



FACULTAD DE POSTGRADOS

MAESTRÍA EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD POR MEDIO
DE PARÁMETROS INTERNACIONALES PARA LA MEJORA DE
PROCESOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA EL HOSPITAL
SALUDESA SANTO DOMINGO, AÑO 2022.**

**Profesor
Armando Moya Borja**

**Autor
Luis Alberto Alvarado Aguirre**

2022

RESUMEN

Actualmente los sistemas estandarizados de gestión de la calidad permiten crear una base sólida para una gestión hospitalaria sostenible, segura para el paciente y que sobre todo permita establecer una línea de trabajo que se pueda medir, supervisar, analizar y corregir, con el objetivo del mejoramiento continuo de la cadena de procesos hospitalarios(Betlloch-Mas et al., 2019).

Para el diseño e implementación de un sistema de la calidad con parámetros internacionales se ha tomado en consideración al Hospital Saludesa, unidad médica privada de segundo nivel de atención. El objetivo de este trabajo es desarrollar un modelo de calidad parametrizado internacionalmente que sirva de directriz para futuras certificaciones y sobre todo orientado a satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familiares en cuanto a la reducción de riesgos en los procesos de atención con el paciente(Sanil & Eminer, 2021).

Se realizó una búsqueda de evidencia científica de la literatura publicada para la revisión de artículos con el motor de búsqueda en pubmed que incluían palabras clave: calidad, implementación modelo de gestión, mejoramiento continuo, ISO 9001(Poblete García et al., 2013) y *Joint Comission Internacional*, sumado a ello el análisis FODA y recopilación de documentación con verificables de los procesos de gestión de la calidad.

La evaluación y analisis en esta investigación, evidenció problemas clave en la organización gerencial estructural, falta de seguimiento de indicadores hospitalarios y administrativos sumado a ello falta de liderazgo para responsabilizar a lideres que promuevan la evaluación de indicadores y su estandarización. Con estos resultados se recomendó incluir la unidad de gestión de calidad como brazo asesor de gerencia y establecer un modelo estandarizado de gestión con ISO-9001 y *Joint Comission Internacional*.

ABSTRACT

Currently, standardized quality management systems allow the creation of a solid base for sustainable hospital management, safe for the patient and that above all allows establishing a line of work that can be measured, supervised, analyzed, and corrected, with the objective of improvement continuous chain of hospital processes.

For the design and implementation of a quality system with international parameters, Hospital "SALUDESA", a second-level private medical unit, has been taken into consideration. The objective of this work is to develop an internationally parameterized quality model that serves as a guideline for future certifications and, above all, aimed at satisfying the needs of patients and their families in terms of risk reduction in patient care processes.

A search for scientific evidence of the published literature was carried out for the review of articles with the search engine in "PUBMED" that included keywords: quality, management model implementation, continuous improvement, ISO 9001, and International Joint Commission, added to it the analysis SWOT and compilation of verifiable documentation of quality management processes.

The evaluation and analysis in this research revealed key problems in the structural management organization, lack of monitoring of hospital and administrative indicators, added to this lack of leadership to hold leaders accountable for promoting the evaluation of indicators and their standardization. With these results, it was recommended to include the quality management unit as a management advisory arm and establish a standardized management model with ISO-9001 and the International Joint Commission

ÍNDICE DEL CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN	1
2	REVISIÓN DE LITERATURA	3
2.1	Análisis Situacional Actual de Gestión Gerencial.	3
2.2	Estructura Administrativa, Financiera y Operativa.....	5
2.3	Análisis geoespacial y geopolíticos	5
2.4	Oferta de Servicios.....	6
2.5	Población atendida.....	7
2.6	Demanda de Servicios Insatisfecha	7
3	IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	9
4	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
4.1	Justificación del planteamiento del problema.....	10
4.2	Diagnóstico de servicios, recursos y capacidades funcionales en la unidad de salud.....	13
4.3	Unidad de Gestión de la Calidad.....	13
4.4	Gestión Gerencial de la coordinación administrativa	15
4.5	Gestión Gerencial de la coordinación médica	16
5	OBEJETIVO GENERAL	17
6	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
7	JUSTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA	17
7.1	Planeamiento estrategico.....	17
7.1.1	Análisis del entorno Social	17
7.1.2	Cadena de valor de la Institución.....	22
7.1.3	Planificación estratégica	22

7.1.4	Objetivos institucionales	23
8	RESULTADOS	24
8.1	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y PROPUESTA DE SOLUCIÓN.....	24
8.1.1	Gestión de la Dirección.....	24
8.1.2	Implementación de la Unidad de Gestión de la calidad	25
9	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
9.1	Conclusiones	33
9.2	Recomendaciones.....	34
10	Referencias.....	35
11	ANEXOS.....	38
11.1	Anexo 1: Estructura del Manual de calidad	38
11.2	Anexo 2 : Objetivos Internacionales seguridad del Paciente	39
11.3	Anexo 3: Accesibilidad y continuidad de la atención.....	40
11.4	Anexo 4: Derechos del paciente y su familia	41
11.5	Anexo 5: Matriz para la implementación de los procesos de calidad	42

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.- MATRIZ DE EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	12
TABLA 2.- DIAGNÓSTICO DE EVALUACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN ISO-2015	15
TABLA 3.- MATRIZ FODA HOSPITAL SALUDESA SANTO DOMINGO.	19
TABLA 4.- MATRIZ DE VARIABLES ISO 9001-2015	29
TABLA 5.- MATRIZ DE LA EVIDENCIA EVALUADA ISO-9001	29
TABLA 6.- MATRIZ DE EVALUACIÓN JOINT COMMISSION INTERNACIONAL	31
TABLA 7.- CRONOGRAMA PARA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	32

ÍNDICE DE FIGURAS

GRÁFICO 1.- ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL HOSPITAL SALUDESA.....	5
GRÁFICO 2.- ORGANIGRAMA FUNDACIÓN SALUDESA.....	14
GRÁFICO 3.- CADENA DE VALOR DE LA INSTITUCIÓN.....	22
GRÁFICO 4.- FASES DE IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE CALIDAD.....	26
GRÁFICO 5.- INCLUSIÓN DE LA UNIDAD DE CALIDAD AL ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL.....	26
GRÁFICO 6.- ORGANIGRAMA GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	27
GRÁFICO 7.- ESTRUCTURA DE PROCESOS E IMPLEMENTACIÓN.....	27

1 INTRODUCCIÓN

El Hospital SALUDESA de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas, pertenece a la red privada de salud y se desenvuelve como un eje importante en la prestación de servicios externos para el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y para el Ministerio de Salud Pública (MSP), con ello tiene su rol de brindar una atención especializada con calidad y calidez para la población santodomingueña y sus alrededores, sus más de 8 años en el mercado de la salud le ha permitido consolidarse como un centro de atención sanitaria privada de referencia.

Su misión y visión institucional ha sido rescatar la estructura de la pirámide de la salud enfocada en la atención privada comandada por médicos de familia. Saludeses es un establecimiento tipo Hospital General Nivel II de Atención perteneciente a la Red Pública Integral de Salud (RPIS). Con la llegada de la pandemia provocada por el SARS-COV2, duplicó su número de camas de cuidados intensivos, reestructuró el área quirúrgica para cirugía mínimamente invasiva en neurocirugía, además de una movilización importante de capital para invertir en equipos modernos para el diagnóstico de las enfermedades.

El modelo de gestión de calidad del Hospital Saludeses no se encuentra estructurado por directrices internacionales, si no más bien a un proceso de experiencias de profesionales que iniciaron este proyecto en el Hospital Saludeses Pedro Vicente Maldonado. Con el gran crecimiento de esta unidad de salud ha visto la necesidad de una reestructuración de procesos de calidad para mejoramiento continuo, medición de resultados y mejoría de la percepción de atención por parte de la ciudadanía santodomingueña. Según los datos obtenidos en los archivos sobre producción hospitalaria en el 2021 se atendieron 9.543 pacientes, 43% más que en el año 2021. Con este importante crecimiento, la reestructura administrativa, agregadores de valor y médica debió ir a la par con la ampliación de jefaturas y creación de puestos.

En la última década se ha acuñado el término calidad de los servicios como un camino sistemático de los procesos para mejoramiento continuo en todas las disciplinas y se ha vuelto necesario para la supervivencia de empresas de diferente índole incluyendo la de salud (Pérez Cantó et al., 2018). Con el crecimiento de atenciones en Hospital Saludesá y ampliación de los servicios es pertinente tomar una guía avalada internacionalmente para evaluar y corregir procesos que nos lleven a la excelencia. En el sector salud han salido a la luz 3 modelos de gestión de la calidad: Normas ISO 9001 (Bisio et al., 1999), el modelo de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (Loeb & O'Leary, 1995) y el modelo europeo *European Foundation for Quality Management* (EFQM), modelos adaptables a la visión institucional de Saludesá para el fortalecimiento de sus procesos.

2 REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 Análisis Situacional Actual de Gestión Gerencial.

El Hospital Saludeses Santo Domingo, es una unidad privada de salud, situada en la provincia de Santo Domingo de los Tsachilas, en la parroquia urbana Bomboli en el sector Cooperativa Brisas II, al noroeste de la Provincia Tsachila, zona de gran crecimiento económico del país, ofrece a la población santodomingueña y sus alrededores una atención especializada y de calidad. Una institución que brinda además especialidades sanitarias exclusivas de la provincia con una cartera de servicios amplia y de gran capacidad resolutive para una atención integral del paciente, su radio lo conforma una densidad poblacional de mas de medio millon de habitantes 74,5% (372.500) habitantes de la zona urbana y el 25,5% (127.500) en la zona rural(Herrera & Gaus, 2016).

Saludeses es caracterizada por su amplia cartera de servicios y de gran capacidad resolutive por lo cual debe estar organizada a base de una estructura sólida respaldada por modelos de gestión con indicadores de calidad altos y además validados internacionalmente que respalden dicha estructura para obtener mejores estándares técnico-administrativos acordes a la realidad de la competencia, su cartera de servicios incluye emergencias, Consulta externa, Hospitalización, área quirúrgica, área de apoyo diagnóstico y tratamiento para satisfacer la alta demanda de los usuarios(Herrera & Gaus, 2016).

