procedimiento.
- El personal técnico es responsable del cumplimiento de este procedimiento.

5. Definiciones

- Admisión: Actividad de recopilación sistemática de datos de los usuarios que demandan atención en los servicios de salud.
- Alta: Egreso o salida de un paciente del establecimiento de salud.
- Diagnóstico (Dx): Reconocimiento final o evidente de las características de una enfermedad por sus signos y síntomas específicos mediante confirmación por pruebas realizadas en los servicios técnicos complementarios.
- Epicrisis: Resumen de todas las actividades de diagnóstico, tratamiento,

evolución y de las prescripciones realizada durante el periodo de internación del paciente.

- Interconsulta: Pedido de atención que realiza el médico residente al médico especialista-tratante para que establezca o confirme el diagnóstico o procedimiento terapéutico más idóneo para el paciente.
- PSH: Prestación del Servicio de Hospitalización
- Tratamiento: Aplicación de un conjunto de actividades o procedimientos planificados por el equipo de salud encaminados a mitigar o eliminar un problema de salud en el paciente.
- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

6. Riesgos

1. Disminución de satisfacción del servicio.
2. Pérdidas de Clientes.
3. Demandas.
4. Servicios no justificados.

7. Procedimiento

7.1. Ingreso De Pacientes

El ingreso de los pacientes a hospitalización, se pueden derivar de los siguientes servicios:

- Derivados desde el Servicio Ambulatorio
- Ingresos desde el Servicio de Emergencia)
- UCI (Unidad de Cuidados intensivos)
- Transferencias de otras casas de salud.

7.2. Seguimiento Médico

- Se realiza valoración médica previa y en caso de tener paciente de dx con V.I.H., tuberculosis, cáncer entre otros, que requieran atención médica de mayor complejidad.
- Según grado de complejidad, se realiza la transferencia a unidades médicas especializadas, previa a su estabilidad clínica, emitiendo el respectivo Informe médico y SNS-MSP/HCU-form 053 Referencia / Contra referencia a la institución de salud especializada.
- Se encarga de entregar las novedades de los pacientes hospitalizados, a los médicos entrantes en cada cambio de guardia.
- En cada guardia médica, el Médico Residente como mínimo deberá realizar tres visitas médicas a los pacientes que se encuentren hospitalizados y deberán de registrarlas en el Sistema Informático.
- El Médico Residente y personal de enfermería de guardia tiene que pasar visita en conjunto con el Médico Tratante
- Se realizan constantes valoraciones del estado de salud del paciente, que se encuentra en el área, debiendo registrarse en el sistema informático y estas pueden ser:
 - Evoluciones diarias
 - Interconsultas
 - Ordenes de exámenes (laboratorio/imágenes)
 - Parte operatorio
 - Record operatorio

7.3. Interconsultas

- Realiza la solicitud de interconsulta.

- El médico tratante deberá responder la solicitud de interconsulta.

Interconsulta por valoración y seguimiento de paciente.

- El médico especialista realiza la valoración y seguimientos del paciente hasta su alta médica.
- Se debe registrar esta valoración en el sistema informático.

Interconsulta pre quirúrgica.

- El médico especialista (cardiólogo) revisa las valoraciones e indicaciones de riesgo cardiológico.
- El médico especialista (anestesiólogo), realiza valoración y la aprobación o no de la cirugía.
- Se registra la información en el sistema informático.

7.4. Registros y formularios médicos

- El llenado del formulario de epicrisis en el sistema informático, el cual debe estar emitido posterior al alta del paciente correspondiendo a la acción final de la atención por determinada patología.
- Se registra en el sistema informático la información al paciente y el certificado de permiso médico.
- En caso de defunción del paciente, el médico de guardia o jefe de área elaborará el certificado de defunción – INEC con la respectiva firma electrónica.
- El personal de enfermería debe mantener la documentación del historial clínico bajo el orden de documentación dispuesto. Todos los formularios, formatos deberán de ser llenados conforme a la información solicitada y las firmas de responsabilidad deben ser contenidas cuando sean requeridas.

En ALTA MEDICA es obligación de la persona que está ejecutando el alta del paciente (Cajera-Administradora), entregar al familiar y hacer firmar lo siguiente:

- Certificado médico
- Epicrisis
- Protocolo de operación (en caso de haber sido intervenido quirúrgicamente)
- El papel de salida

7.5. Exámenes de laboratorio, imagenología y especiales

- Los exámenes de laboratorio (clínico, patológico) e imágenes solicitados, deben tener justificación y pertinencia médica de acuerdo al diagnóstico del paciente.

Laboratorio

- El personal de laboratorio, deberán de registrar los resultados de exámenes especiales en el sistema informático.

Médico Residente / Médico Especialista

- El médico residente, consulta los resultados e informes de los exámenes correspondientes.

7.6. Alta Médica

- Elabora la nota de evolución de alta con indicaciones y prescripciones.
- Realiza la epicrisis dando las indicaciones de alta al paciente.
- Los pacientes que son dados de alta del área de HOSPITALIZACIÓN y que pertenezcan a la RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD “RPIS” se les deberán entregar adicionalmente a la documentación de alta el formulario SNS-MSP/HCU-form.053 Referencia / Contrareferencia.
- Si el paciente / familiares solicitan alta a petición, el personal médico informará que la institución y el personal tanto médico como de enfermería no se

responsabiliza de cualquier evento una vez que salga de la institución, solicitando la respectiva firma de responsabilidad del paciente / familiar en el sistema informático y el paciente/familiar deberá firmar el alta a petición en el formulario de consentimiento informado.

7.7. Certificados Médicos

- Se extienden dos tipos de Certificados médicos en la Clínica Santamaría:
 - Certificado de Hospitalización
 - Certificado de Alta Médica
- Los certificados de Hospitalización se extienden cuando el paciente lo solicita, en el cual consta el nombre completo del paciente, día que ingreso, diagnóstico presuntivo y/o definitivo y fecha actual de entrega del mismo.
- Los certificados de Alta Médica, se extienden cuando el paciente es dado de Alta médica transitoria o definitiva, el mismo que consta nombre completo del paciente, diagnóstico definitivo, procedimiento realizado (quirúrgico o clínico), fecha del procedimiento médico, fecha de alta médica, días de descanso médico en letras y números (desde la fecha que ingresa) y día de próxima cita.
- Los certificados de alta son extendidos, firmados y sellados únicamente por el médico especialista, el certificado es entregado junto con la documentación de alta, el mismo día.
- Los certificados de hospitalización, son firmados por el médico residente o Jefe de Residentes.

7.8. Atención Del Personal De Enfermería

Personal de enfermería

1. Recibe al paciente, direccionándolo a la habitación asignada.

2. Revisa circuitos y vía periférica permeable.
3. Se toma signos vitales al Paciente
 - Presión arterial
 - Frecuencia respiratoria
 - Temperatura corporal
 - Frecuencia cardíaca o Pulso
 - Saturación
4. Los pacientes son monitoreados con la frecuencia establecida por el personal médico y esta información se registra en el sistema informático.
5. El peso se lo controla y registra si el paciente está con Balance Hídrico o es un paciente pediátrico.
6. Recibe la modificación y se lo ubica en la unidad del paciente.
7. Verifica la documentación del historial clínico del paciente. Es decir:
 - Nombres, edad, sexo del paciente en el sistema informático.
8. En Reporte de enfermería describe en qué condiciones recibe al paciente en el área.
9. Revisa la medicina prescrita por el personal médico (residente / especialista), en Evoluciones y prescripciones en el sistema informático y continúa con el tratamiento específico.
10. Registra la medicación proporcionada por el sistema.
11. Registra los consumos de materiales y equipos utilizados por el paciente en formato Botiquín de Piso (Formato libre),
12. si representa un descargo del inventario que se dispone en el área, se ingresa en Sistema informático.

13. Informan cualquier anomalía que suceda con el paciente al personal médico y registran en formato Reporte de Enfermería (Formato Libre)
14. Realizar cuidados de enfermería, cambios posturales, aseo y baño de paciente, alimentación.
15. Controlar, registrar y corregir la glicemia cuando sean requeridos en la frecuencia estipulada por el personal médico.

Observaciones:

La verificación y administración de medicina la realiza la Lcda. En Enfermería / Coordinadora de Enfermería.

La verificación de las dietas de los pacientes es responsabilidad de la Lcda. En Enfermería / Coordinadora de Enfermería, lo realizará verificando en el sistema informático que las dietas establecidas estén acorde a la prescripción médico, informando a la Nutricionista de su verificación. Cuando el paciente tenga el alta médica, el personal de enfermería deberá verificar que la unidad del paciente, los equipos y accesorios de la habitación se encuentren operativos funcionales, registrando toda esta información en el sistema.

7.9. Atención Del Personal Médico

Médico Residente

1. Valora al paciente.
2. Solicita exámenes elementales / analíticos según sea necesario, según indicaciones de médico especialista. Estos pueden ser:
 - Solicitud de exámenes de Laboratorio
 - Solicitud de exámenes de Imágenes
 - Solicitud de exámenes patológicos.
3. Los resultados de dichos exámenes son verificados en el sistema, posterior al

registro hecho en laboratorio.

4. Solicita interconsulta con Médico de Medicina Interna y/o Médico Especialista que requiera el paciente para su valoración y tratamiento a través del sistema informático.
5. Realiza visita médica con el Médico especialista, ejecuta y da seguimiento a las indicaciones médicas del especialista

Médico Tratante/ Especialista

6. Revisa la historia clínica del paciente, Valora al paciente
7. Emite su opinión diagnóstica o terapéutica sobre el tratamiento a seguir para el paciente y los medicamentos a suministrar.
8. Registra en sistema informático y completo la interconsulta.

¿Seguimiento con médico tratante?

Si: Ver actividad N° 22 No: Ver actividad N° 9

9. Da alta médica de la especialidad interconsulta.
10. Comunica a Médico Residente del área.

Médico Residente

11. Registra en sistema informático los cuidados y manejo del paciente, receta médica y/o exámenes a realizar según indicaciones de médico especialista:

- Evoluciones diarias, mínimo tres y las requeridas según las necesidades del paciente.
- Receta médica

12. Comunica a personal de enfermería el tratamiento y medicación a suministrar al paciente. Y medicación descontinuada.

13. Monitorea el estado de salud del paciente.

¿Paciente estable?

Si: Ver actividad N°16 No: ¿Requiere cuidados intensivos? Si: Ver actividad N° 14 No: Ver actividad N°13

14. Solicita interconsulta con médico intensivista.

De ser requerido, direccionamiento del paciente a Unidad de Cuidados Intensivos. Ver

15. Procedimiento Atención en UCI HS-P-PSH-02 Fin

16. Comunica novedades suscitadas durante la guardia a médico especialista.

17. Realiza Epicrisis del paciente dado de alta. Registra en sistema informático.

18. Registra la información de cuidados post egreso del paciente en las medidas generales e imprimen en formulario.

19. Comunica al personal de enfermería y de admisión del alta al paciente.

20. Comunica a familiar / paciente de las indicaciones de alta.

21. Indica a familiar que se dirija a Caja a retirar documentación del paciente y la autorización de salida. FIN

Médico Especialista

22. Realiza seguimiento de cuadro clínico del paciente.

23. Da indicaciones al Médico residente sobre manejo del paciente

24. Registra evoluciones diarias en el sistema informático.

¿Paciente estable?

Si: Ver actividad N°25 No: Ver actividad N° 22

25. Da alta médica al paciente, comunica a Médico Residente y continuar actividad N° 17.

Registra en formulario Evolución y Prescripción SNS-MSP/HCU-form.0058.