Desde el analisis central de la calidad de los servicios como objetivo en la implementación de directrices internacionales para el mejoramiento continuo de los servicios, es necesario conocer si SALUDESA cuenta con el organigrama institucional y el flujo de los servicios que oferta al usuario, por lo que es necesario evaluar las funciones centradas en el paciente (derechos del paciente

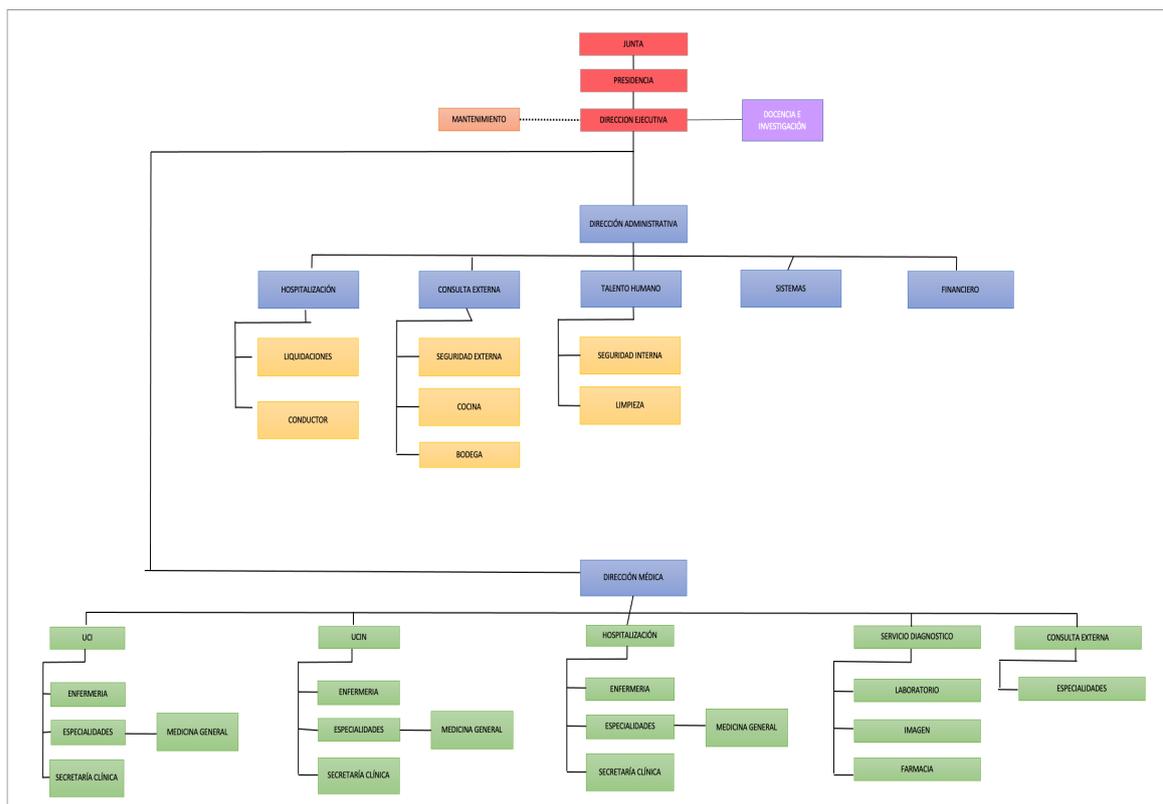
y ética de la organización, evaluación de los pacientes, asistencia de los pacientes, educación de los pacientes y sus familiares y continuidad de la asistencia), las funciones de la organización (mejora de la actuación de la organización, liderazgo, gestión del entorno de la asistencia, gestión de los recursos humanos, gestión de la información y vigilancia, prevención y control de la infección) y las estructuras con funciones (órganos de gobierno, dirección, cuadro médico y enfermería), que dicho sea de paso posee una estructura de gestión gerencial a base de procesos por experiencia y un déficit de indicadores importantes para la evaluación del sistema de calidad con un crecimiento importante en el número de atenciones que desborda los mecanismos de control para el crecimiento obtenido en estos últimos años.

Durante los 2 últimos años se han registrado 24 protocolos para procesos técnico administrativos para solventar inconvenientes en cuanto a la organización gerencial, pero se visualiza que estos no se encuentran comandados por el departamento de calidad, esta unidad no se encuentra en estructura, la realización de protocolos técnico administrativos nacen del personal médico solicitados por el director hospitalario y no se encuentran alojados en un archivo común, si no en un drive de acceso general(Herrera & Gaus, 2016). Al no contar con un departamento de gestión de la calidad que comande la estructura organizacional, se evidencia una cadena de mando con muchas debilidades por que no existe una estructura de medición de los indicadores. Por efecto de la pandemia hubo un crecimiento importante del número de atenciones y con este crecimiento se objetivizaron aun mas la necesidad de una implementación de un sistema de calidad que permita un crecimiento ordenado, con beneficio a nuestra institución y al paciente. Los temas de gestión de la calidad, aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria han tomado real importancia en estos últimos años, con la finalidad de la supervivencia en el mercado actual cada vez más competitivo. Su implementación direcciona el mejor camino para obtener los mejores resultados.

2.2 Estructura Administrativa, Financiera y Operativa

El hospital Saludesa de Santo Domingo de los Tsáchilas presenta un organigrama institucional estructurado de forma verticalizada dirigida desde la gerencia hospitalaria, dentro de la estructura no se encuentra la unidad de calidad la cual se la describe a continuación (Herrera & Gaus, 2016):

Gráfico 1.- Organigrama Institucional Hospital Saludesa



Fuente: Hospital Saludesa Santo Domingo de los Tsáchilas

Elaboración: 14 de abril 2022

2.3 Análisis geoespacial y geopolíticos

El Hospital SALUDESA se encuentra ubicado en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, en el centro norte en una zona de alto crecimiento del país, sus

límites están dados: al norte por la provincia de Pichincha, al sur por la provincia de Los Ríos, al este Pichincha y Cotopaxi y al Oeste la provincia de Manabí (Herrera & Gaus, 2016).

La provincia Tsáchila posee 14 parroquias distribuidas entre urbanas y rurales, es de clima cálido húmedo, con precipitaciones durante todo el año. Hace pocos años se unificaron los distritos quedando el 23D01 que abarca toda la periferia de la ciudad abarcando una gran demanda de atención médica, no solo de la provincia si no también un gran porcentaje en pacientes provenientes de la provincia de Esmeraldas, Pichincha, Los Ríos y Manabí.

El Hospital SALUDESA Santo Domingo se encuentra ubicado en el cantón Santo Domingo, Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, Parroquia Bomboli, en la Cooperativa Brisas del Colorado.

2.4 Oferta de Servicios

La cartera de servicios del Hospital Saludesá Santo Domingo es muy variada y completa para el nivel de atención que fue categorizado, reúne 8 especialidades clínicas y 9 especialidades quirúrgicas con algunas subespecialidades exclusivas de la región como son las de neurocirugía mínimamente invasiva, cirugía pediátrica, coloproctología y cirugía vascular. En el área de consulta externa posee 12 consultorios para las especialidades de medicina familiar, cardiología, cirugía general, cirugía maxilo facial, cirugía vascular, coloproctología, gastroenterología, psicología, neurología, ginecología, pediatría y medicina interna. El servicio de Hospitalización tiene capacidad para 60 camas censables para las especialidades de cirugía general, medicina interna, pediatría, ginecología, neonatología y la unidad de cuidados intensivos con 24 camas (Herrera & Gaus, 2016).

Los servicios auxiliares diagnóstico y tratamiento (farmacia, laboratorio, imagenología) brindan un servicio ininterrumpido las 24 horas del día los 7 días

de la semana. De igual manera el servicio de emergencias recibe pacientes sin interrupciones de tiempo durante todo el año, posee un triaje con un consultorio de atención rápida, 2 estacoines de atención para el paciente pediátrico, adulto y un consultorio para atención emergente de ginecología y obstetricia. Saludesa oferta el servicio de ambulancias, para transporte primario y secundario equipadas para pacientes neonatales y para pacientes con necesidad de ventilación mecánica conectadas a la red pública de Salud. Y por último el servicio de rehabilitación física cuenta con un amplio terreno para tratamiento de pacientes que requieren terapia equina(Herrera & Gaus, 2016).

2.5 Población atendida

El número de atenciones en salud en el año 2021 reporta un incremento considerable frente a los años anteriores asociado al periodo pandémico, SALUDESA según los registros de atenciones dado por el departamento estadístico reportó un total de 6.998 atenciones distribuidas en consulta externa, hospitalización, area quirúrgica y emergencias. Anexo 1.

El perfil epidemiológico sobre las comorbilidades reporta que la patología mas frecuente obedece enfermedades respiratorias sin especificar, seguido de enfermedades gastrointestinales (abdomen agudo quirúrgico), amigdalitis aguda no especificada y covid-19 en cuarto lugar. Anexo 2.

2.6 Demanda de Servicios Insatisfecha

Ante al gran contingente que ofrece SALUDESA mediante su cartera de servicios las 24 horas los 7 dias de la semana, muchos de sus profesionales de salud laboran en el sector público, presentando un deficit de profesionales lo que ocasiona que se desplacen muchos profesionales desde su puesto base a cubrir necesidades de emergencia, consulta externa y hospitalización. Y esta afectación es evidente ya que muchos de los protocolos de actuación presentan serios debilidades con respecto al flujo de pacientes y saturación por ejemplo de los 2 quirofanos que posee la unidad de salud(Herrera & Gaus, 2016).

Esta saturación de los horarios se da por que a partir de las cuatro de la tarde se encuentran la mayoría de especialistas quirúrgicos y con necesidad de colocar sus pacientes en la programación quirúrgica lo cual no siempre es posible y se genera una demanda insatisfecha que está dada básicamente por debilidad en la estructura de los protocolos de actuación comandados por la unidad de calidad inexistente. Lo que demuestra la necesidad de mejora e implementación de sistemas con aval internacional que permitan solventar estas alertas y poder solventarlas en el menor tiempo posible con una adecuada percepción de la satisfacción del paciente (Betloch-Mas et al., 2019).

Por lo tanto es necesario establecer a través de la cadena de mando algunos indicadores que nos permitan cuantificar estas demandas de los usuarios y mejorar la percepción que tienen ellos acerca de nuestra unidad de Salud con la finalidad de suplir las exigencias de los usuarios del canton y sus aledaños.

3 IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

Diseño e implementación de un modelo para la gestión de calidad a través de parametros internacionales en el Hospital Saludesa.

4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los programas de acreditación internacional promueven una estandarización de procesos para obtener mejores resultados de la gestión hospitalaria, se han estudiado por muchos años las estratégicas de los mejores caminos para obtener un cambio en la manera tradicional de direccionar los resultados y esta es justamente la esencia de las directrices internacionales como la *Joint Commission Internacional*. Cada vez más instituciones de salud tanto públicas como privadas buscan la acreditación de sus instituciones mediante directrices internacionales que avalen un trabajo ordenado, basado siempre en estándares de calidad con el objetivo de mejorar los servicios de salud que ofertan al mejor costo-beneficio (Teshnizi et al., 2018).

Los estándares de calidad de la *Joint Commission Internacional* tiene la particularidad que se desarrolló para adaptarse al contexto sanitario y entra en contraste con la necesidad un mejor acceso a la calidad de la atención médica, mejorando los costos y disminución de errores, según (Teshnizi et al., 2018), se ha observado que las unidades de salud que poseen sistemas validados internacionalmente y que han logrado su acreditación logran un crecimiento de 26 veces más en comparación con las unidades de salud donde su estructura es deficiente estos sistemas internacionales de calidad(Rieiro et al., 2010).