Diagrama De Flujo

Figura 26

Atención De Enfermería

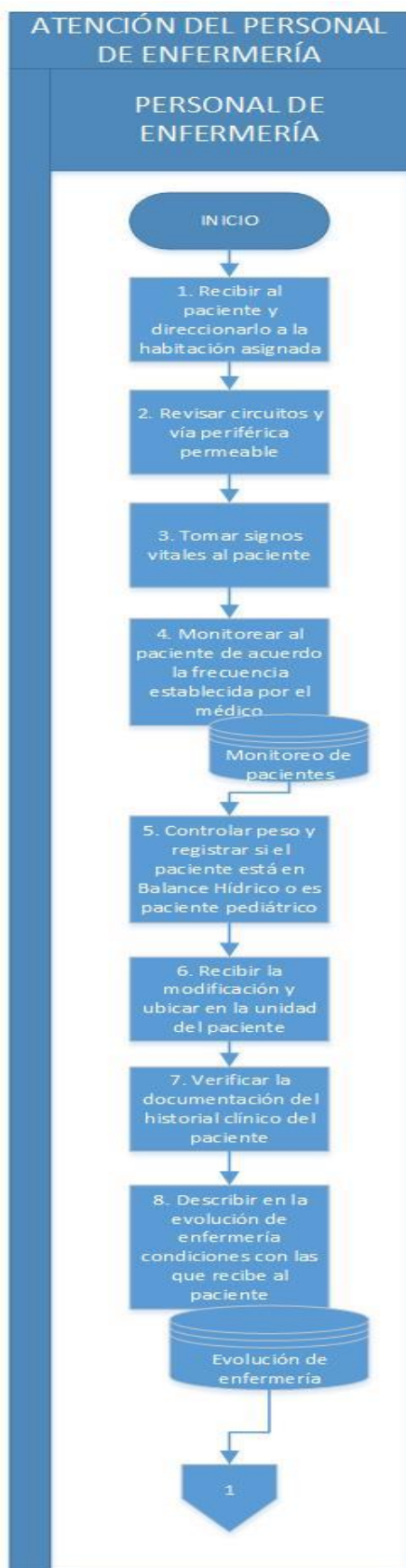


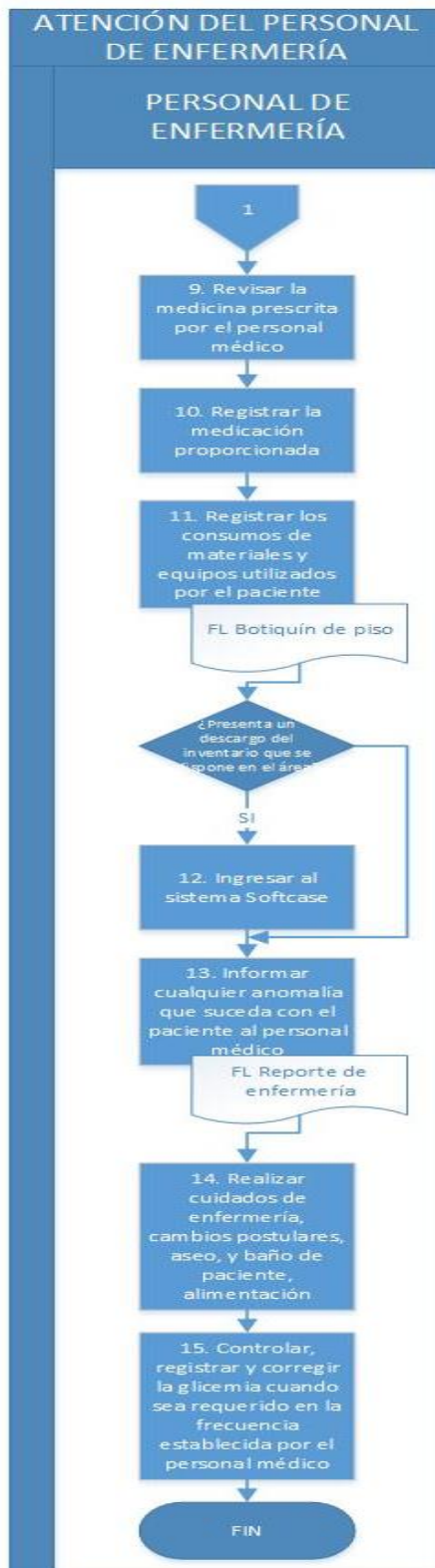
Figura 27*Atención Personal de Enfermería*

Figura 28

Atención del Personal Médico

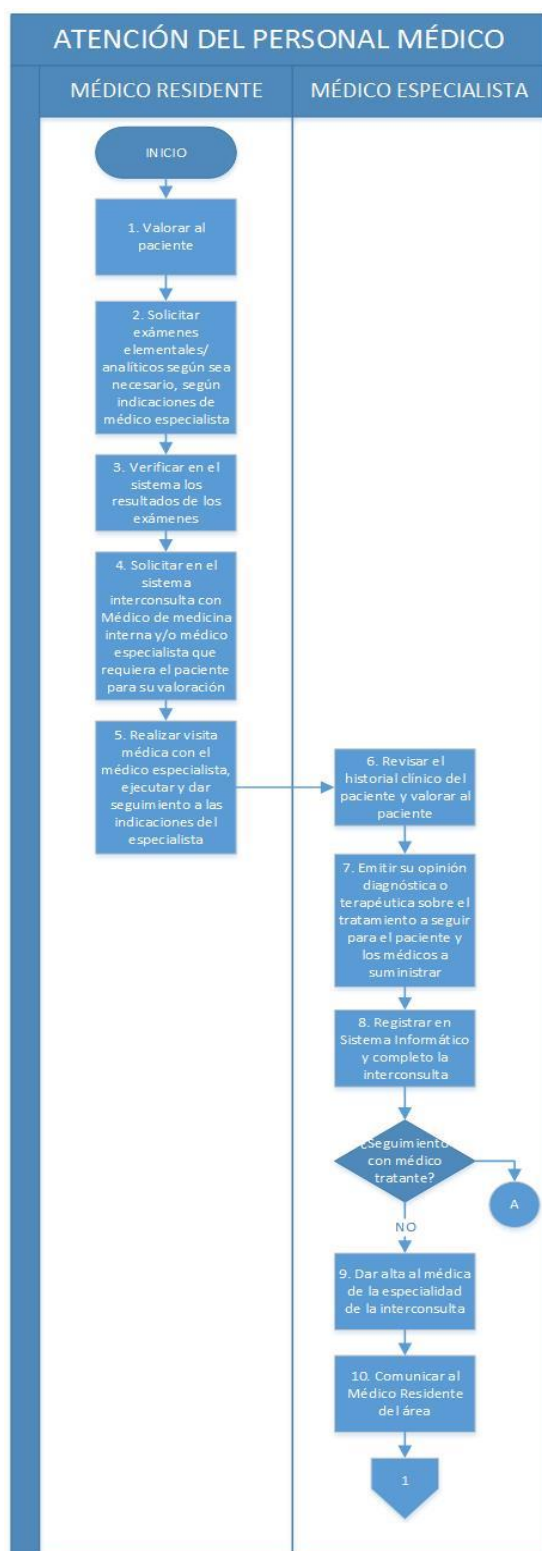


Figura 29

Atención Personal Médico

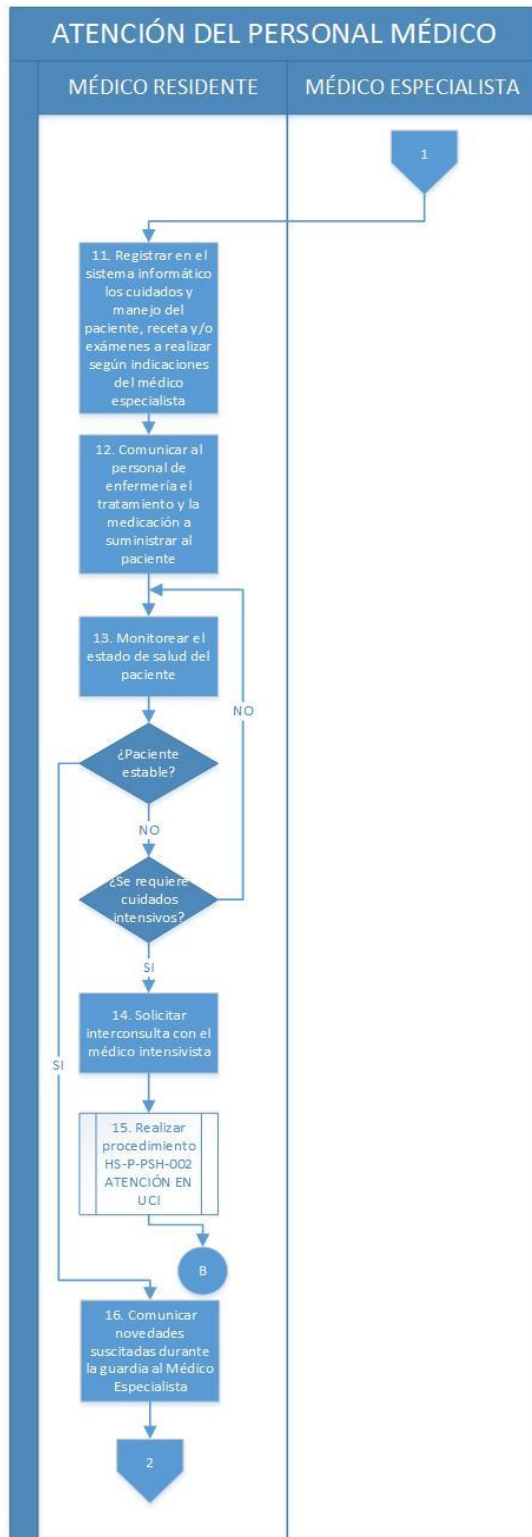
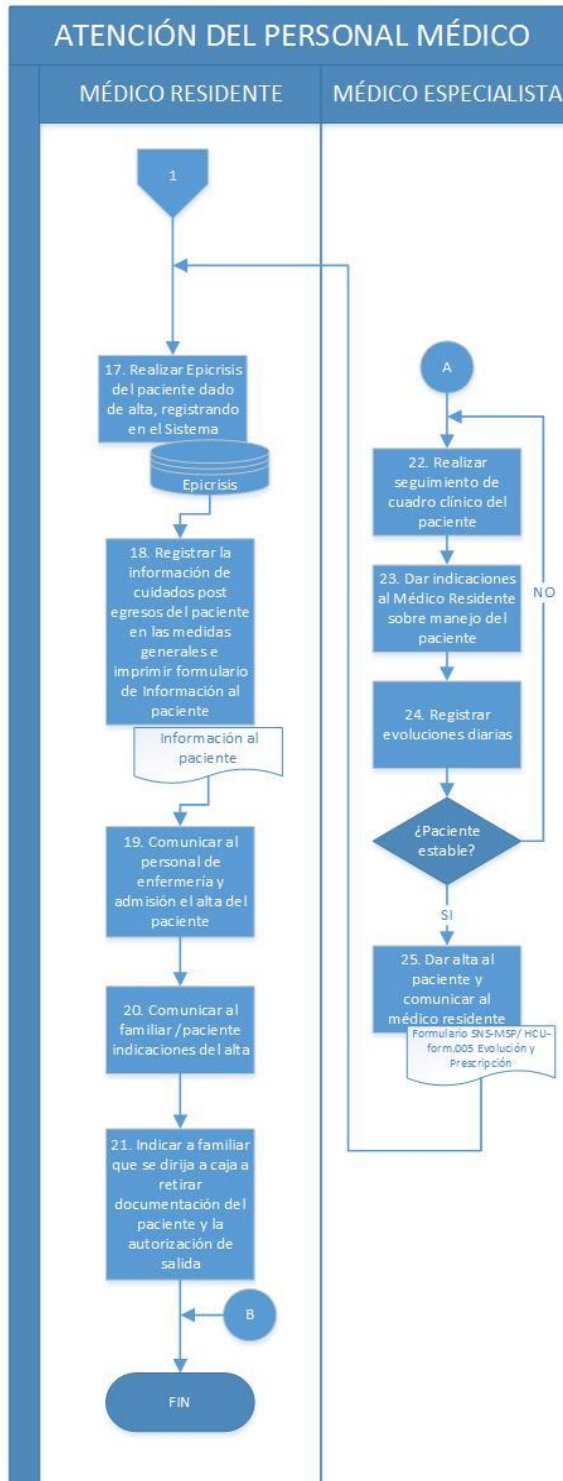