En la actualidad existen dos modelos para la evaluación de la calidad con directrices y validación internacional para instituciones de salud que se han popularizado a nivel mundial; las certificaciones ISO encargadas de la estandarización administrativas y la *Joint Commission Internacional* que cubre

los aspectos de indicadores sanitarios y seguridad del paciente modelos que tienen algunas particularidades en común: estándares explícitos que son los criterios de evaluación aprobados por la autoridad hospitalaria y los revisores externos: evaluadores que visitan a las unidades de salud para proporcionar encuestas y criterios deseados por la organización. Este mecanismo de evaluación reconoce que los buenos resultados no se dan únicamente por una suma de experiencia de profesionales y sus habilidades directivas si no que depende en gran medida de la capacidad interna de las organizaciones para mantener procesos sanitarios en constante evaluación y corrección de procesos para monitorizar a cada ente que entrega un producto a la institución de salud (Berberoglu, 2018).

Para (Pérez Cantó et al., 2018) estos modelos de gestión incluyen una gama completa de funciones y sistemas para evaluar la atención del paciente, los accesos a la atención, la gestión de información, liderazgo, control de infecciones y la gestión administrativa de sus instalaciones. Estas acreditaciones con su enfoque en la gestión de la calidad son la mejor herramienta para fortalecer las estructuras hospitalarias, en nuestro país por ejemplo el Hospital Metropolitano mantiene este tipo de acreditación internacional.

¿Cómo gestionar la implementación de un sistema de calidad por medio de parámetros internacionales para la mejora de procesos técnico-administrativos para el hospital Saludes Santo Domingo?

4.1 Justificación del planteamiento del problema

Debido al gran crecimiento de la unidad hospitalaria y al requerimiento de una reestructura nueva que permita un monitoreo de resultados para optimizar recursos, mejora de la calidad de atención y seguridad del paciente es eminente la implementación de un sistema de organigrama comandado por modelos parametrizados internacionalmente como lo son los modelos *Joint Commission Internacional* y las *ISO 9001* con enfoque en unidades sanitarias. Por lo que el

motivo de este presente estudio es el Diseño e implementación de un sistema de calidad por medio de parámetros internacionales para la mejora de procesos técnico-administrativos para el hospital Saludes Santo Domingo que conlleve a buscar soluciones alcanzables y pueda brindar una mejora en la calidad de los servicios que oferta la unidad de salud (Wadhwa & Huynh, 2022).

Para esta investigación sobre el diseño e implementación de un sistema de calidad por medio de parámetros internacionales para la mejora de procesos técnico- administrativos para el hospital Saludes Santo Domingo se utilizará una investigación cualitativa de características descriptivas.

Para el componente metodológico cualitativo, como se realizará en este proyecto, se recolectará información del personal del Hospital Saludes Santo Domingo desde todas las áreas tanto administrativas como jefaturas de los servicios clínico- quirúrgicos. El departamento administrativo-financiero y dirección médica aportarán toda la documentación de respaldo como: control de mando, estructura organizacional, indicadores, procesos, personal administrativo y sanitario con el fin de determinar oportunidades de mejora y por consiguiente la identificación de la problemática observada.

Luego de identificar la problemática de gestión de los procesos de calidad ya descritos en el análisis situacional se presenta en la tabla 1, la matriz de evaluación de alternativas de solución, en las cuales se ha identificado algunos puntos críticos para plantear el problema a estudiar en este proyecto de investigación. Es necesario identificar los problemas planteados para con ello determinar las posibles causas y la posterior ejecutar las mejores soluciones adaptables a esta unidad médica y con ello tener una unidad de gestión de la calidad fortalecida a través de un modelo de gestión basado en parámetros internacionales como ISO-9001 y de la *Joint Commission Internacional*.

Tabla 1.- Matriz de evaluación de alternativas de solución

UNIVERSIDAD DE LAS AMERICAS
MAESTRIA EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD
PLAN DE DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD POR MEDIO DE PARÁMETROS INTERNACIONALES PARA
LA MEJORA DE PROCESOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA EL HOSPITAL SALUDES A

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO	DESAFIO	ALTERNATIVA DE SOLUCION	UNIDAD DE GESTION RESPONSABLE
1	Ausencia en la estructura organizacional de la Unidad de Gestión de la Calidad	Incapacidad de la Institución y la alta dirección para desarrollar procesos, controles e indicadores para la toma de desiciones.	Implementar el área de Unidad de gestión de la calidad	Creación en la estructura organizacional de la Unidad de Gestión de la calidad. Contratación de un lider de servicio de la unidad de gestión de la calidad.	Gerencia Hospitalaria
2	Mal control de la gestión de la calidad de los procesos administrativos	Inadecuada medición de los objetivos institucionales sobre la organización, planificación, dirección, integración y control	Implantación de un sistema de Gestión de la Calidad según la norma ISO 9001	Implementación de protocolos de gestión de la calidad a través de aplicaciones de check list	Gestión de calidad / Talento Humano/ Administrativo financiero/Planificación
3	Deficit de indicadores sanitarios	Falta de indicadores para el control, evaluación y toma de desiciones el area sanitaia	Estandarizar indicadores internacionales. Marco de referencia Joint Comission Internacional	Estandarizar indicadores nacionales. Marco de referencia MSP	Gestión de calidad / Talento Humano/ Dirección médica/Planificación

Fuente: Hospital Saludesa Santo Domingo
Elaboración: Luis Alberto Alvarado
Fecha: 15 septiembre de 2022

4.2 Diagnóstico de servicios, recursos y capacidades funcionales en la unidad de salud.

Partiendo de la matriz de problemas encontrados se hará un análisis sobre el diagnóstico de servicios, recursos y capacidades funcionales en el Hospital Saludesa Santo Domingo en contraste con las alternativas de solución descritas en la tabla 1 y así lograr trabajar en los procesos de las diferentes áreas para solventar específicamente las alternativas de diseño e implementación de los modelos internacionales de calidad.

4.3 Unidad de Gestión de la Calidad

El primer problema encontrado y de gran visibilidad en el organigrama institucional, Tabla 2. es la ausencia de la unidad de gestión de la Calidad, quien tiene la misión de vigilar, auditar, supervisar el cumplimiento de todas las directrices y protocolos para lograr el engranaje entre lo ofrecido y lo percibido por el paciente y así satisfacer las necesidades de la demanda.

Los productos de gran importancia que entrega esta unidad son (Camilleri & O'Callaghan, 1998):

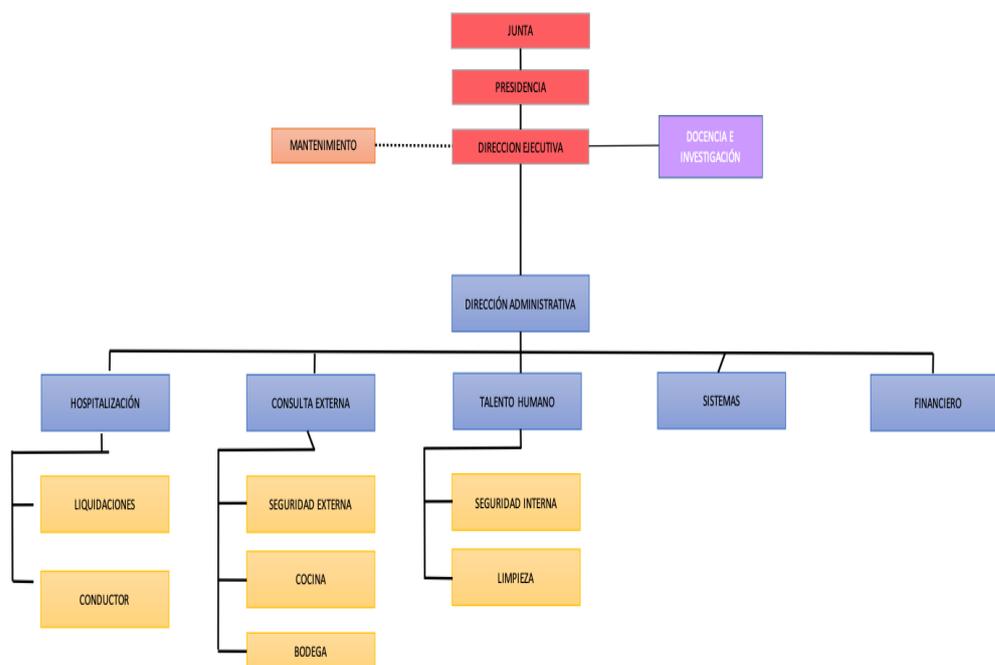
- Plan anual de Calidad
- Indicadores de calidad
- Mejora continua de los procesos (auditoria)
- Informe de análisis mensuales de los programas de mejora continua e. Seguimiento al Plan de calidad del Hospital.
- Documentación para acreditaciones ISO (o similares);
- Informes de los diversos Comites de Gestión de la calidad

En la actualidad los procesos de esta unidad lo suplen las diferentes áreas administrativas y médicas y recaen en el servicio de tecnologías de la información para la creación del documento de control de mando entregado

mensualmente a la gerencia hospitalaria para la toma de decisiones, pero no ejerce mecanismos de control adecuado ni de supervisión, por lo que se pierde la forma de enfocar el aseguramiento de la calidad de los servicios(Cabero et al., 2018).

Las unidades de salud están evolucionando constantemente y el mejor camino evaluado internacionalmente que ha demostrado su eficacia, es justamente la gestión basada en procesos. Lo encontrado en la unidad de gestión documental es que no hay evidencia de registro de evaluación de indicadores, ni base de datos del registro de reuniones de los diversos comites institucionales, una pobre supervisión cuatrimestral de los avances de protocolos medicos que dirige el departamento de dirección médica. Al no haber una unidad de gestión de la calidad no se encuentra la política de la calidad ni la comunicación de la política de la salud, no se encontraron dentro de la documentación recibida los roles, responsabilidades por cada puesto ni los productos que entregan mes a mes(Lorenzo Torrent et al., 2010).

Gráfico 2.- Organigrama Fundación Saludesá



Fuente: Hospital Saludesá

Elaboración: Luis Alberto Alvarado

4.4 Gestión Gerencial de la coordinación administrativa

Para la evaluación de la problemática de la gestión de la calidad en el departamento administrativo se solicitó a los responsables de las áreas llenen un matriz de Suficiencia ISO 9001-2015 con el objetivo de conocer las deficiencias de la gestión de la calidad en la cual se incluyó los ítems descritos en la Tabla 3, en el cual debía constar el documento verificable, el indicador y el registro.

Tabla 2.- Diagnóstico de evaluación sistema de gestión de calidad según ISO-2015

DIAGNOSTICO DE EVALUACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN ISO 9001-2015				
<small>CRITERIOS DE CALIFICACION: A. Cumple completamente con el criterio enunciado (10 puntos: Se establece, se implementa y se mantiene; Corresponde a las fase de Verificar y Actuar para la Mejora del sistema); B. cumple parcialmente con el criterio enunciado (5 puntos: Se establece, se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase del Hacer del sistema); C. Cumple con el mínimo del criterio enunciado (3 puntos: Se establece, no se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase de Identificación y Planeación del sistema); D. No cumple con el criterio enunciado (0 puntos: no se establece, no se implementa, no se mantiene N/S).</small>				
CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	A	B	C	D
SUBTOTAL	0	20	18	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)	35%			
LIDERAZGO	A	B	C	D
SUBTOTAL	0	20	6	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)	43%			
PLANIFICACION	A	B	C	D
SUBTOTAL	0	0	9	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)	18%			
APOYO	A	B	C	D
SUBTOTAL	30	30	0	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)	60%			
OPERACIÓN	A	B	C	D
SUBTOTAL	210	260	18	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)	62%			
EVALUACION DEL DESEMPEÑO	A	B	C	D
SUBTOTAL	70	90	15	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)	58%			
MEJORA	A	B	C	D
SUBTOTAL	10	40	0	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)	45%			
RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN CALIDAD				
NUMERAL DE LA NORMA	% OBTENIDO DE IMPLEMENTACION		ACCIONES POR REALIZAR	
CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	35%		Implementar	
LIDERAZGO	43%		Implementar	
PLANIFICACION	18%		Implementar	
APOYO	60%		Mejorar	
OPERACIÓN	62%		Implementar	
EVALUACION DEL DESEMPEÑO	58%		Mejorar	
MEJORA	45%		Implementar	
Calificacion global en la Gestion de calidad		BAJO		

Fuente: Hospital Saludesa

Elaboración: Luis Alberto Alvarado

Con estos resultados de la evaluación se evidencia un punto bastante crítico de la problemática de la gestión de calidad del Hospital Saludes, donde la calificación global de la gestión de la calidad consta con un porcentaje “bajo” lo que implica una implementación de los 5 ítems de la norma ISO-9001: contexto de la organización, liderazgo, planificación, operación y mejora, mientras que 2 ítems estarían para mejora: evaluación del desempeño y apoyo, ninguno de los 7 ítems evaluados se encuentran en valores óptimos (Betlloch-Mas et al., 2019).

Con estos resultados obtenidos se puede palpar claramente la situación de la calidad de los servicios de la unidad de salud y con ello establecer un plan de acción para la el diseño e implementación de un modelo de gestión de la calidad con parámetros internacionales que permitan obtener un valor agregado y una mayor ventaja competitiva en el sector salud en la zona.

4.5 Gestión Gerencial de la coordinación médica

En la evaluación de procedimientos en la unidad médica se encontró que no hay procedimientos que apoyen el respeto a los derechos de los pacientes y sus familias durante la estancia hospitalaria y una inexistencia del estándar para la educación al paciente y su familia, no hay continuidad de la estrategia de seguimiento post alta de los pacientes que necesitan servicio de apoyo. El hospital no dispone de servicios de prevención de salud en áreas de mayor afluencia de pacientes sumado a ella la limitada información hospitalaria sobre derechos del paciente (Loeb & O’Leary, 1995).

Por esta razón la unidad de gestión de la calidad, luego de su creación debe tomar como reto principal fortalecer su misión que es la de vigilar la puesta del funcionamiento de todos los procesos, indicadores de calidad, protocolos de actuación en cada uno de los servicios que oferta la unidad de salud.

Dentro de las soluciones planteadas en primer lugar se encuentra la creación de la unidad de gestión de calidad, y para lograr un sistema eficiente que permita

plasmar los objetivos institucionales es necesario el diseño e implementación del modelo de gestión de la calidad mediante parámetros internacionales usados para la acreditación hospitalaria

5 OBEJETIVO GENERAL

Diseñar e implementar un sistema de calidad por medio de parámetros internacionales para la mejora de procesos técnico-administrativos para el hospital Saludesá Santo Domingo.

6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar la estructura organizacional en cuanto a los procesos hospitalarios, comandados por el eje estandarizado de los modelos internacionales de calidad.
- Implementar mecanismos de registro, evaluación y control de los indicadores hospitalarios.

7 JUSTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA

7.1 Planeamiento estratégico

7.1.1 Análisis del entorno Social

El Hospital Saludesá es una unidad médica privada de segundo nivel de atención, que deriva de la Fundación Salud y Desarrollo Andino (SALUDESÁ), brinda sus servicios a toda la cabecera cantonal de Santo Domingo de los Tsáchilas y a sus alrededores. Saludesá posee la particularidad de subsidio de los costos de atención de consulta externa en un 50%, además que sus costos

de atención son referidos por el tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, lo que la convierte en una institución con costos accesibles sobre todo para la población de bajos y medianos recursos con una afluencia considerable por su prestigio y personal sanitario especializado.

En la provincia Tsáchila existen una gran cantidad de clínicas privadas por la extensa densidad territorial, además de los hospitales públicos pertenecientes a la Red Sanitaria, Hospital General Gustavo Dominguez y Hospital General Santo Domingo los 2 de II nivel de atención pertenecientes al Ministerio de Salud Pública (MSP) y Hospital IESS Santo Domingo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

La gran cartera de servicios y el poder resolutivo de Saludesla la convierten en una unidad médica privada de referencia ya que ha logrado calificar como prestador externo tanto para Ministerio de Salud Pública como para IESS, además de poseer un cartera de servicios con algunas especialidades únicas en la zona como son Neurocirugía mínimamente invasiva, Cirugía maxilo facial y Cirugía vascular.

Tabla 3.- Matriz FODA Hospital Saludesa Santo Domingo.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso del personal administrativo y médico. • Gran capacidad resolutive. • Gran aceptación, conocido por sus valores institucionales como Fundación. • Agradable ambiente laboral, que consolidan un equipo fortalecido de personal médico y administrativo. • Área de gran tamaño que permite un crecimiento institucional, siendo la unidad médica con más metros cuadrados de todo Santo Domingo lo que proyecta a un crecimiento institucional en toda su área. • Calificado como prestador externo de IESS y MSP • Instalaciones que albergan equipos de última tecnología 	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura organizacional sin la unidad de gestión de la calidad, ocasionando la perdida de control de la evaluación, seguimiento y auditorias de los servicios • Control del documento de mando, por personal de TICs Tecnología de la infarmación y no comandado por un personal capacitao en temas de calidad que pertenezca al sector sanitario • Estructura organizacional no basada en procesos, lo que genera una confusión por parte del personal en cuanto a la cadena de mando. Por lo consiguiente se observa una duplicidad de funciones, ya que no está definido un manual de procesos por cargos institucionales • La medición de incadores se encuentra subestimado, son muy pocos por área, que no se encuentran estandarizados. Al no haber departamento de calidad no se solicita mensualmente los mismos para conformar el control de mando. Todos los datos de los indicadores no son evaluados por el departamento médico si no únicamente se alojan en el departamento de TICs. • La estrategia de mejoramiento continuo no esta pre-establecida, las inconformidades se resuelven según se vayan presentando • El flujo de los comités de calidad de servicio no son los correctos, no estan capacitados, no respondes a las necesidades institucionales y no hay reporte mensual de los mismos • No se dispone de infografía para el direccionamiento del paciente dentro de la unidad médica, y no esta visible además la visión y misión institucional.

OPORTUNIDADES	ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS DO
<ul style="list-style-type: none"> • El Hospital saludesa goza de una gran acogida por su trayectoria de más de 8 años en Pedro Vicente Maldonado y Santo Domingo respaldada por una fundación internacional. • Es referencia local como prestador externo de MSP e IESS Santo Domingo, ubicandose como referente de la provincia. • Equipos modernos y de última tecnología para la atención de los pacientes referidos y autoreferidos. • El Hospital Saludesa cuenta con espacios muy amplios que permitirán implementar constatemente proyecciones de nuevos servicios ó sus ampliaciones. • Gran demanda de servicios como la Unidad de cuidados intensivos y Neurocirugía • Equipos modernos para la realización de telemedicina que son poco explotadas en el medio local. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de estrategias de marketing sobre temas de calidad de los servicios y seguridad del paciente. • Implementación de la cartelera donde se ubique la misión y visión institucional en lugar visible para los pacientes y familiares. • Exponer en lugar visible la estructura organizacional, y de los servicios que presta la unidad de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de protocolos y lineamientos basados en parámetros internacionales normas ISO-9001 y Join Comission Internacional que permitan flujos de procesos adecuados que permitan una estructura adecuada para mejorar los flujos de atención hospitalaria. • Establecer como responsable del departamento de la unidad de gestión de la calidad a un profesional cualificado que permita establecer flujos adecuados dentro de los procesos de atención. • Establecer los comites de calidad de los servicios que permitan una evaluación, control y corrección de procesos dentro de las acciones emitidos por el lider de gestión • Elaboración de la infografía para la difusión de la misión y visión institucional como el organigrama y servicios ofertados visibles para todos los pacientes.

AMENAZAS	ESTRATEGIAS FA	ESTRATEGIAS DA
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de lider en la unidad de gestión de la calidad. • Pandemia ocasionada por Sars COV-2, impulso la creación de muchos servicios y aumento de número de camas para la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y con ello un deficit de protolos de actuación y control de la calidad. • No estandarización de indicadores tanto administrativos como hospitalarios para evaluación y toma de desiciones a nivel gerencial • Saludes no se encuentra con certificados de acreditación de la calidad por ningun organismo nacional o internacional. • Los flujos de evaluación de patrones de calidad establecidos por ISO 9001ni Joint Comission Internacional no son referencia en la institución en los procesos administrativos y médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer estrategias como charlas en las salas de espera en cuanto a seguridad del paciente y normas de calidad con enfoque al paciente • Estrategias de elaboración de manuales y protocolos de acogida del paciente para mejorar la fidelización del paciente todo acorde a modelos internacionales preestablecidos. • Estratégias de seguimiento de procesos a traves de normas ISO-9001 paralos procesos adminsitrativos • Estratégias de seguimiento de procesos médicos mediante normas Joint Comission Internacional • Establecimiento de indicadores para seguimiento del modelo de gestión 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación del modelo de estandarización internacional para la adecuada articulación de los procesos administrativos-médicos para efectivizar los objetivos planteados, facilitando la toma de desición y corrección de procesos a travez de los verificables físicos del departamento de calidad. • Implementación de normas ISO-9001 para el seguimiento de procesos administrativos. • Implementación de modelo de la joint Comission Internacional para procesos hospitalarios-operativos.