Figura 30

Atención del Personal Médico



9. Registros

Formato libre	Receta Médica
Formato libre	Reporte de Enfermería
Formato libre	Solicitud Examen de laboratorio microbiología
Formato libre	Solicitud de productos sanguíneos a CRE
SNS-MSP/HCU-form.003	Anamnesis y Exámen físico
SNS-MSP/HCU-form.005	Evolución y Prescripción
SNS-MSP/HCU-form.006	Epicrisis
SNS-MSP/HCU-form.007	Interconsulta Solicitud/Informe
SNS-MSP/HCU-form.010	Solicitud de Exámenes de Laboratorio
SNS-MSP/HCU-form.012	Solicitud de Exámenes de Imágenes
SNS-MSP/HCU-form.013	Solicitud de Exámenes patológicos
SNS-MSP/HCU-form.020	Signos vitales
SNS-MSP/HCU-form.022	Administración de Medicamentos
SNS-MSP/HCU-form.053	Referencia
SNS-MSP/HCU-form.054	Concentrado de Laboratorio
SNS-MSP/HCU-form.055	Concentrado de Exámenes especiales
Documento externo	FORM EV-3 Informe Estadístico de Defunción
Documento externo	FORM EV-1 Informe Estadístico de nacido vivo

9. Anexos

N/A

Atención en la Prestación del Servicio Quirúrgico

1. Objetivo

Establecer una metodología para llevar a cabo de manera eficaz y oportuna la atención de los pacientes en la prestación del servicio quirúrgico con la finalidad de cubrir en su totalidad las necesidades de los pacientes.

2. Alcance

Este procedimiento define las actividades para la prestación del servicio quirúrgico de Clínica Santamaría “CLISANTA S.A.”.

3. Políticas

- ✓ Todo el personal técnico deberá conocer y cumplir los Protocolos Terapéuticos establecidos por el MSP y de la Clínica.
- ✓ Todo el personal técnico deberá cumplir las normas de bioseguridad.
- ✓ Todo el personal médico que labore en el área de quirófano tiene que ser capacitado para el correcto llenado de formularios.
- ✓ Previo al ingreso del área de quirófano todo paciente debe tener los exámenes de laboratorio y complementarios registrados en el sistema médico.
- ✓ Previo al ingreso del área de quirófano todo paciente debe ser valorado por el Anestesiólogo y Cardiólogo; y esta información debe estar registrada en el sistema médico.
- ✓ En el postoperatorio se deben realizar constantes valoraciones del estado de salud del paciente debiendo registrarse en el sistema informático las Evoluciones y prescripciones.
- ✓ Todos los formularios, formatos deberán de ser llenados conforme a la información solicitada y las firmas de responsabilidad deben ser contenidas cuando sean requeridos.

- ✓ El personal de Enfermería en formato Reporte de Enfermería debe detallar por que el paciente ha ingresado al área de quirófano, procedimiento realizado, medicamentos administrados, cuidados indicados.
- ✓ El personal de Enfermería debe de registrar en el formato la toma de signos vitales.
- ✓ El personal de Enfermería debe registrar en el kárdex el cumplimiento de la administración de medicamentos.
- ✓ En cada área de trabajo se dispone de documentación como: Manuales, Procedimientos, Instructivos, Guías y/o Protocolos, el cual su lectura y entendimiento formaran parte de la inducción del nuevo colaborador, por lo tanto, se dispondrá de dos semanas para ello y se realizarán las pruebas de conocimientos de la documentación del área y la calificación obtenida será considerada en la Evaluación de desempeño del colaborador.

4. Responsabilidades

- ✓ El Jefe de Residentes es responsable de la revisión este procedimiento.
- ✓ El Jefe de Enfermería es responsable de la revisión este procedimiento.
- ✓ El Director Técnico es responsable de la aprobación de este procedimiento.

5. Definiciones

Diagnóstico: Reconocimiento final o evidente de las características de una enfermedad por sus signos y síntomas específicos mediante confirmación por pruebas realizadas en los servicios técnicos complementarios.

PSQ: Prestación del Servicio Quirúrgico

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

6. Riesgos

1. Disminución de satisfacción del servicio.

2. Pérdidas de Clientes.
 3. Demandas.
 4. Servicios no justificados.
7. Procedimiento

Todos los formularios deberán de ser llenados conforme a la información solicitada y las firmas de responsabilidad deben ser contenidas cuando sean requeridos.

Pueden originarse la admisión de pacientes a cirugía a través de las siguientes áreas:

- ✓ Emergencia
- ✓ Ambulatorio
- ✓ Hospitalización - UCI
- ✓ Prestadores de servicios médicos externos

7.1. Admisión por emergencia

Cuando el paciente es admitido por emergencia se realizan las siguientes actividades:

Admisionista

- Solicita información / identificación del paciente (Ver Procedimiento de Admisión CS-P-ADM-01)

Médico-Residente

- Solicitan interconsulta con especialista, previa intervención quirúrgica.
- Comunica a personal de enfermería de quirófano de posible intervención quirúrgica.

Médico- Especialista / Residente

- Solicita la elaboración de exámenes de laboratorio y complementarios pre quirúrgicos, los cuales consisten en:
 - ✓ Glucosa
 - ✓ Tiempos de coagulación (T. de protrombina, T. de tromboplastina)

- ✓ Biometría hemática completa.
- ✓ Grupo sanguíneo
- ✓ Electrocardiograma
- ✓ Si amerita Examen de rayos X / Ecografía.

Médico- Especialista

- Teniendo el diagnóstico, si es requerida la intervención quirúrgica, comunica a Médico residente para la preparación del quirófano.
- Solicita interconsulta con Médico especialista Anestésista y Cardiólogo.

Personal de Enfermería

- Prepara al paciente asepsia antisepsia y se completan los formularios establecidos.

7.2. Admisión por hospitalización - UCI

Se refiere cuando el paciente estando hospitalización o UCI, se determina que se requiere de una intervención quirúrgica.

Para programar las cirugías, se deberá de comunicar al Asistente de Coordinación Médica Jefe de residentes – Coordinador de UCI:

- Coordina el personal médico del equipo quirúrgico, emitiendo el respectivo Parte Operatorio y comunicando a las áreas involucradas en el proceso (Enfermería, Quirófano, Operaciones, Personal médico) para su respectiva actuación.

7.2. Admisión por prestadores de servicios médicos externos

Cuando los pacientes sean remitidos de los prestadores de servicios médicos externos a la institución para ser intervenidos quirúrgicamente se realizará lo siguiente:

- ✓ El ingreso se realizará a través del área de Información – Admisión

Ejecutivo de servicio al paciente

- Comunica al Asistente de Coordinación Médica para que se coordine una

interconsulta con el especialista.

Jefe de residentes

- Si amerita intervención quirúrgica programará la cirugía (Ver Sección 5.2) previa orden de médico especialista

Intervención Quirúrgica

Como requisito primordial antes de la intervención quirúrgica, se deben de contemplar la realización de los exámenes pre-operatorios los cuales serán en base a las condiciones médicas del paciente y solicitadas por el personal médico de la Clínica Santamaría, tanto en las cirugías programadas como de emergencias.

Para las pacientes, que son intervenidas quirúrgicamente por parto normal o cesárea, se deberá de monitorear su estado, completando los formularios:

- ✓ Atención Perinatal MSP-HCU.form.051-2008
- ✓ Partograma

El Personal Médico-Residente, está en la obligación de cumplir las siguientes funciones en relación al área de Quirófano

- ✓ Revisar que esté completa toda la documentación del paciente
- ✓ Comunicar a los familiares del paciente sobre el procedimiento quirúrgico a realizarse (Médico especialista)
- ✓ Firma del consentimiento informado por el representante delegado del paciente (familiar)
- ✓ Recibir al paciente en área post-operatorio
- ✓ Monitoreo estricto de signos vitales
- ✓ Elaboración de recetas y órdenes de patología al paciente
- ✓ Coordinar aplicación de medicación en post-operatorio.
- ✓ Manejo de terapia del dolor

- ✓ Coordinar el pase del paciente desde el área de post-operatorio a piso (habitación)

El médico anestesiólogo realizará la valoración pre-anestésica al paciente, el día anterior a la cirugía y como mínimo una hora antes de que el paciente sea direccionado a quirófano.

7.3. Desarrollo

Personal de Enfermería - Piso

1. Realizan la preparación del paciente para la intervención quirúrgica, de acuerdo al Protocolo Pre-quirúrgico.

Jefe de Enfermería - Enfermera

2. Verifica si paciente está listo para su intervención quirúrgica
3. Supervisa el ingreso del paciente a quirófano, verificando:
 - ✓ Cumplimiento del Protocolo pre-quirúrgico
 - ✓ Documentación completa requerida para intervención quirúrgica.
4. Coordina que el paciente sea ingresado a quirófano 20 minutos antes de hora programada / intervención quirúrgica.

Personal de Enfermería – Coordinador de quirófano

5. Verifican el Cronograma de Cirugía diario, Prepara los equipos de quirófano que serán utilizados
6. Reciben al paciente en quirófano verificando junto con el personal de enfermería de piso, que se haya cumplido el protocolo pre-quirúrgico.

¿Cumplimiento de protocolo pre-quirúrgico?

Si: Ver actividad

Nº 8 No: Ver actividad Nº 7

7. Mantienen al paciente en pre-operatorio y solicitan la documentación respectiva y/o cumplimiento de protocolo pre-quirúrgico,
8. Direccionamiento al paciente a sala de cirugía.

Médico Anestesiólogo

9. Revisan historial clínica del paciente y exámenes pre quirúrgico

¿Paciente puede ser operado?

Si: Ver actividad N°11 No: Ver actividad N° 10

10. Se registra la causa de suspensión de cirugía, en el formulario FL suspensión de procedimientos Qx de evolución en el sistema informático; se lo deriva al área de dónde provino, se informa a familiares.

11. Emite instrucciones a personal de enfermería de los requerimientos de insumos en anestesia y equipos

12. Monitoreo al paciente e inicia procedimientos anestésico con ayuda de personal de enfermería - quirófano.

13. Registra información de valoración y aplicación de anestesia al paciente en Formato Registro Anestésico (Formato Libre)

Cirujano

14. Realización de proceso quirúrgico.

15. Completa información de cirugía realizada en Registro Protocolo de Operación (Formato Libre)

16. Da indicaciones al médico residente sobre manejo y prescripción medica

Médico Anestesiólogo

17. Monitoreo al paciente durante la cirugía

Personal de Enfermería - Quirófano

18. Asistir en cirugía

- Enfermera.- Asiste al cirujano durante la operación
- Enfermera circulante.- Circula durante el acto quirúrgico
- Enfermera instrumentista. - Instrumenta

Médicos residentes

19. Ayuda en la intervención quirúrgica como primer o segundo ayudante.

20. Realiza notas de evolución post quirúrgica

Personal de Enfermería - Quirófano

21. Registra los materiales, medicinas y equipos utilizados en el quirófano en Gastos de Quirófano (Formato Libre)

22. Registra datos de la cirugía realizada en Registro de Cirugías CS-F-PSQ-01

23. Comunica a personal médico-residente que hay pacientes en sala post-operatorio para su control.

Médico Anestesiólogo

24. Entrega el paciente al médico-residente para su traslado a sala post-operatorio y/o unidad de cuidados intensivos.

Personal médico-residente

25. Verifica si paciente se encuentra estable

¿Estable?