7.1.2 Cadena de valor de la Institución

Gráfico 3.- Cadena de valor de la Institución



Fuente: Hospital Saludesa Santo Domingo
Fecha: 20 de agosto de 2022

7.1.3 Planificación estratégica

Misión

Prestar servicios de salud resolutivos de manera ágil con calidad en el ámbito de la atención especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, seguimiento, docencia e investigación.

Visión

Ser reconocidos a nivel local, nacional e internacional como un hospital accesible, confiable, que presenta una atención de calidad, resolutivo mediante una completa cartera de servicios, utilizando la tecnología y talento humano con conocimiento acorde al estado arte.

Valores

Responsabilidad: El compromiso con nuestros pacientes es el eje de nuestra asistencia y toda nuestra labor está encaminada en principios éticos y morales.

Liderazgo: El mejoramiento continuo es la clave de un trabajo en equipo, organizado y con propósito institucional.

Respeto: En la escala jerárquica todos los trabajadores son iguales, promoviendo sobre todo un entorno más verticalizado, nuestros pacientes requieren el mejor servicio por lo que nuestro compromiso con nuestros pacientes es respetar su dignidad y sus derechos.

Compromiso: Nos comprometemos a brindar una atención de calidad frente a nuestros pacientes.

Inclusión: Reconocemos a los diversos grupos sociales sin distinción alguna.

Vocación de servicio: Nuestros objetivos institucionales se cumplen con gran pasión a nuestra institución y al paciente (Saludesa 2018).

7.1.4 Objetivos institucionales.

El objetivo impuesto por Saludesa ha sido implementar un modelo de atención en salud basado en modelos de internacional donde el eje de la atención este dado por el medico de cabecera, el medico de familia que rescate el valor del médico de antaño y todo esto a bajo costo, con el apoyo de valores subcidiados por la Fundación, sin disminuir la calidad de los servicios ni las bondades de la nueva tecnología alcanzable a todos. Al mismo tiempo la promoción de la investigación y formación de profesionales en la especialidad de medicina familiar como estrategia propuesta para el cambio del modelo actual(Saludesa 2018).

Principios éticos.

Saludesa se rige al cumplimiento de los principios éticos universales para todas las atenciones al paciente y a sus familiares,

- Beneficiencia
- No maleficencia
- Autonomía
- Justicia

8 RESULTADOS

8.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y PROPUESTA DE SOLUCIÓN

En el Hospital Saludesa Santo Domingo es factible el diseño e implementación de un sistema de calidad por medio de parámetros internacionales para la mejora de procesos técnico-administrativos.

8.1.1 Gestión de la Dirección

La estrategia gerencial para el mejoramiento de la unidad de gestión de la calidad para la mejora de los flujos, supervisión y control de los indicadores hospitalarios del Hospital Saludesa Santo Domingo va encaminado a resolver los desafíos propuestos luego de la evaluación a través de los puntos críticos como resultado del análisis del check list de la normativa ISO-9001 que nos ubicaba en el resultado de la calificación global en la gestión de calidad como "BAJO". En base a ese análisis se encontraron debilidades en el contexto de la organización, liderazgo, planificación, apoyo, operación, evaluación del desempeño y mejora en los cuales la solución engloba procesos de mejora e implementación.

Con este antecedente se ha propuesto la matriz de alternativas de solución plasmadas en la matriz FODA con el objetivo principal de implementar la unidad de calidad de la gestión y un modelo con estándares internacionales de la calidad como son la norma ISO-9001 para procesos administrativos y Joint Commission para los procesos hospitalarios. Es indispensable por tal motivo realizar una reestructuración integral del organigrama institucional para obtener los cambios esperados para ello se propone:

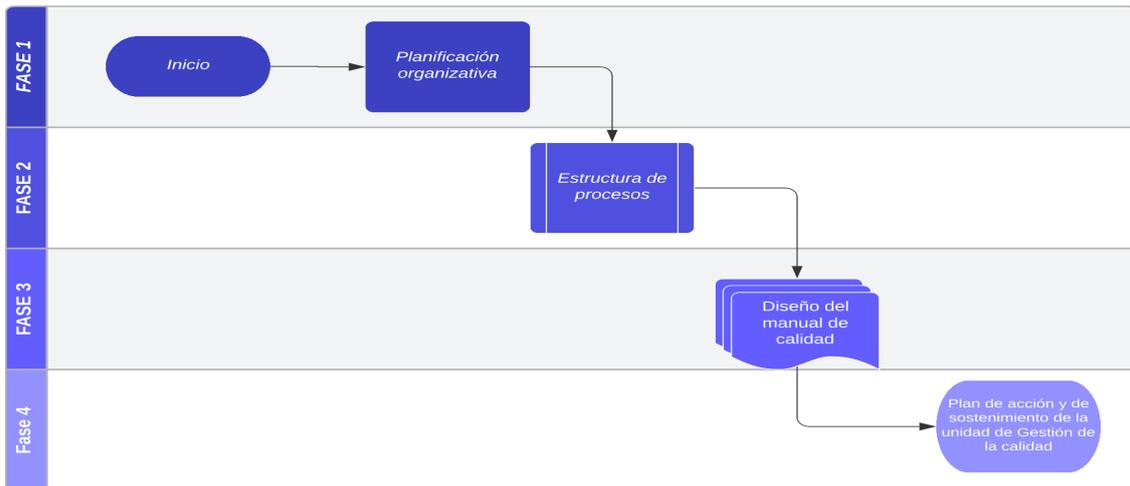
8.1.2 Implementación de la Unidad de Gestión de la calidad

Para la implementación de la unidad de gestión de calidad para el hospital Saludesá se requerirá abordar a un proceso de cumplimiento de 4 fases para su consolidación que se expone en la Figura 2.

8.1.2.1 Fase 1. Planificación organizativa

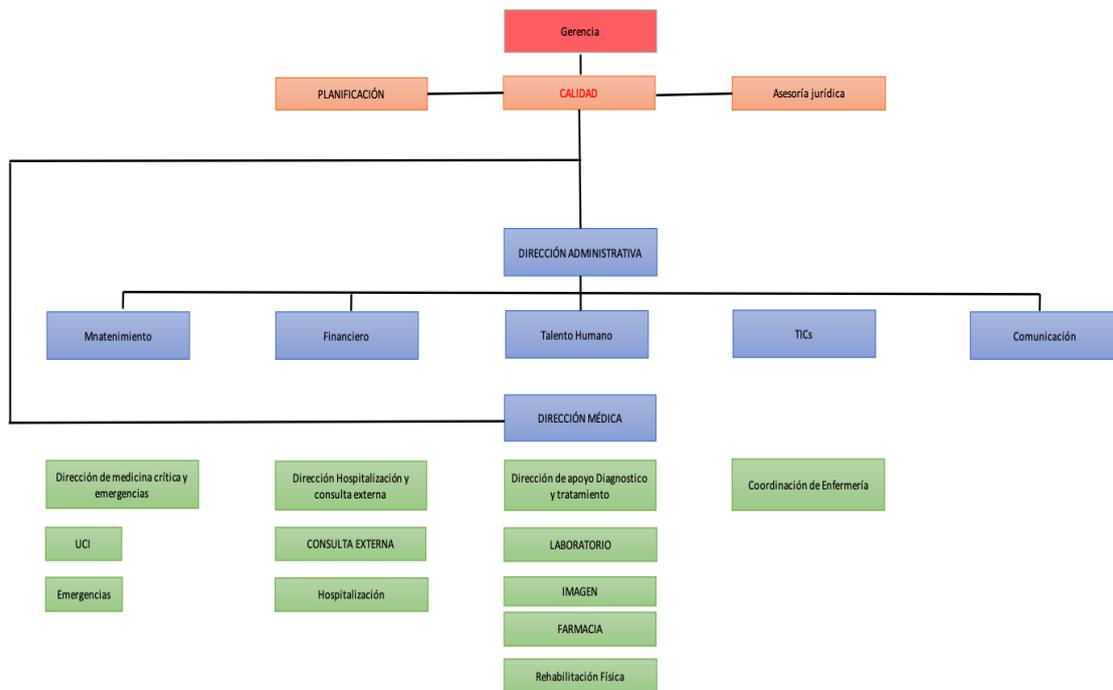
El inicio de la implementación de la unidad de gestión de calidad es la planificación se presentará como brazo asesor de gerencia hospitalaria. Este organigrama se visualiza en la Figura 3: Estructura organizacional del Hospital Saludesá.

Gráfico 4.- Fases de implementación de la Unidad de Calidad



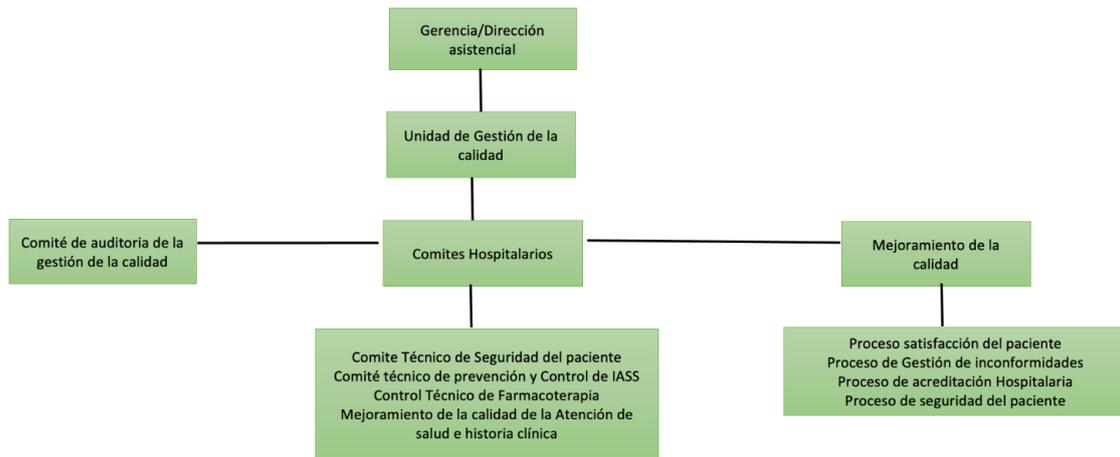
Elaborado: Luis Alberto Alvarado

Gráfico 5.- Inclusión de la unidad de calidad al Organigrama Institucional



Elaborado: Luis Alberto Alvarado

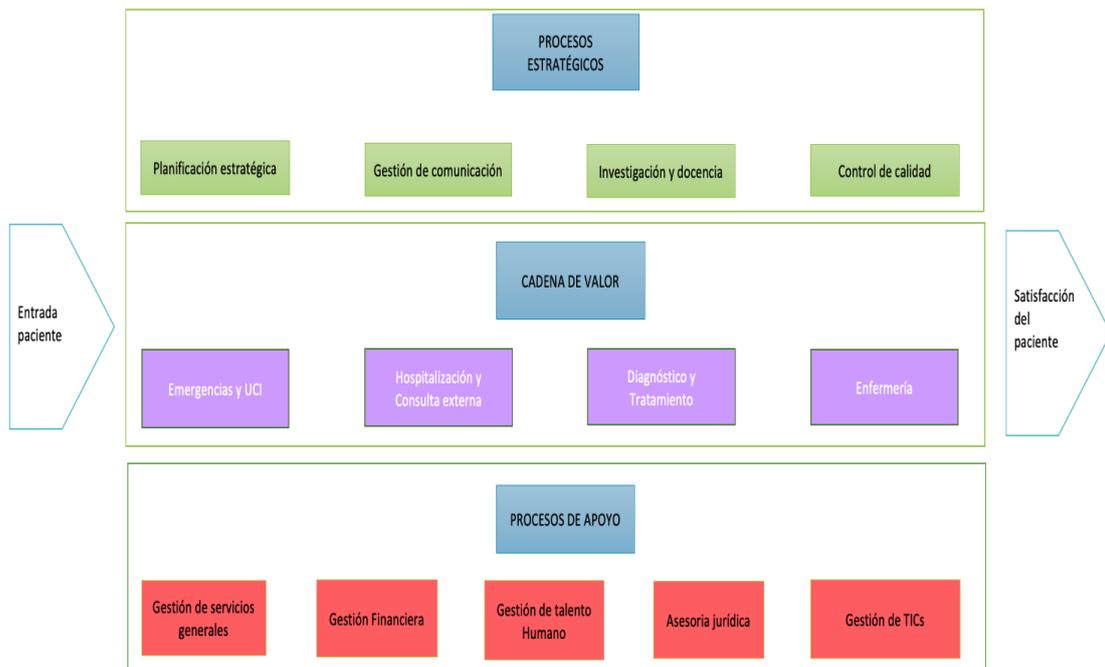
Gráfico 6.- Organigrama Gestión de la calidad



Elaborado: Luis Alberto Alvarado

8.1.2.2 Fase 2. Estructura de procesos e implementación.

Gráfico 7.- Estructura de procesos e implementación.



Elaborado: Luis Alberto Alvarado

8.1.2.3 Fase 3. Diseño del manual de calidad

La construcción del manual de calidad describirá el modelo de la política gerencial pero sobre todo estará parametrizado internacionalmente a través de normas ISO-9001 y Joint Commission Internacional para establecer los planes de acreditación internacional que permitan demostrar la capacidad de entregar un producto al paciente y sus familiares con un grado alto de satisfacción en cada uno de los parámetros evaluados por estas 2 normativas internacionales (ISO 9001). Anexo 1, 4.

La norma ISO-9001 -2015, establece el protocolo de planificar e implementar acciones para el estudio de los riesgos y de las oportunidades que se presenten en la organización. Con el conocimiento de las oportunidades se puede mejorar los niveles de eficiencia del sistema de calidad para lograr alcanzar los mejores resultados y corregir las debilidades para lo cual para su evaluación se deberá ir constuyendo los verificables para la matriz de variables ISO-9001. La norma ISO 9001 establece un listado de verificables de cumplimiento obligatorio que se enlistan a continuación:

Tabla 4.- Matriz de variables ISO 9001-2015

DOCUMENTOS REQUERIDOS	REQUISITO DE LA NORMA
Alcance del Sistema de Gestión de calidad	4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad
Documentación de procesos	4.4 Sistema de Gestión de la calidad y sus procesos
Política del sistema de gestión de calidad	5.2.2 Comunicación de la política de calidad
Información sobre los objetivos	6.2.1 Objetivos de la calidad y planificación
La aptitud para el uso de los recursos de seguimiento y medición	7.1.5.1 Recursos de seguimiento y medición
La base utilizada para la calibración o verificación	7.1.5.2 trazabilidad de las mediciones
Evidencia de la competencia del personal	7.2 competencia
La evidencia de que los procesos se han llevado a cabo de acuerdo a lo previsto para la provisión de productos y servicios	8.1 Planificación y control operacional
Los resultados de la revisión de los requisitos del cliente	8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios
La confirmación de que los requisitos del diseño y desarrollo y los cambios se han cumplido	8.3.2 Planificación del diseño y desarrollo
Los resultados de la evaluación, el desempeño y reevaluaciones de los proveedores externos	8.4.1 Control de los procesos productos y servicios suministrados externamente
Características de los productos y servicios proporcionados	8.5.1a Control de la producción y la provisión del servicio
Las actividades que se llevaban a cabo y los resultados obtenidos en la producción o provisión del servicio	8.5.1b Control de la producción y la provisión del servicio
Información necesaria para mantener la trazabilidad	8.5.2 Identificación y trazabilidad
Revisión de los cambios en la producción o la prestación del servicio	8.5.6 Control de los cambios
Autorización relativa a la liberación de los productos y servicios a los clientes	8.6 Liberación de los productos y servicios
Las medidas adoptadas en el procesos de los productos y servicios no conformes	8.7 Control de las salidas no conformes
La evidencia de los resultados de las actividades de seguimiento y medición	9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación
Programas de auditoría interna y resultados de la auditoría	9.2 Auditoría interna
Resultado de revisiones por la dirección	9.3 Revisión por la dirección
No conformidades y los resultados de las acciones correctivas	10.1 Mejora

Fuente: Norma ISO.9001

La documentación de los verificables de la matriz de la tabla 5 sera evaluada a traves de los siguientes parámetros:

Tabla 5.- Matriz de la evidencia evaluada ISO-9001

Porcentaje	Evidencia evaluada	Estado del requisito
0-20	No desarrollado	Sin diseño, desarrollo o implementación
21-40	En Desarrollo	En proceso de diseño
41-60	Documentado	Procesos documentados
61-80	Implementado	Implementado
81-100	Mejora continua	Implementado, auditado y con resultado

Elaborado: Luis Alberto Alvarado

Para los procesos de calidad hospitalarios se implementará también el modelo de la Joint Commission Internacional, modelo conocido a nivel mundial por su vasta experiencia en acreditación sanitaria, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención, logrando una estandarización de los procesos de medición de los indicadores y de la forma de evaluación hospitalaria. Esta política gerencial se

incluirá en el manual de la calidad institucional para centrar la atención en el paciente a través de la evaluación de la atención interdisciplinaria a lo largo del proceso médico-asistencial, fomentará la cultura de la seguridad del paciente a través de la evaluación de la disminución de los riesgos, evaluará la eficacia de las prácticas sanitarias desde los procesos críticos hasta la responsabilidad de los mismos. Anexo 3

La implementación del modelo de la Joint Commission Internacional supondrá un importante instrumento en el proceso de la acreditación del Hospital Saludes y la proyección de la institución, además que ofrecerá un reconocimiento más objetivo en el cual se demuestre públicamente que Saludes cumple con los requisitos para ser considerado como un Hospital de competencia técnica y de prestigio internacional (Wadhwa & Huynh, 2022).

La evaluación de la calidad en este modelo de implementación y comandado por la Unidad de calidad ofrece la característica de que estos estándares se revisan periódicamente lo que permite la mejora de los servicios institucionales y una retroalimentación a todos los servicios de la Unidad para el mejoramiento continuo.

Tabla 6.- Matriz de evaluación Joint Commission Internacional

	TIPO DOCUMENTO	EVIDENCIA	CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Objetivo 1 Identificar correctamente a los pacientes				
Requisito del Objetivo 1 La organización desarrolla un enfoque para mejorar la precisión de la identificación de los pacientes.				
Elementos medibles del Objetivo 1 <input type="checkbox"/> 1. Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que aseguren la precisión de la identificación del paciente.				
Objetivo 2 COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES				
Requisito del Objetivo 2 La organización desarrolla un enfoque para mejorar la efectividad de la comunicación entre profesionales.				
Elementos medibles del Objetivo 2 <input type="checkbox"/> 1. Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que atiendan la precisión de las comunicaciones orales y telefónicas. (Véanse también AOP.5.4, AOP.6.4, MMU.4, EM 1 y MMU.4.3, EM 1)				
Objetivo 3 SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo				
Requisito del Objetivo 3 La organización desarrolla un enfoque para mejorar la seguridad de los medicamentos de alerta alta.				
Elementos medibles del Objetivo 3 <input type="checkbox"/> 1. Se emplea un proceso de colaboración para desarrollar políticas y/o procedimientos que atiendan la ubicación, el etiquetado y el almacenaje de electrolitos concentrados.				
Objetivo 4 CIRUGIAS EN LUGAR, PROCEDIMIENTO Y PACIENTE CORRECTO Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto				
Requisito del Objetivo 4 La organización desarrolla un enfoque para asegurar la realización de cirugías en el sitio correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.				
Elementos medibles del Objetivo 4 <input type="checkbox"/> 1. Se emplea un proceso de colaboración para desarrollar políticas y/o procedimientos que establezcan procesos uniformes, a fin de asegurar el sitio correcto, el procedimiento correcto y el paciente correcto, incluyendo procedimientos realizados fuera de la sala de operaciones.				
Objetivo 5 CONTROL DE INFECCIONES Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria				
Requisito del Objetivo 5 La organización desarrolla un enfoque para reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud				
Elementos medibles del Objetivo 5 <input type="checkbox"/> 1. Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que atiendan la reducción del riesgo de contraer infecciones asociadas con la atención sanitaria. (Véase también PCL.5)				
Objetivo 6 CAIDAS Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas				
Requisito del Objetivo 6 La organización desarrolla un enfoque para reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.				
Elementos medibles del Objetivo 6 <input type="checkbox"/> 1. Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que atiendan la reducción del riesgo de daños sufridos por los pacientes por causa de caídas en la organización.				

Elaborada: JCI 2020

8.1.2.4 Fase 4. Plan de sostenimiento de la unidad de gestión de calidad

- El lider de la unidad de gestión de la calidad según manual deberá:
Establecer los indicadores por servicios establecidos en el manual de gestión.
- Para los resultados de la evaluación se dispondrá de una fecha limite de entrega de información. Anexo 5
- Definir los formatos para la evaluación de los indicadores.
- Definir las formulas para calculo de los indicadores considerados en el manual.

Tabla 7.- Cronograma para implementación del modelo de gestión de la calidad

Actividad	Descripción	Responsable	CRONOGRAMA							
			JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
1	Elaboración propuesta de creación		■	■						
2	Contratación lider de calidad			■						
3	Socialización del plan de implementación de modelo de calidad				■					
4	Conformación de la unidad				■					
5	Estructura de procesos					■				
6	Elaboración del manual de calidad					■				
7	Socialización del manual a los operativos y administradores						■			
8	Socialización normas ISO-9001 y noma joint comission internacional						■	■		
9	Socialización plan de sostenimiento								■	
10	Monitoreo y resultados								■	■

Elaborada:Luis Alberto Alvarado

9 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1 Conclusiones

El Hospital Saludesca no posee la unidad de gestión de calidad, por lo que en este trabajo de investigación se diseñó e implementó un modelo de gestión a través de estándares internacionales y además la correspondiente reestructura del organigrama institucional para la cadena de procesos de la unidad médica.