Si: ¿Requiere hospitalización?

No: Ver actividad N° 26

Si: Ver actividad N° 28 No: Ver actividad N° 29

26. Se notifica al área de UCI que el paciente requiere manejo post operatorio en el área de cuidados intensivos y se genera interconsulta.

27. Direccionamiento de paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos.

28. Direccionamiento de paciente a habitación, comunica a personal de enfermería-piso.

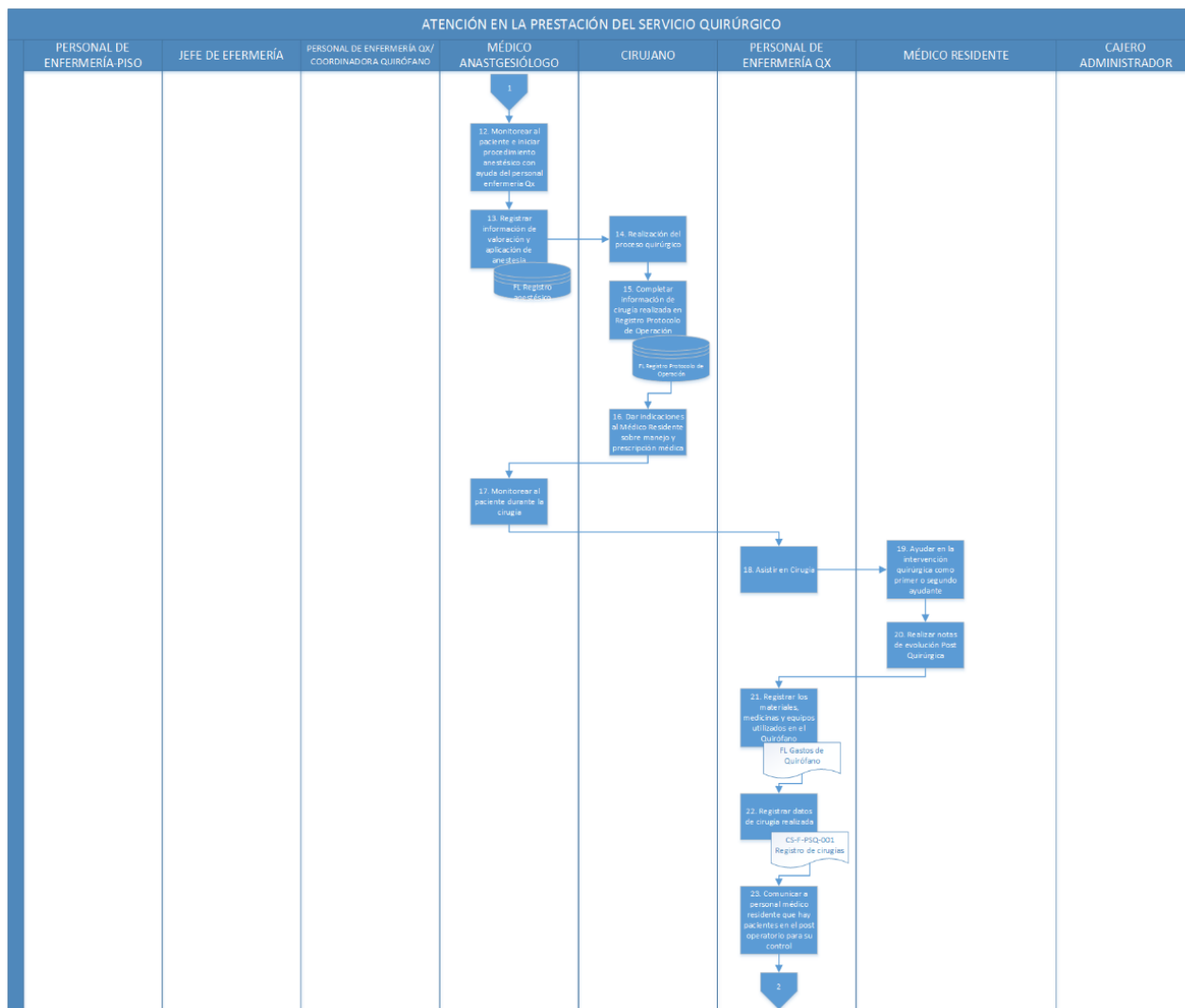
29. Coordinan la salida del paciente con el área de Admisión.

Responsable de Caja

30. Procede a facturar la cuenta del paciente generando sus gastos.

Figura 32

Diagrama De Flujo Atención en la Prestación del Servicio Quirúrgico II



Atención en Unidad de Cuidados Intermedios - Intensivos

1. Objetivo

Identificar a través de estudios de diagnósticos las causas por la que ingresa el paciente a la Unidad de Cuidados intensivos, proporcionándole el respectivo tratamiento a su patología de base.

2. Alcance

Este procedimiento define las actividades en la atención de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios de Clínica Santamaría “CLISANTA S.A.”.

3. Políticas

- Todo el personal técnico deberá conocer y cumplir los Protocolos Terapéuticos establecidos por el MSP y de la clínica.
- Todo el personal técnico deberá cumplir las normas de bioseguridad.
- El personal médico valorará al paciente previo a la derivación en la atención hospitalaria.
- El personal médico brindará una atención especializada de acuerdo al cuadro clínico o patología.
- El personal médico realizará controles subsecuentes al paciente una vez dado de alta.

4. Responsabilidades

- El Jefe de Residentes es el encargado de la revisión de este procedimiento.
- El Coordinador del área de UCI es el encargado de la revisión de este procedimiento.
- El Jefe de Enfermería es el encargado de la revisión de este procedimiento.
- El Director Técnico es responsable de la revisión y modificación de este

procedimiento.

- La Gerente General es responsable de la aprobación de este procedimiento.

5. Definiciones

- Admisión: Actividad de recopilación sistemática de datos de los usuarios que demandan atención en los servicios de salud.
- Alta: Egreso o salida de un paciente del área médica.
- Diagnóstico: Reconocimiento final o evidente de las características de una enfermedad por sus signos y síntomas específicos mediante confirmación clínicas y por pruebas realizadas en los servicios técnicos complementarios.
- Epicrisis: Resumen de todas las actividades de diagnóstico, tratamiento, evolución y de las prescripciones realizada durante el periodo de internación del paciente.
- Interconsulta: Pedido de atención que realiza el médico tratante al médico especialista para que establezca o confirme el diagnóstico o procedimiento terapéutico más idóneo para el paciente.
- PSH: Prestación del Servicio de Hospitalización
- SGC: Sistema de Gestión de la Calidad.
- Tratamiento: Aplicación de un conjunto de actividades o procedimientos planificados por el equipo de salud encaminados a mitigar o eliminar un problema de salud en el paciente.
- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos – Intermedios.

6. Riesgos

1. Disminución de satisfacción del servicio.
2. Pérdida de clientes
3. Demandas por desatención en el servicio.

7. Procedimiento

7.1. Ingreso Del Paciente A La U.C.I.

- ✓ El ingreso de los pacientes a la Unidad de Cuidados Intensivos, se pueden derivar de los siguientes servicios:
- ✓ PSE (Prestación del Servicio de Emergencia)
- ✓ Por transferencia de otras instituciones de salud, el cual se sustenta con el formulario de Referencia / Contrareferencia SNS-MSP/HCU-form.053
- ✓ En hospitalización, cuando los pacientes presentan complicaciones en su estado de salud y/o por intervenciones quirúrgicas.
- ✓ Todos los pacientes deberán de ser valorados y aceptados por el médico de la Unidad de cuidados intensivos para su ingreso. Solicitado a través del Form 007 Interconsulta – Solicitud.

7.2. Seguimiento Médico

En caso de tener paciente de dx con V.I.H., tuberculosis, cáncer entre otros, que requieran atención médica de mayor complejidad serán transferidos a unidades médicas especializadas, previa a su estabilidad médica, emitiendo el respectivo Informe médico y SNS-MSP/HCU-form 053 Referencia a la institución de salud especializada.

- ✓ En cada guardia médica, el Médico Residente como mínimo deberá realizar cinco visitas médicas a los pacientes que se encuentren hospitalizados y deberán de registrarlas en el Sistema Informático y en los formularios médicos establecidos.
- ✓ El Médico Residente y Licenciada de enfermería de guardia tiene que pasar visita en conjunto con el Médico Tratante.
- ✓ Se realizan constantes valoraciones del estado de salud del paciente, que se

encuentra en el área, debiendo registrarse en el sistema informático y en físico lo siguiente:

- ✓ SNS-MSP/HCU-form.005 Evoluciones y prescripciones - Valoración médica cuando pase visita el médico interconsultado
- ✓ SNS-MSP/HCU-form.005 Evoluciones y prescripciones - Valoración médica cuando el paciente es derivado a otra área
- ✓ El Médico intensivista y/o coordinador médico proporciona información del estado de salud de los pacientes a los familiares, para lo cual se utiliza el Formato libre.

7.3 Interconsultas

- ✓ La coordinación de las interconsultas con los médicos especialistas la deberán de realizar el Médico Residente del área/ Coordinador de área en que se encuentre el paciente que requiera la interconsulta.
- Cuando se requiera que el paciente sea valorado subsecuentemente por el Médico Tratante, el Médico Residente deberá anotar en formato Evolución y prescripción SNS-MSP/HCU-form.005 del paciente las palabras “SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO” según especialidad.
- Las valoraciones cardiológicas y EKG deberán de ser solicitadas por el especialista y se debe de constar el resultado de ambas en el Historial clínico junto con el formato establecido de informe.
- Cuando los pacientes son derivados desde la Unidad de Cuidados intensivos (UCI) a hospitalización – Pisos, deben continuar con los controles del Médico interconsultado que lo atendió en U.C.I, por lo tanto, la Epicrisis de los pacientes debe de realizarla el médico residente de guardia del área de UCI. Digitándola en el sistema informático e imprimir en el formato Form 006

Epicrisis cuando el paciente tenga alta médica.

7.4. Registros Y Formularios Médicos

- El llenado del Formulario 006 epicrisis es obligatorio para poder emitir el alta o egreso del paciente, este documento indica la culminación del tratamiento del paciente.
- En caso de defunción del paciente, el Jefe de Residentes elaborará el informe estadístico de defunción – INEC y entregará a Ejecutiva de Servicios al paciente para su gestión
- ✓ El personal de enfermería debe mantener la documentación del historial clínico bajo el orden de documentación dispuesto.
- ✓ Todos los formularios, formatos deberán de ser llenados conforme a la información solicitada y las firmas de responsabilidad deben ser contenidas cuando sean requeridas.
- ✓ Toda paciente que ingresa a UCI, debe tener su documentación clínica inicial completa, es decir:
 - SNS-MSP/HCU-Form 003 Anamnesis – Examen físico
 - SNS-MSP/HCU-Form 008 Emergencia (De ser el caso)
 - SNS-MSP/HCU-Form 007 Interconsulta al Médico Intensivista.
 - Form 005 Evoluciones y prescripciones - Evolución inicial
- ✓ Los procedimientos invasivos realizados a los pacientes, deberán de ser registrados en el sistema informático como procedimiento menor.

7.5. Exámenes De Laboratorio, Imagenología Y Especiales

- Los exámenes de laboratorio y de imagenología solicitados, los cuales deben tener justificación y pertinencia médica y deben ser compatibles con los

diagnósticos por el que se está haciendo atender el paciente.

- Los resultados de exámenes especiales deberán de registrarse en el sistema informático, entre los cuales tenemos:
 - Resonancias
 - Tomografías
 - Radiografías
- Cuando se emitan las órdenes de exámenes de microbiología deben tener justificación y pertinencia médica correspondiente, por lo cual se debe especificar exactamente el tipo de examen y su justificativo en el historial clínico del paciente.