Luego de la evaluación de la documentación y sus verificables a través del modelo que propone ISO 9001-2015 se concluye que dentro del diagnóstico el Hospital Saludesca posee una calificación global en la gestión de calidad "BAJO" esto debido al pobre cumplimiento de directrices como lo son: Contexto de la organización 35%, Liderazgo 43%, Planificación 18%, Apoyo 60%, Operación 62%, evaluación del desempeño 58% y Mejora 45%. Las medidas emergentes corresponden a la implementación de acciones para implementar el modelo en 5 ítems de la evaluación y mejora en los dos restantes.

Posterior a la evaluación se establecieron los procedimientos según normativa internacional ISO-9001 para procesos administrativos y Joint Commission Internacional para procesos médicos establecidos dentro de la norma del sistema de Gestión de la calidad.

Quedó planteado la necesidad de elaboración de los manuales y protocolos de la unidad de gestión de la calidad para estandarizar procesos administrativos (ISO 9001) y médicos (Joint Commission Internacional) para el desarrollo de las actividades de los procesos hospitalarios. Anexo 2

Se reestructuró el organigrama institucional, donde se incluyó a la unidad de gestión de calidad como servicio agregador de valor junto al brazo de gerencia hospitalaria para comandar el proceso de la estandarización de los procesos a través de la estandarización internacional.

La implementación del modelo de calidad mediante estructura ISO 9001 y Joint Comission Internacional promoverá un control de mando objetivizado por supervisiones, verificables, mejoramiento continuo, auditorias, evaluaciones con el fin de lograr eficacia del modelo gerencial y plantearse en un tiempo determinado las certificaciones de calidad internacionales.

9.2 Recomendaciones

- Contratar al encargado de la Unidad de gestión de la calidad según manual de puestos con el perfil correspondiente para manejo del área.
- Asumir los gastos correspondientes del diseño e implementación del modelo de gestión de la calidad a base de estándares internacionales.
- Transmitir a los trabajadores el proceso que se va a llevar a cabo y exponer los objetivos planteados como el proceso a seguir por cada una de las áreas.
- Monitorear los procedimientos a ejecutarse para que se cumplan en los tiempos pre-establecidos, según norma ISO 9001 y Joint Comission internacional. Anexo 2
- Capacitar constantemente al personal sobre esta nueva estrategia de gestión de calidad, sus normas y protocolos.

10 REFERENCIAS

- Berberoglu, A. (2018). Impact of organizational climate on organizational commitment and perceived organizational performance: Empirical evidence from public hospitals. *BMC Health Services Research*, 18(1), 399. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3149-z>
- Betlloch-Mas, I., Ramón-Sapena, R., Abellán-García, C., & Pascual-Ramírez, J. C. (2019). Implementation and Operation of an Integrated Quality Management System in Accordance With ISO 9001:2015 in a Dermatology Department. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 110(2), 92-101. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.08.003>
- Bisio, S., Melazzini, M., Fracchia, G., & Franco, G. (1999). [Organization of the activities of health services according to UNI EN ISO 9000 standards]. *Giornale Italiano Di Medicina Del Lavoro Ed Ergonomia*, 21(2), 118-121.
- Cabero, M. J., Guerra, J. L., Gaité, L., Prellezo, S., Pulido, P., & Álvarez, L. (2018). [Experience of implementing the ISO 9001:2015 standard for the accreditation of a paediatric hospital emergency department]. *Journal of Healthcare Quality Research*, 33(4), 187-192. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.02.005>
- Camilleri, D., & O'Callaghan, M. (1998). Comparing public and private hospital care service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 11(4-5), 127-133. <https://doi.org/10.1108/09526869810216052>

Herrera, D., & Gaus, D. (2016). *Manual médico Saludesá*.

<https://editorialparalelocero.com/index.php/saludesá/catalog/book/2>

Loeb, J. M., & O'Leary, D. S. (1995). From the Joint Commission on

Accreditation of Healthcare Organizations. *JAMA*, 273(18), 1405.

<https://doi.org/10.1001/jama.273.18.1405>

Lorenzo Torrent, R., Sánchez Palacios, M., Santana Cabrera, L., Cobian

Martinez, J. L., & García del Rosario, C. (2010). [Management of quality in an Intensive Care Unit: Implementation of ISO 9001:2008 international standard]. *Medicina Intensiva*, 34(7), 476-482.

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2009.06.007>

Pérez Cantó, V., Maciá Soler, M. L., & González Chordá, V. M. (2018). [User

satisfaction in 2hospitals with different management models]. *Journal of Healthcare Quality Research*, 33(6), 334-342.

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.07.005>

Poblete García, V. M., Talavera Rubio, M. P., Palomar Muñoz, A., Pilkington

Woll, J. P., Cordero García, J. M., García Vicente, A. M., Bellón Guardia, M., González García, B., Cañuelo Merino, T., Núñez García, A., Peiró Valgañón, V., & Soriano Castrejón, A. M. (2013). [Implementation of a quality management system according to the UNE-UN-ISO 9001:2008 standard in a nuclear medicine department]. *Revista Española De Medicina Nuclear E Imagen Molecular*, 32(1), 1-7.

<https://doi.org/10.1016/j.remnm.2012.01.004>

Rieiro, C. R., Lucerón, M. C. O., Gijón, L. F. R., Mestre, R. P., Membrilla, I. I., Ramirez, C. S., & Pérez, P. R. (2010). [UNE-EN-ISO-9001 internal audit program performed by our own personnel: A knowledge management tool]. *Revista De Calidad Asistencial: Organo De La Sociedad Espanola De Calidad Asistencial*, 25(3), 161-168.
<https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.01.005>

Sanil, M., & Eminer, F. (2021). An integrative model of patients' perceived value of healthcare service quality in North Cyprus. *Archives of Public Health = Archives Belges De Sante Publique*, 79(1), 227.
<https://doi.org/10.1186/s13690-021-00738-6>

Teshnizi, S. H., Aghamolaei, T., Kahnouji, K., Teshnizi, S. M. H., & Ghani, J. (2018). Assessing quality of health services with the SERVQUAL model in Iran. A systematic review and meta-analysis. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 30(2), 82-89. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx200>

Wadhwa, R., & Huynh, A. P. (2022). The Joint Commission. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557846/>

11 ANEXOS

11.1 Anexo 1: Estructura del Manual de calidad

	Capítulos	Contenido	Procesos asociados
Generalidades	1. Objeto y alcance	Presentación de la organización	
	2. Referencias normativas		
	3. Términos y definiciones		
Planificar	4. Contexto de la organización	Alcance Análisis DAFO Procesos de gestión de calidad	PC PE PA
	5. Liderazgo	Política de calidad Roles Responsabilidades	
	6. Planificación	Gestión de riesgos AMFE Planes de acción Cambios	PE
Hacer	7. Apoyo	Recursos Competencias Conocimiento Comunicación Información documentada	PE
	8. Operación	Planificación y control Requisitos Desarrollo de productos y servicios Servicios externos Servicios internos	PC PT
Verificar	9. Evaluación del desempeño	Seguimiento Medición Análisis	R I
Actuar	10. Mejora	No conformidades	PE

I: indicadores; PA: procesos de apoyo; PC: procesos clave; PE: procesos estratégicos; PT: protocolos; R: registros.

11.2 Anexo 2 : Objetivos Internacionales seguridad del Paciente

Estándares de Acreditación de la JCI

SECCIÓN I: ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE			
Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente (IPSG)			
Objetivo	Requisito	Elemento Medible	
IPSG 1	Identificar correctamente a los pacientes	La organización desarrolla un enfoque para mejorar la precisión de la identificación de los pacientes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se identifica al paciente utilizando dos identificadores, sin incluir el número de habitación ni la ubicación del paciente. 2. Los pacientes son identificados antes de administrarles medicamentos, sangre o hemoderivados. 3. Los pacientes son identificados antes de extraerles sangre u otras muestras para análisis clínicos. 4. Los pacientes son identificados antes de proporcionarles tratamientos y procedimientos. 5. Las políticas y los procedimientos de la organización refuerzan la utilización de una práctica de identificación del paciente consistente en todas las situaciones y en todas las áreas de la organización.
IPSG 2	Mejorar la comunicación efectiva	La organización desarrolla un enfoque para mejorar la efectividad de la comunicación entre profesionales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El receptor de la orden o del resultado del análisis verbal y/o telefónico anota la orden o resultado del análisis. 2. El receptor de la orden o del resultado del análisis verbal y/o telefónico vuelve a leer dicha orden o resultado. 3. La orden o el resultado del análisis son confirmados por la persona que los dio. 4. Las políticas y los procedimientos de la organización refuerzan la utilización de una práctica consistente para la verificación de la comunicación verbal o telefónica.
IPSG 3	Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo	La organización elabora de forma colaborativa una política y/o un procedimiento que identifica la lista de medicamentos que la organización considera de alto riesgo, en base a sus propios datos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se desarrollan políticas y/o procedimientos que definan la identificación, la ubicación, el etiquetado y el almacenaje de medicación de alto riesgo. 2. Se implementan las políticas y procedimientos. 3. No hay electrolitos concentrados en unidades de atención al paciente, salvo en aquellas áreas donde la política lo autorice, sean necesarios desde el punto de vista clínico y se tomen medidas contra su administración involuntaria. 4. Los electrolitos concentrados que se almacenan en las unidades de atención al paciente se identifican (etiquetan) claramente y se almacenan de forma que tengan un acceso restringido.
IPSG 4	Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto	La organización desarrolla un enfoque para asegurar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La organización emplea una marca reconocible automáticamente para la identificación del sitio quirúrgico y hace participar al paciente en el proceso de marcado. 2. La organización emplea una lista de verificación u otro proceso para verificar que todos los documentos y el equipo necesarios estén a mano, sean los correctos y funcionen. 3. El equipo quirúrgico completo lleva a cabo y documenta el Tiempo Fuera ("time-out") justo antes de comenzar un procedimiento quirúrgico.
IPSG 5	Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria	La organización desarrolla un enfoque para reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La organización adoptó o adaptó guías para la higiene de manos actualmente publicadas y generalmente aceptadas. 2. La organización implementa un programa efectivo para la higiene de manos. 3. Se desarrollan políticas y/o procedimientos para reducir continuamente el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.
IPSG 6	Reducir el riesgo de daño al paciente causado por caídas	La organización desarrolla un enfoque para reducir el riesgo de daño al paciente causado por caídas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La organización implementa un proceso para la evaluación inicial del riesgo de caídas del paciente y una reevaluación del paciente cuando así lo indique un cambio su estado, su medicación, etc. 2. Se implementan medidas para reducir el riesgo de caídas en los pacientes con riesgo de caídas identificado. 3. Se monitorizan los resultados obtenidos por las medidas implementadas, tanto el éxito en la reducción del daño producido por caídas como cualquier consecuencia no intencionada relacionada. 4. Las políticas y los procedimientos apoyan la reducción continua del riesgo de daño al paciente producido por caídas en la organización.