7.6. Controles

- El Coordinador del área de UCI, debe verificar que todos los documentos del historial clínico que se genere en el área se encuentren oportunamente, llenados correctamente, evidenciando lo actuado firmando en el campo Revisión del formato Hoja de Ruta

7.7. Atención Del Personal De Enfermería

1. Recibe al paciente, direccionándolo a la cama asignada. Revisa circuitos y vía periférica permeable.
2. Toma signos vitales al Paciente
 - Presión arterial
 - Frecuencia respiratoria
 - Temperatura corporal
 - Frecuencia cardíaca o Pulso
 - Saturación O₂
3. Monitoreados con la frecuencia establecida por el personal médico, registra en

formato Signos vitales SNS-MSP/HCU-form.020

4. El peso se lo controla y registra si el paciente está con Balance Hídrico o es un paciente pediátrico.
5. Recibe la modificación y la ubica en la unidad del paciente.
6. Verifica la documentación del historial clínico del paciente. Es decir:
 - Nombres, edad, sexo del paciente en los formularios
 - Identifica en los formatos requeridos el número inicial del documento.
 - En Reporte de enfermería describe en qué condiciones recibe al paciente en el área.
7. Revisa la medicina prescrita por el personal médico (residente / especialista), en Evoluciones y prescripciones SNS-MSP/HCU-form.005 y continúa con el tratamiento específico.
8. Registra la medicación proporcionada en formato Administración de medicamentos SNS-MSP/HCU-form.022
9. Registra los consumos de materiales y equipos utilizados por el paciente en Gastos de Terapia (Formato libre), si representa un descargo del inventario que se dispone en el área e ingresa en Sistema informático.
10. Informan cualquier anomalía que suceda con el paciente al personal médico y registran en formato Reporte de Enfermería (Formato Libre)
11. Realizar cuidados de enfermería, cambios posturales, aseo y baño de paciente, alimentación. Registran en Hoja de cuidados intensivos (Formato libre)
12. Controlar, registrar y corregir la glicemia cuando sean requeridos en la frecuencia estipulada por el personal médico. Registra en Hoja de cuidados intensivos (Formato libre)

Observaciones:

- La verificación y administración de medicina la realiza la Lcda. En Enfermería / Coordinadora de Enfermería.
- La verificación de las dietas de los pacientes es responsabilidad de la Lcda. En Enfermería / Coordinadora de Enfermería, lo realizará verificando en el sistema informático que las dietas establecidas estén acorde a la prescripción médica, informando a la Nutricionista de su verificación.
- Cuando el paciente tenga el traslado a hospitalización, el personal de enfermería deberá verificar que la unidad del paciente, los equipos y accesorios de la cama se encuentren y operativamente funcionales, firmando la verificación realizada en el formato Autorización de salida de ser requerido.

7.8. Atención Del Personal Médico

Médico Residente

1. Valora al paciente.
2. Solicita exámenes elementales / analíticos según sea necesario, previamente consultado con Médico Intensivista:
 - Solicitud de exámenes de Laboratorio
 - Solicitud de exámenes de Imágenes
 - Solicitud de exámenes microbiología.
3. Registran resultados de exámenes solicitados en formulario respectivos, integra al diagnóstico:
 - Concentrado de Laboratorio SNS-MSP/HCU-form.054
 - Concentrado de Exámenes especiales SNS-MSP/HCU-form.055

Solicita interconsulta con Médico Especialista que requiera el paciente para su valoración y tratamiento a través del formulario Interconsulta – solicitud SNS-MSP/HCU-form.07

4. Registra en sistema informático y en formulario.
5. Realiza visita médica con el Médico especialista, ejecuta y da seguimiento a las indicaciones médicas del especialista
Médico Especialista
6. Revisa la historia clínica del paciente, Valora al paciente
7. Emite su opinión diagnóstica o terapéutica sobre el tratamiento a seguir para el paciente y los medicamentos a suministrar.
8. Registra en sistema informático y Completa formulario Interconsulta-Informe SNS-MSP/HCU-form.007
¿Seguimiento con médico tratante?
Si: Ver actividad N° 21 No: Ver actividad N° 9
9. Dar alta médica de la especialidad interconsultada. Comunica a Médico Residente del área.
10. Comunicar al médico residente del área.
Médico Residente
11. Registra en sistema informático los cuidados y manejo del paciente, receta médica y/o exámenes a realizar según indicaciones de médico especialista
 - Evolución y Prescripción SNS-MSP/HCU-form.005
 - Receta médica Formato libre
12. Comunica a personal de enfermería de tratamiento y medicación a suministrar al paciente
13. Monitorea el estado de salud del paciente.
¿Paciente estable?
Si: Ver actividad N° 15 No: Ver actividad N° 14
14. Permanece paciente en el área, bajo indicaciones del médico especialista. Ver

actividad N° 8

15. Comunica a médico especialista de condiciones médicas.

Médico Especialista

16. Da alta médica al paciente, comunica a Médico Residente

17. Registra en formulario Evolución y Prescripción SNS-MSP/HCU-form.005

Médico Residente

18. Registra pase a hospitalización en sistema informático y en formulario

Evoluciones y Prescripciones SNS-MSP/HCU-form.05

19. Realiza Epicrisis del paciente dado de alta del área de UCI, registra en sistema informático.

20. Comunica a personal de enfermería y Comunica a Residente de Hospitalización de pase médico al área.

Ver procedimiento Atención en Hospitalización CS-P-PSH-01 FIN

Médico Especialista

21. Realiza seguimiento de cuadro clínico del paciente.

22. Da indicaciones al Médico residente sobre manejo del paciente

23. Registra en Formulario Evolución y Prescripción SNS-MSP/HCU-form.005 en sistema informático

¿Paciente estable?

Si: Ver actividad N° 15

No: Ver actividad N° 21 FIN

8. Diagrama De Flujo

Figura 33

Atención Del Personal De Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos I

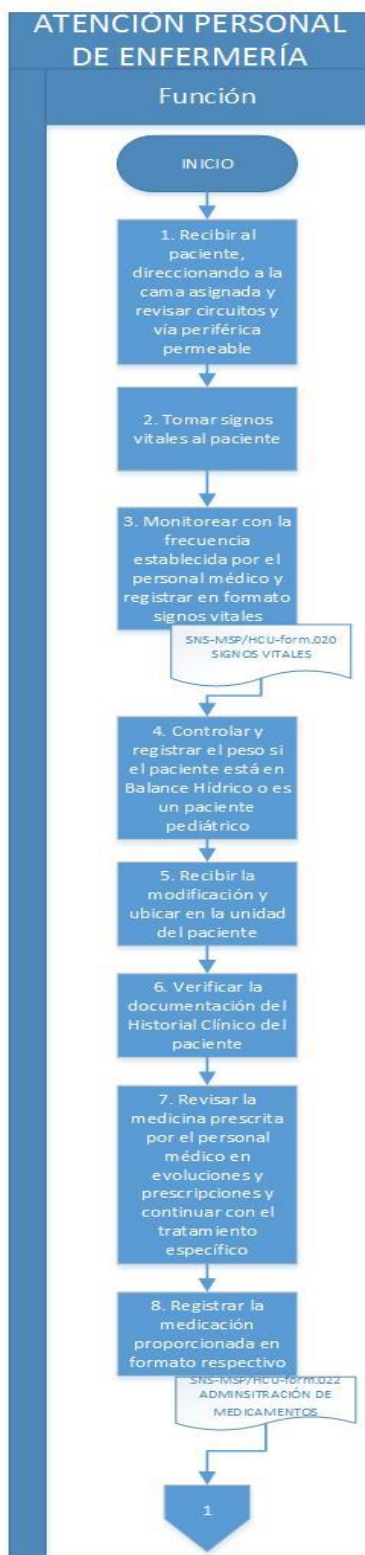


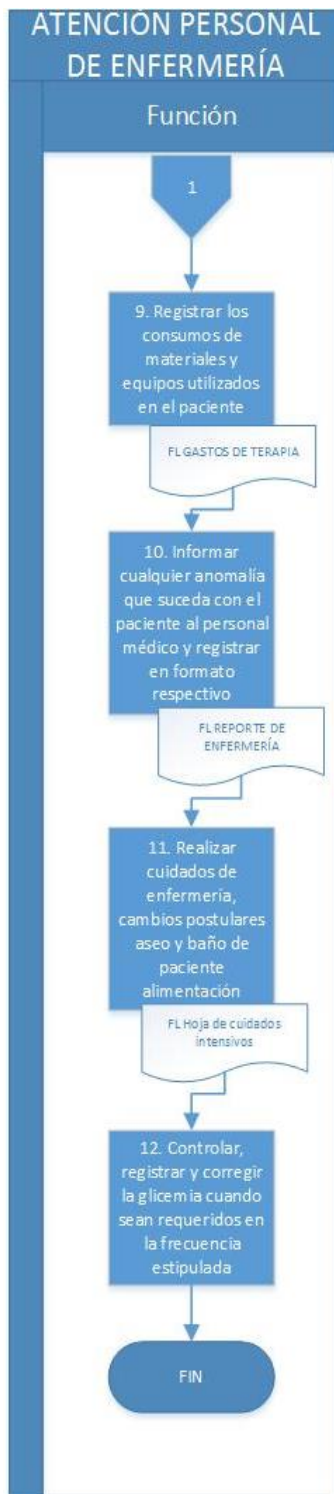
Figura 34*Atención Del Personal De Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos II*

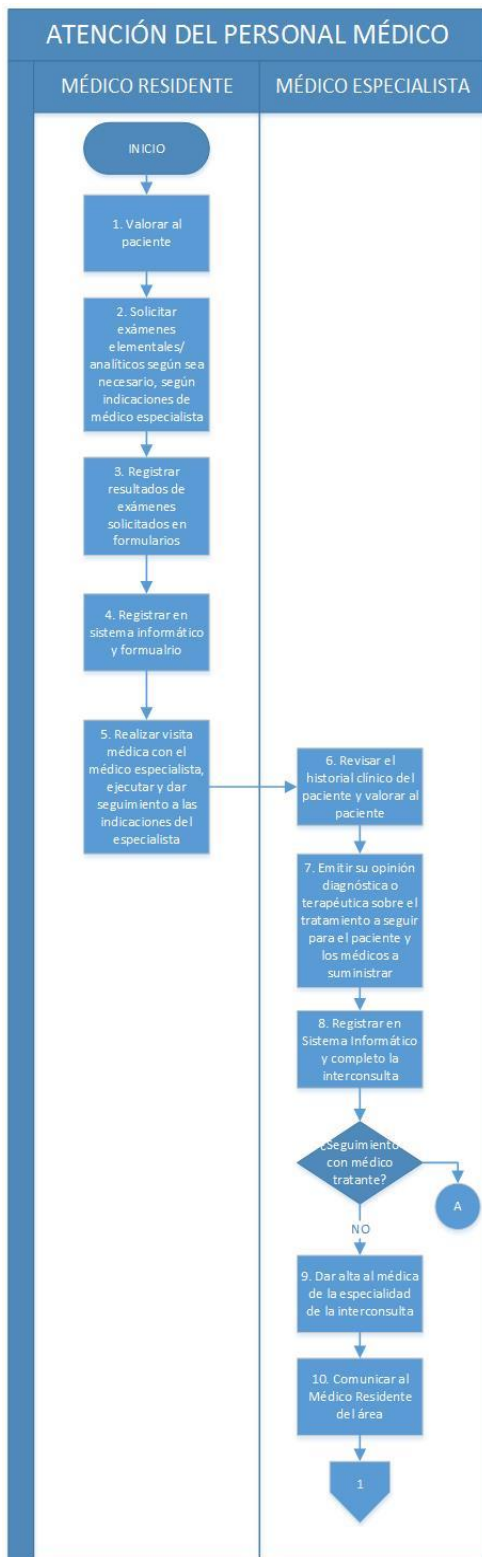
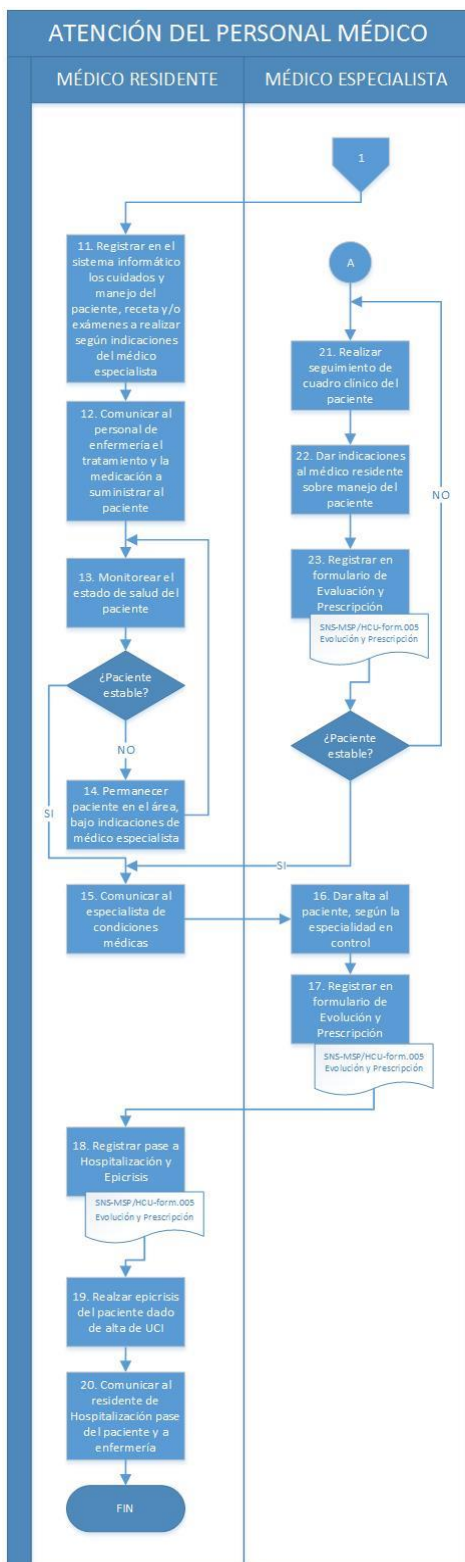
Figura 35*Atención del Personal Médico en la Unidad de Cuidado Intensivos I*

Figura 36

Atención del Personal Médico en la Unidad de Cuidados Intensivos II



9. Registros

SNS-MSP/HCU-form.005	Evolución y Prescripción
SNS-MSP/HCU-form.006	Epicrisis
SNS-MSP/HCU-form.007	Interconsulta Solicitud/Informe
SNS-MSP/HCU-form.020	Signos vitales
SNS-MSP/HCU-form.022	Administración de Medicamentos
SNS-MSP/HCU-form.053	Referencia Contrarreferencia
SNS-MSP/HCU-form.054	Concentrado de Laboratorio
SNS-MSP/HCU-form.055	Concentrado de Exámenes especiales
Formato libre	Receta Médica
Formato libre	Hoja de Cuidados Intensivos

Fases para la Implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en la Clínica Santamaría

Equipo Encargado de la Implementación del SGC

Para asegurar el éxito de la implementación del sistema de Gestión de Calidad de la Clínica Santamaría se nombró a una persona encargada de la coordinación de las diferentes actividades concernientes al SGC sin embargo la nueva norma establece que la organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz de sistema de gestión de calidad por lo que en esta ocasión se hará responsables a cada líder de proceso de la correcta implementación del SGC, teniendo de esa forma no sólo un responsable de que este proyecto se dé con éxito.

Una vez conocido los responsables directos de la implementación del SGC de Clínica Santamaría, se establece el cronograma de actividades para la implementación del sistema. A continuación, se detallan las actividades a realizar para la implementación del SGC.:

Tabla 4

Cronograma de actividades para la implementación de un Sistema de gestión de la Calidad en la Clínica Santamaría

I TEM	ACTIV IDADES	RESPO NSABLE	MES
1	Reunión con Alta Dirección	Gerencia General / Jefaturas de áreas	
2	Diagnóstico de Situación Actual		
2.1	Elaboración de Lista de Verificación	Coord. SGC	
2.2	<i>Revisión Documental (Muestreo)</i>	Coord. SGC	
2.2.1	<i>Entrevistas a líderes de procesos y personal operacional</i>	Coord. SGC	
2.2.2	<i>Informe de Diagnóstico</i>	Coord. SGC	
3	<i>Implementación del SGC:</i>		
3.1	<i>Levantamiento Documental</i>	Líderes de Procesos	
3.1.1	<i>Elaboración, Revisión y Actualización de Políticas, Planes, Manuales, Procedimientos, Instructivos, Registros.</i>	Líderes de procesos	
3.1.2	<i>Revisión y Aprobación Documental</i>	Líderes de Procesos	
3.1.3	<i>Inducciones sobre uso de base documental</i>	Coord. SGC	
3.1.4	<i>Implementación de documentos y registros</i>	Todo el personal	
3.1.5	<i>Ajustes y Cambios</i>	Líderes de procesos	
4	<i>Capacitación</i>		
4.1	Planificación	Gerencia General / Jefaturas de Áreas / Consultores	

4.2	Organización	Gerencia General / Jefaturas de Áreas / Consultores				
4.3	Ejecución Plan de Capacitación	Consultores				
4.4	Evaluación de Capacitación	Líderes de Procesos				
5	<i>Auditoría Interna</i>					
5.1	Planificación	Gerencia General / Jefaturas / CONSULTORES				
5.2	Organización	Jefaturas / Consultores				
5.3	Ejecución Auditoría	Consultores / Auditores Internos				
5.4	Informe de Auditoría	Consultores / Auditores Internos				
5.5	Distribución de No Conformidades	Consultores / Auditores Internos				
6	Revisión por la Dirección	Gerencia General / Jefaturas / Consultores/ Líderes de Procesos				
7	Pre- Auditoría de Certificación	Certificadora				

Reunión con la Alta Dirección

“La alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de calidad” (ISO 9001:2015, pág. 16)

En cumplimiento a lo indicado en la norma, es de suma importancia que la alta dirección asuma su responsabilidad ante la implementación del sistema, obligándose a rendir cuentas ante la eficacia del sistema, puesto que, como se establece anteriormente se da mayor protagonismo a los líderes de proceso ya que estos serán los encargados directos de la implementación del sistema y sobre todo de la retroalimentación de los objetivos organizacionales a los demás miembros de la organización que están bajo su cargo.

Posteriormente y con los lineamientos respectivos en cuanto a lo requerido para la consecución del objetivo es de suma importancia que el proyecto sea difundido a todo el personal de la clínica, esto permitirá que la empresa cuente con un personal informado, motivado y comprometido a colaborar en las diversas fases del proceso.

Como lo demanda la norma, esta actividad debe ser evidenciada mediante los registros respectivos.

Diagnóstico Situacional del Sistema

Se debe realizar un diagnóstico situacional del sistema para lo cual se elaborará una lista de verificación de la documentación con la que cuenta el sistema, se realizará un muestreo en cada proceso y verificará el cumplimiento de lo indicado en el registro con lo que realmente sucede en la práctica, a través de entrevistas a los líderes de procesos y al personal operacional.

Esta fase deberá ser evidenciada mediante el informe diagnóstico presentado a la gerencia.

Implementación del Sistema de Gestión de Calidad

El equipo encargado de la implementación deberá revisar la documentación básica que exige la norma, esto con la finalidad de elaborar, revisar y actualizar las políticas, planes, manuales, procedimientos, instructivos y registros.

Estos documentos posteriormente deben ser revisados y aprobados por la alta Gerencia antes de ser difundidos a los demás colaboradores de la Clínica. La evidencia de esta fase es el acta de aprobación y los respectivos documentos indicados, sea en medio físico o digital.

Posterior a la revisión de todas las partes interesadas, se realizarán los ajustes pertinentes que se requieran con la finalidad de cumplir con un producto conforme, esto a cargo de los líderes de procesos quienes deben actualizar constantemente conforme se den los cambios en los procedimientos.

De igual forma, todo cambio debe ser documentado y se evidencia en el acta de control de cambios del registro.

Capacitación

Es indispensable brindar capacitación a todo el personal de la organización con el fin de que este conozca cuales van a ser los lineamientos y su rol en el diseño del sistema de gestión de calidad, desde su área de influencia (puesto de trabajo) con sus aportes al cumplimiento de las políticas y objetivos del sistema de gestión de calidad. Esta fase se evidenciará a través de los registros de asistencia del personal, horas de capacitación, material de las charlas, temas tratados, entre otros.

Figura 37.*Plan de Capacitación / Implementación de normas ISO: 9001:2015*

PLAN DE CAPACITACIÓN IMPLEMENTACIÓN DE NORMAS ISO 9001:2015						
ITEM	CURSO	DURACIÓN (H)	No. PARTIC.	No. GRUPOS	INVERSIÓN UNITARIA X GRUPO	INVERSIÓN TOTAL
1	INTRODUCCIÓN A LOS SISTEMAS DE GESTIÓN. REQUISITOS ISO 9001:2015	8	35	3	\$ 800,00	\$ 2.400,00
2	GESTIÓN POR PROCESOS E INDICADORES	8	30	1	\$ 800,00	\$ 800,00
4	FORMACIÓN DE AUDITORES INTERNOS (*)	20	15	1	\$ 2.000,00	\$ 2.000,00
						\$ 5.200,00
<p>(*) El valor no incluye el IVA Las capacitaciones serán facturadas luego de realizado el servicio.</p> <p>El servicio incluye: Facilitador Alquiler Laptop Facilitador Materiales para talleres Listado de Asistencia Certificados de Participación o Aprobación</p> <p>La Clínica Santamaría se encargará de brindar los siguientes servicios: Proyector de Video y datos Equipos de Audio Manual del Participante Sala de Capacitación Servicio de Alimentación</p>						

Auditorías Internas

La organización debe llevar a cabo auditorías internas de forma planificada para proporcionar información acerca de si el SGC:

a) Es conforme con:

- 1) Los requisitos propios de la organización para su sistema de gestión de la calidad:

2) Los requisitos de esta Norma Internacional.

b) Se implementa y se mantiene eficazmente. (ISO 9001:2015, pág. 31)

Se debe garantizar la planeación, ejecución y seguimiento del proceso de auditorías internas a través de la elaboración y aplicación de programas de auditorías, planes de auditoría de calidad, elaboración de informes de auditoría, con el fin de asegurar la aplicación y mejora del SGC de la Clínica Santamaría.

Las auditorías internas del SGC se deben planificar al menos una vez al año y se realizarán de acuerdo al Plan Anual de Auditorías, por pedido del coordinador del SGC y/o Gerente General o cuando se requiera una revisión del sistema.

Para las auditorías planificadas se considera lo siguiente.

- Estado de las áreas a auditar incluyendo el estado de sus procesos.
- Control de los riesgos asociados de las actividades de la Clínica.
- Resultados de auditorías previas.

El Plan Anual de Auditorías debe ser flexible para permitir cambios en su alcance y extensión, así como para usar efectivamente los recursos. El coordinador de la SGC es el responsable de realizar los cambios o modificaciones a este plan cuando se requieran.

La frecuencia de realización de las auditorías, puede aumentar de acuerdo a los siguientes criterios:

- Solicitud explícita del responsable de un proceso.
- Ocurrencia de no conformidades internas y/o externas.
- Quejas y Reclamos de los Clientes.
- Solicitud del Gerente General, Director Técnico, Jefe Departamentales o coordinador de la SGC.
- Cambios en los procesos que involucren nueva tecnología.

- Resultados deficientes en inspecciones planeadas.

Los criterios de auditoría que se aplicarán son:

- Los elementos de la Norma ISO 9001:2015.
- Manual de Gestión de la Calidad.
- Procedimientos e instructivos definidos por la empresa.
- Requisitos legales y de otro tipo (normas, especificaciones, reglamentos, códigos, etc.) identificados por la organización.

Las auditorías internas son llevadas a cabo por auditores internos o externos, calificados previamente por el coordinador del SGC y la gerencia general.

Los criterios de competencia utilizados para la calificación de los auditores son: Aprobar el curso de Formación de Auditor Interno en Sistemas de Gestión de la Calidad, tener conocimientos de las generalidades de la norma ISO 9001:2015, conocer todos los procesos de la empresa.

La selección del Auditor Líder se realizará tomando en consideración la experiencia dentro de la empresa y conocimientos en las áreas operativas y de calidad, el auditor líder deberá demostrar trabajo en grupo y una buena relación interpersonal con sus compañeros.

Las Auditorías se realizan por personal independiente de las actividades a ser auditadas, es decir, que en ningún caso los auditores pueden auditar sus propias áreas de trabajo.

Previa ejecución de las auditorías internas, el coordinador del SGC designa el equipo auditor, el auditor líder y determina los procesos a evaluar.

El Auditor Líder junto al equipo auditor se encarga de definir el Programa de Auditorías Internas.

El Programa de Auditorías Internas es comunicado por lo menos con una semana de anticipación a los Auditados por medio electrónico o físico.

La auditoría interna se ejecuta siguiendo el procedimiento establecido en la norma ISO 19011:2015.

Las evidencias de este proceso de auditoría son:

- Acta de reunión de apertura y cierre.
- Plan de auditoría.
- Programa de auditoría.
- Listas de verificación.
- Informe de auditoría interna.

En el informe de auditoría interna se registrarán los resultados obtenidos de la siguiente manera:

- Evidencia objetiva a través de: entrevistas con personal responsable, revisión de los documentos, registros y de la observación directa de los procesos y actividades.
- Los indicios de no conformidades son anotados.
- Si de la revisión de la evidencia objetiva, se detecta una No Conformidad, esta será reportada en el formato No Conformidades, Acción Correctivas – Preventivas. Se completan Datos del Receptor de la No Conformidad, Descripción de la No Conformidad.
- Luego el formato No Conformidades, Acción Correctiva-Preventiva son entregadas a cada responsable para que tome acciones correctivas y preventivas respectivas.
- Inmediatamente el auditado / responsable del proceso-área debe identificar las causas, describir la resolución de la no conformidad, analizar las acciones correctivas-

preventivas, luego de esto el formato se debe entregar al auditor que levantó la no conformidad, para que verifique que el incumplimiento detectado fue analizado y se han tomado las acciones correctivas.

El coordinador de la SGC o los auditores internos son los responsables de hacer el respectivo seguimiento a las acciones correctivas propuestas por los auditados y de verificar si se han llevado a cabo, además son los responsables de realizar el respectivo seguimiento a estas acciones.

Los auditores internos que participan en la siguiente auditoría, deberán verificar la eficacia de las acciones correctivas tomadas para la eliminación de las no conformidades. Esta verificación consiste en la revisión de que el problema reportado como no conformidad, no haya vuelto a ocurrir desde la implementación de la acción correctiva. En el caso que se evidencie, que las acciones correctivas no fueron efectivas, se emite un nuevo reporte de No Conformidades, donde se registra la subsistencia del problema, dándole el mismo trámite que para una No Conformidad normal.

Una vez cerrada la no conformidad, los registros son enviados al coordinador de la SGC para su archivo junto con la información de respaldo correspondiente. El control de los registros derivados de la aplicación de este procedimiento se realiza a través de la Lista Maestra de Registros.

Conclusiones

- Se revisó el marco teórico de los modelos de gestión administrativa concluyéndose la importancia de asegurar la calidad en el servicio mediante la implementación de un sistema de gestión de calidad.
- Los resultados de las encuestas demuestran la necesidad de implementar un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015 en la clínica. Dicho sistema permitiría sistematizar las actividades involucradas en las operaciones, mejorar la competitividad, aumentar la confianza de clientes internos y externos, mejorar la estructura de la empresa de forma sostenible, reducir costos por reprocesos, cumplir con la legislación y normas aplicables, e incrementar la productividad para los accionistas del negocio. Con la implementación de este sistema, la clínica podrá enfocarse en la mejora continua de sus procesos, asegurar la satisfacción del cliente y alcanzar altos estándares de calidad en sus servicios médicos, lo que se traducirá en un mayor éxito y crecimiento sostenible para la organización. Se realizó el diagnóstico situacional de la Clínica Santamaría en la cual se concluyó que existe un desorden administrativo ya que carece de una planificación adecuada de las actividades por la falta de procesos y procedimientos establecidos que finalmente se traducen en quejas por parte de los clientes.
- Basándose en los hallazgos y en alineación con las normas ISO 9001:2015, se ha desarrollado una propuesta integral para un sistema de gestión de calidad. Esta propuesta tiene como objetivo simplificar los procesos, mejorar la comunicación interna, optimizar la utilización de recursos y priorizar la satisfacción del cliente. Por lo que, al implementar el sistema de gestión de calidad propuesto, Clínica Santamaría puede establecer un marco para la mejora continua y mantener la

adhesión a estándares internacionales de calidad. Dicho sistema permitirá que la clínica se mantenga competitiva, genere confianza tanto en los interesados internos como externos y, en última instancia, eleve la calidad de los servicios de atención médica ofrecidos.

Recomendaciones

- Revisar marcos teóricos relacionados a implementación de sistemas de gestión de calidad o a trabajos similares aplicados en otros sistemas de salud a nivel mundial esto con la finalidad de enriquecer el conocimiento en cuanto al presente estudio.
- Estudiar constantemente la situación actual de la salud en el Ecuador para de esa forma poder direccionar las estrategias empresariales a la realidad del País aprovechando las oportunidades de negocio que pueden darse o mirar de forma prospectiva las posibles amenazas.
- Realizar planes de acción ante los hallazgos encontrados en el diagnóstico situacional de la Clínica Santamaría, puesto que, se han perdido clientes importantes por lo que se debe determinar una estrategia de recuperación de clientes posterior a la corrección a los hallazgos que afectan la calidad del servicio al paciente.
- Realizar constantemente encuestas de calidad que permitan tomar pulso de la percepción del cliente en cuanto al servicio recibido.
- Realizar la implementación del sistema de gestión de calidad ISO 9001-2015 con el que se logrará organizar los procesos administrativos de la Clínica Santamaría que finalmente garantice una atención de calidad al paciente además de generar liderazgo en el segmento de influencia. Luego de la implantación se recomienda que la empresa pida la certificación del sistema de gestión a un certificador externo.

Bibliografía

- Acuerdo Ministerial N°1162. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud, MAIS*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, .
http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- Álvarez, J., Berenguer, I., & Sánchez, A. (2020). Ejemplificación de la aplicación del razonamiento inductivo-deductivo a la resolución de un problema matemático de demostración. *trf, 16*(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-29552020000200275
- Anholon, R., Rampasso, I., Ordonez, R., Silva, D., Quelhas, O., & Filho, W. (2018). Observed difficulties during implementation of quality management systems in Brazilian manufacturing companies. *Journal of Manufacturing Technology Management, 29*(1), 1-11.
https://www.researchgate.net/publication/321730875_Observed_difficulties_during_implementation_of_quality_management_systems_in_Brazilian_manufacturing_companies
- Arias, J., & Covinos, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. Enfoques Consulting EIRL.
https://www.researchgate.net/publication/352157132_DISENO_Y_METODOLOGIA_DE_LA_INVESTIGACION
- Armijos, S., Lazo, E., Serrano, P., León, E., & Bravo, M. (2023). Revisión documental para la implementación de Normas ISO 9001 en las clínicas dentales

ecuatorianas. *Research, Society and Development*, 12(6).

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/42331/34186>

Avruscio, G., Ragazzo, S., Ceccato, D., Adamo, A., Napoli, C., Cacco, L., . . . Canciani, M. (2022). Implementation of a quality management system according to ISO 9001:2015 standards in an Angiology Unit: an Italian experience. *Ann Ig*, 34(6), 627-634. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35107122/>

Awu, E. (2022). Total Quality Management and Organizational Success. *International Journal of Academic and Applied Research (IJAAR)*, 6(1), 43-49.

<file:///C:/Users/rache/Downloads/IJAAR220107.pdf>

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/5447>

Carrera, C., Ligña, C., Moreno, G., & Morales, R. (2018). *Sistemas de Gestión de la Calidad* (Primera ed.). Guayaquil, Ecuador: Grupo Compás.

<http://142.93.18.15:8080/jspui/bitstream/123456789/466/3/SISTEMAS%20DE%20GESTI%C3%93N%20DE%20LA%20CALIDAD.pdf>

Cortés, M., Mur, N., Iglesias, M., & Cortés, M. (2020). Algunas consideraciones para el cálculo del tamaño muestral en investigaciones de las Ciencias Médicas.

Medisur, 18(5). <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4558>

Culot, G. (2019). Quality management: tools, methods, and standards. *Emerald Publishing Limited, UK*, 1-21. doi:10.1108/978-1-78769-801-720191001.

Cwiklicki, M., Pawełek, B., & Pilch, K. (2021). Organisational Resource Capacity and ISO 9001 QMS Implementation in the Local Government. Evidence from Poland. *Public Organization Review*, 21, 205–219.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s11115-020-00485-2>

Fonseca, L., Domingues, J., Baylina, P., & Harder, D. (2019). ISO 9001: 2015 adoption: a multi-country empirical research. *Journal of Industrial Engineering and*

Management, 12(1), 27-50.

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/261680/1/166527977X.pdf>

Franchina, V., Stabile, S., Cenna, R., Mannozi, F., Federici, I., Testoni, S., . . .

Cagnazzo, C. (2023). ISO 9001:2015 standard implementation in clinical trial centers: An exploratory analysis of benefits and barriers in Italy. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 33.

<https://doi.org/10.1016/j.conctc.2023.101104>

Fredriksson, M., & Isaksson, R. (2018). Making sense of quality philosophies. *Total Quality Management & Business Excellence*, 29(12), 1452-1465.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14783363.2016.1266245>

Gremyr, I., Lenning, J., Elg, M., & Martin, J. (2021). Increasing the value of quality management systems. *International Journal of Quality and Service Sciences*.

<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJQSS-10-2020-0170/full/html>

Guaranda, E., Parrales, I., & Lino, W. (2022). Norma ISO 9001:2015: Aplicada al sistema de gestión de calidad en el laboratorio clínico. *Polo De Capacitación, Investigación Y Publicación (POCAIP)*, 7(4), 1973-1992.

<https://fipcaec.com/index.php/fipcaec/article/view/716>

Guevara, G., Verdesoto, A., & Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *RECIMUNDO*, 163-173.

<http://recimundo.com/index.php/es/article/view/860>

Hugo, H., Ignacio, B., & David, M. (2018). Gestión de la calidad: elemento clave para el desarrollo de las organizaciones. *Criterio Libre*, 16(28), 179-195.

<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/criteriolibre/article/view/2130/1621>

- Inca, G. (2023). Evolución del sistema de salud desde 1979 hasta 2022 en Ecuador. *Servicio de la Salud y la Nutrición*, 14(1), 15-26.
<http://revistas.esPOCH.edu.ec/index.php/cssn/article/view/787/780>
- Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. (2012). *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Río de Janeiro: ISAGS.
- Iqbal, M., Mahmood, S., Sheeraz, M., & Iqbal, K. (2020). Quality management system and organizational performance. *International Journal of Management*, 11(8), 1441-1455.
<http://www.iaeme.com/ijm/issues.asp?JType=IJM&VType=11&IType=8>
- Isniah, S., Hard, H., & Debora, F. (2020). Plan do check action (PDCA) method: literature review. *Jurnal Sistem dan Manajemen Industri*, 4(1), 72-81. <http://e-jurnal.lppmunsera.org/index.php/JSMI>
- ISO 9000:2015. (Septiembre de 2015). *Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario*. España: AENOR.
- ISO 9001:2015. (2015). *Sistemas de gestión de calidad - Requisitos (ISO 9001:2015)*. Madrid, España: AENOR.
- Jagusiak, M. (2017). PDCA cycle as a part of continuous improvement in the production company - a case study. *PRODUCTION ENGINEERING ARCHIVES*, 14, 19-22.
- Mast, J. D., Lameijer, B., & Linderman, K. (2022). Exploring the process of management system implementation: a case of Six Sigma. *International Journal of Operations*, 42(3), 1-11.
<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJOPM-09-2020-0645/full/pdf>

- Mercader, M., Miralles, J., Pérez, A., Nolasco, V., Antón, M., & Miras, M. (2023). Result of the implementation of a quality management system based on the ISO 9001:2015 standard in a surgical intensive care unit. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 70(1), 26-36.
<https://doi.org/10.1016/j.redare.2021.09.010>
- Metz, D., Ilies, L., & Liviu, R. (2020). The Impact of Organizational Culture on Customer Service Effectiveness from a Sustainability Perspective. *Sustainability*, 12(15), 40-62. <https://doi.org/10.3390/su12156240>
- Ministerio de Salud Pública. (25 de Junio de 2015). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. <http://www.salud.gob.ec/se-crea-agencia-para-la-promocion-y-el-control-de-la-calidad-y-la-proteccion-de-usuarios-y-profesionales-de-la-salud-access/>
- Mnich, J., & Matejun, M. (2021). Sources of ISO 9001 quality management system. *Scientific Quarterly "Organization and Management"*, 1(53), 71-79.
<https://www.researchgate.net/publication/352065143>
- Noviantoro, R., Maskuroh, N., Santoso, B., Nur, M., & Fahlevi, M. (2020). Did Quality Management System ISO 9001 Version 2015 Influence Business Performance? Evidence from Indonesian Hospitals. *Sys Rev Pharm*, 11(8), 499-507.
<https://www.researchgate.net/publication/345703615>
- Raodah, A., Astutik, W., Aris, A., & Bahri, S. (2020). Quality Improvement Using PDCA Methodology in. *IOP Conference Series: Materials Science and Engineering*, 885, 1-9. <https://iopscience.iop.org/article/10.1088/1757-899X/885/1/012068>
- Registro Oficial 449. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Quito.
- Registro Oficial Nro. 423. (2006). Ley Orgánica de Salud. Quito.

- Sanchez, M., Limon, J., Tlapa, D., & Baez, Y. (2020). ISO 9001 Standard: exploratory analysis in the manufacturing sector in Mexico. *DYNA*, 87(213), 202-211.
<https://www.redalyc.org/journal/496/49664596027/html/>
- Sari, Y., Wibisono, E., Wahyudi, R., & Lio, Y. (2018). From ISO 9001:2008 to ISO 9001:2015: significant changes and their impacts to aspiring organizations. *Materials Science and Engineering*, 273, 1-8.
<https://iopscience.iop.org/article/10.1088/1757-899X/245/1/012021>
- Tarí, J., Pereira, J., Molina, J., & López, M. (2020). Quality standards and competitive advantage: The role of human issues in tourism organizations. *Current Issues in Tourism*, 23(30), 2515-2532.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13683500.2019.1653833?journalCode=rcit20>
- Universidad Nacional de Cordoba. (s.f.). *Seminario Calidad y Evaluación de Procesos*.
<https://sceptgu.eco.catedras.unc.edu.ar/unidad-4/normas-iso/la-norma-iso-90002015/>
- Vaccaro, G., Jurado, M., Gonzabay, E., & Witt, P. (2023). Desafíos y problemas de la salud pública en Ecuador. *RECIAMUC*, 10-21.
<https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1086>
- Vandenbrande, W. (2019). Quality for a sustainable future. *Total Quality Management*, 32(5), 467-475. <https://doi.org/10.1080/14783363.2019.1588724>
- Walaszczyk, A., & Polak, A. (2019). The role of leadership in organizations managed in conformity with ISO 9001 Quality Management System standard. *Advances in human factors, business management and leader*, 402-411.
https://www.researchgate.net/publication/333561114_The_Role_of_Leadership

_in_Organizations_Managed_in_Conformity_with_ISO_9001_Quality_Manage
ment_System_Standard

Wilson, J., & Campbell, L. (2020). ISO 9001:2015: The evolution and convergence of quality management and knowledge management for competitive advantage.

Total Quality Management & Business Excellence, 31(7), 761-776.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14783363.2018.1445965>

Apéndice

Anexo 1. Modelo de encuesta aplicada a los trabajadores

Estimado(a) colaborador(a),

En nuestro compromiso continuo con la mejora de la calidad en todos los aspectos de nuestro trabajo, hemos diseñado este cuestionario para evaluar la calidad de los procesos en nuestra organización. Tu opinión y experiencia son fundamentales para identificar áreas de mejora y asegurar que nuestros procesos sean eficientes y eficaces.

Este cuestionario consta de una serie de preguntas que se pueden responder con "Sí" o "No". Tu sinceridad al responder es crucial, ya que nos proporcionará información valiosa para tomar medidas concretas en función de tus observaciones y comentarios. No hay respuestas correctas o incorrectas; lo que buscamos es una comprensión honesta de la situación actual.

Tus respuestas serán tratadas con confidencialidad y se utilizarán exclusivamente con el propósito de mejorar nuestros procesos. Apreciamos tu tiempo y dedicación para completar este cuestionario.

(Por favor, marca con "Sí" o "No" en las casillas correspondientes)

¿Ha identificado los elementos internos y externos que afectan la calidad de los procesos en su puesto de trabajo?

Sí No

¿Se han diseñado los procesos relacionados con su puesto de trabajo considerando tanto los factores internos y externos como las necesidades y expectativas de las partes interesadas?

Sí No

¿Ha recibido información por parte de su jefe inmediato acerca de los objetivos de los procesos relacionados con su trabajo?

Sí No

¿Ha implementado acciones sugeridas por su jefe inmediato para mitigar los riesgos asociados a los procesos en su área departamental?

Sí No

¿Se han realizado evaluaciones y análisis para identificar los riesgos que afectan la seguridad y el desempeño de los procesos, con el objetivo de obtener resultados mejorados?

Sí No

¿Su área departamental ha establecido objetivos específicos de calidad para los procesos relevantes, con el fin de mejorar su eficiencia y eficacia?

¿En su área departamental se ha llevado a cabo un plan específico para mejorar la calidad de los procesos en los últimos meses?

Sí No

¿La empresa ha proporcionado los recursos necesarios para su área departamental con el propósito de mejorar la calidad de los procesos?

Sí No

¿En la empresa se cuentan con mecanismos de comunicación con los clientes para proporcionar información sobre las características del servicio ofrecido?

Sí No

¿El servicio de la empresa se ha implementado siguiendo las políticas actuales de calidad establecidas?

Sí No

¿Se aplican criterios de evaluación y selección para cada uno de los proveedores externos con los que la empresa trabaja?

Sí No

¿En la empresa se han establecido fechas específicas para evaluar los resultados de la calidad en los procesos?

Sí No

¿Existe en la organización un programa de auditoría interna destinado a evaluar la calidad en los procesos implementados?

Sí No

¿Se han implementado acciones de mejora para elevar la calidad de los procesos en función de las necesidades del cliente?

Sí No

¿Su área departamental cuenta con procesos adecuados para gestionar errores e inconformidades en las acciones aplicadas?

Sí No

Anexo 2. Modelo de encuesta aplicada para medir el nivel de satisfacción de los pacientes

Introducción a la Encuesta de Satisfacción de Pacientes

Estimado(a) paciente,

Agradecemos sinceramente su elección de la Clínica Santamaría para su atención médica. Para nosotros, su satisfacción y experiencia son de suma importancia. Como parte de nuestros esfuerzos continuos para mejorar nuestros servicios y brindarle la mejor atención posible, le invitamos a participar en esta breve encuesta de satisfacción. Sus respuestas nos ayudarán a comprender mejor su percepción y necesidades.

Por favor, responda a las siguientes preguntas marcando "Sí" o "No" según corresponda. Sus respuestas serán tratadas de manera confidencial y utilizadas únicamente con fines de mejora de calidad. No hay respuestas correctas o incorrectas; lo que más valoramos es su opinión honesta.

Le agradecemos de antemano por tomarse el tiempo para completar esta encuesta y por su confianza en la Clínica Santamaría. Su retroalimentación es fundamental para continuar brindando atención médica de excelencia.

(Por favor, marque con un "Sí" o "No" en las casillas correspondientes)

¿Experimentó puntualidad y eficiencia en el proceso de atención desde su llegada a la clínica hasta la finalización de su consulta o tratamiento?

Sí

No

¿Se siente satisfecho(a) con la comunicación y claridad de la información brindada por el personal médico y administrativo durante su atención en la clínica?

Sí

No

En términos generales, ¿está satisfecho(a) con la calidad de los servicios médicos, instalaciones y equipamiento de la clínica?

Sí

No

Agradecemos nuevamente su participación y confianza en la Clínica Santamaría.

Su opinión es valiosa para nosotros y nos ayuda a mejorar continuamente nuestros servicios.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Mendoza Cedeño Shirley Fernanda, con C.C: # 0925435828 autora del trabajo de titulación: *Propuesta de un sistema de gestión de calidad en base a la norma ISO 9001:2015 en la Clínica Santamaría de la ciudad de Guayaquil* previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 15 de febrero de 2024

f. _____
Nombre: Shirley Fernanda Mendoza Cedeño
C.C: 0925435828

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Propuesta de un sistema de gestión de calidad en base a la norma ISO 9001:2015 en la Clínica Santamaría de la ciudad de Guayaquil		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Mendoza Cedeño, Shirley Fernanda		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Zerda Barreno Elsie Camacho Villagómez Freddy Ronalde		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	15 de febrero de 2024	No. DE PÁGINAS:	171
ÁREAS TEMÁTICAS:	Sistemas de Gestión		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Gestión, calidad, sistema de gestión de calidad, certificación		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El presente estudio tiene como objetivo diseñar un sistema de gestión de calidad en la Clínica Santamaría de la ciudad de Guayaquil, basado en la norma ISO 9001:2015. Para ello, se utilizó un diseño no experimental, analizando datos recopilados directamente de la clínica y se aplicaron dos tipos de investigación: descriptiva y exploratoria. La metodología inductivo-deductiva se empleó para formular principios generales a partir del análisis de casos particulares. Para la recolección de datos, se aplicó una encuesta a la totalidad de trabajadores de la clínica que correspondió a 61 empleados, de igual manera se encuestó a 185 pacientes para determinar el nivel de satisfacción. Se utilizaron fuentes primarias, como encuestas y fuentes secundarias, como documentos de investigación previos. Los resultados indicaron la necesidad de implementar un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015 en la clínica. La falta de planificación adecuada y procesos establecidos generó quejas de los pacientes y desorden administrativo. La propuesta de implementación de un sistema de gestión de calidad busca mejorar la competitividad, la confianza de clientes, reducir costos, cumplir con normas aplicables y garantizar la satisfacción del cliente. En conclusión, la implementación de un sistema de gestión de calidad en la Clínica Santamaría permitirá fortalecer sus procesos y servicios médicos, alcanzando altos estándares de calidad y garantizando el éxito y crecimiento sostenible de la organización.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2116648 / 0996034268	E-mail:shirleym1986@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Núñez Lapo, María de los Ángeles		
	Teléfono: 043804600 / 0997196258		
	E-mail: maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			