Adaptado de Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International

11.3 Anexo 3: Accesibilidad y continuidad de la atención

Estándares de Acreditación de la JCI

SECCIÓN I: ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE			
Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC)			
Objetivo	Requisito	Elemento Medible	
ACC1	Admisión en la organización	Los pacientes son ingresados para obtener atención hospitalaria, o inscritos para obtener atención ambulatoria, según sus necesidades de atención sanitaria y la misión y los recursos de la organización.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El cribado se inicia en el momento del primer contacto, dentro o fuera de la organización. 2. Según los resultados del cribado, se determina si las necesidades del paciente coinciden con la misión y los recursos de la organización 3. Sólo se acepta a los pacientes si la organización puede proporcionar los servicios necesarios y el entorno adecuado para la atención, tanto para pacientes ambulatorios como hospitalizados. 4. Existe un proceso para proporcionar los resultados de las pruebas diagnósticas a los responsables de determinar si el paciente deberá ser admitido, transferido o derivado. 5. Las políticas identifican las pruebas diagnósticas que se consideran necesarias antes de admitir al paciente. 6. Los pacientes no son admitidos, transferidos ni derivados antes de que estén disponibles los resultados de las pruebas necesarias para tomar estas decisiones
ACC2	Continuidad de la atención	La organización diseña y desarrolla procesos que permiten la continuidad de la atención al paciente dentro de la propia organización y entre diferentes profesionales sanitarios.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los líderes de servicios y áreas diseñan e implementan procesos que respaldan la continuidad y la coordinación de la atención, incluidos aquellos identificados en la declaración de intención. 2. La indicación de los traslados dentro de la organización se determina mediante normas o criterios establecidos. 3. La continuidad y la coordinación son evidentes durante todas las fases de atención al paciente. 4. La continuidad y la coordinación son evidentes para el paciente.
ACC3	Alta, derivación y seguimiento	Existe una política o procedimiento para dar el alta o derivar a los pacientes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se da de alta o deriva al paciente en base a sus necesidades de atención continuada. (Véanse también AOP.1.10, EM 1, AOP.1.11, EM 1 y GLD.6.1, EM 3) 2. Se determina si el paciente está listo para el alta utilizando criterios predeterminados que garanticen la seguridad del paciente 3. Cuando así se indique, la planificación para la derivación y/o el alta comienzan temprano en el proceso de atención y, cuando corresponda, incluye a la familia. 4. Se deriva y/o da el alta a los pacientes en función de sus necesidades. 5. La política de la organización establece el proceso de los pacientes que pueden salir de la organización durante el proceso de atención "con permiso de salida" para un período de tiempo definido.
ACC4	Traslado de pacientes	Se traslada a los pacientes a otras organizaciones en base a su estado y para atender sus necesidades de atención continuada.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los traslados se basan en las necesidades de atención continuada del paciente. 2. El protocolo contempla el modo en que se transfiere la responsabilidad de la continuidad de la atención a otro proveedor u otro entorno. 3. El protocolo especifica quién es responsable durante el traslado y el equipamiento y material necesario durante el traslado, 4. El protocolo de traslado especifica las situaciones en que no es posible realizar el traslado. 5. Los pacientes se trasladan de manera adecuada a otras organizaciones.
ACC5	Transporte	El proceso de derivación, traslado o alta pacientes, tanto ingresados como ambulatorios, tiene en cuenta sus necesidades de transporte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realiza una evaluación de las necesidades de transporte cuando un paciente es derivado a otro lugar de atención, cuando se traslada a otra organización sanitaria o cuando está listo para ir a su casa, tanto después de una hospitalización como de una visita de atención ambulatoria. 2. El transporte proporcionado se adecúa a las necesidades y la condición del paciente. 3. Los vehículos de transporte del hospital cumplen las leyes y normativas pertinentes respecto a su funcionamiento, condición y mantenimiento. 4. Los servicios de transporte subcontratados cumplen los requisitos de calidad y seguridad del hospital. 5. Todos los vehículos utilizados para el transporte, tanto los propios del hospital como los subcontratados, disponen del equipamiento, el material y la medicación necesaria para dar respuesta a las necesidades de los pacientes trasladados. 6. Se ha implementado un proceso para monitorizar la calidad y la seguridad del transporte que el hospital proporciona o gestiona, incluyendo el proceso de gestión de quejas

Adaptado de Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International

11.4 Anexo 4: Derechos del paciente y su familia

Estándares de Acreditación de la JCI

SECCIÓN I: ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE		
Derechos del Paciente y de su familia (PFR)		
Estándares	Intención	Elemento Medible
PFR1	La organización es responsable de facilitar procesos que apoyen los derechos de los pacientes y de las familias durante la atención. Los líderes de una organización son los responsables principales de que la organización da a sus pacientes.	1. Los líderes de la organización trabajan con un proceso participativo para proteger y anticipar los derechos de los pacientes y las familias. 2. Los líderes comprenden los derechos de los pacientes y las familias 3. La organización respeta el derecho de los pacientes
PFR2	La organización apoya los derechos de los pacientes y de sus familias a participar en el proceso de atención. Los pacientes y las familias participan en el proceso de atención tomando decisiones sobre la atención, haciendo preguntas sobre la misma e incluso rechazando procedimientos de diagnóstico y tratamientos.	Se elaboran políticas y procedimientos para apoyar y promover la participación del paciente y su familia en los procesos de atención. 2. Las políticas y procedimientos respaldan el derecho del paciente a solicitar una segunda opinión
PFR3	La organización informa a los pacientes y a las familias sobre su proceso para recibir y tomar medidas respecto a quejas, conflictos y diferencias de opinión sobre la atención del paciente y sobre el derecho del paciente a participar en estos procesos. Los pacientes tienen derecho a manifestar sus quejas sobre la atención, a que dichas quejas se revisen y a que, de ser posible, se resuelvan.	1. Los pacientes son informados del proceso para manifestar una queja, conflicto o diferencias de opinión y del proceso para hacerlo. 2. Las quejas, conflictos y diferencias de opinión se investigan por parte de la organización.
PFR4	Los miembros del personal reciben educación sobre su rol en la identificación de los valores y creencias del paciente y en la protección de los derechos del paciente. La organización educa a todo el personal sobre los derechos del paciente y de la familia. La educación reconoce que los miembros del personal pueden tener valores y creencias que difieran de las de los pacientes a los que atienden.	1. Los miembros del personal comprenden su rol en la identificación de los valores y creencias de un paciente y su familia y el modo en que tales valores y creencias pueden respetarse en el proceso de atención. 2. Los miembros del personal comprenden su rol en la protección de los derechos del paciente y su familia.
PFR5	Todos los pacientes son informados sobre sus derechos y deberes en un formato y con un lenguaje que puedan comprender. La admisión como paciente interno o la inscripción como paciente externo en una organización sanitaria puede ser aterradora y confusa para los pacientes, haciendo que les resulte difícil entender y actuar acorde a sus derechos y comprender sus responsabilidades en el proceso de atención.	1. Se entrega información a cada paciente sobre sus derechos y responsabilidades. 2. La definición de derechos y deberes está expuesta en la organización o accesible continuamente de otra forma para los profesionales.
PFR6	El consentimiento informado del paciente se obtiene mediante un proceso definido por la organización, que lleva a cabo el personal capacitado en un lenguaje que el paciente pueda entender. Una de las principales formas en las que los pacientes se involucran en sus decisiones de atención es otorgando un consentimiento informado.	1. La organización cuenta con un proceso de consentimiento informado claramente definido, descrito en las políticas y procedimientos. 2. Se capacita al personal designado a fin de implementar las políticas y los procedimientos.
PFR7	La organización informa a los pacientes y a las familias sobre cómo acceder a estudios clínicos, investigaciones o ensayos clínicos con participación de seres humanos. Una organización que lleva a cabo estudios, investigaciones o ensayos clínicos con participación de seres humanos informa a los pacientes y a las familias respecto a cómo obtener acceso a dichas actividades, cuando fuera relevante, para las necesidades de tratamiento del paciente.	1. Se identifican los pacientes y las familias adecuados y se les informa sobre cómo obtener acceso a los estudios, investigaciones o ensayos clínicos relevantes para sus necesidades de tratamiento. 2. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre los beneficios esperados. 3. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre posibles molestias y riesgos.
PFR8	Se obtiene un consentimiento informado antes de que un paciente participe en estudios, investigaciones y ensayos clínicos. Cuando los pacientes y las familias deciden participar en estudios, investigaciones o ensayos clínicos, se otorga un consentimiento informado.	1. Cuando un paciente decide participar en estudios, investigaciones o ensayos clínicos, se obtiene un consentimiento informado. 2. Las decisiones consentidas se documentan, fechan y basan en la información identificada 3. La identidad de la o las personas que facilitan la información y obtienen el consentimiento se anota en la historia clínica del paciente. 4. El consentimiento se documenta en la historia clínica del paciente mediante firma o consentimiento verbal.
PFR9	La organización cuenta con un comité u otras formas de supervisar toda investigación en la organización en la que participen sujetos humanos. Cuando la organización lleva a cabo estudios, investigaciones o ensayos clínicos que involucren a seres humanos, se instaura un comité u otro mecanismo para la supervisión de todas las actividades al respecto dentro de la organización.	1. La organización cuenta con un comité u otro mecanismo para supervisar todas las investigaciones dentro de la organización. 2. La organización establece una clara declaración de propósito para las actividades supervisadas. 3. Las actividades supervisadas incluyen un proceso de revisión.
PFR10	La organización informa a los pacientes y a las familias sobre cómo decidir la donación de órganos y otros tejidos. La organización apoya la decisión de los pacientes y las familias de donar órganos y otros tejidos para investigación o trasplante.	1. La organización apoya las decisiones del paciente y de la familia sobre la donación de órganos y otros tejidos. 2. La organización ofrece información para respaldar la decisión.
PFR11	La organización supervisa la extracción y el trasplante de órganos y tejidos. El personal de la organización se capacita para la implementación de las políticas y procedimientos para apoyar las 1. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de obtención y donación. 2. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de trasplante. 3. El personal está capacitado en las políticas y procedimientos. 4. El personal está capacitado en lo que refiere a los problemas e inquietudes relacionados con la donación de órganos y la disponibilidad de trasplantes. 5. La organización recoge el consentimiento informado de donantes vivos. 6. La organización coopera con las agencias y organizaciones relevantes de la comunidad a fin de respetar e implementar la decisión de donar.	

Adaptado de Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International

11.5 Anexo 5: Matriz para la implementación de los procesos de calidad

Matriz Propuesta para la implementación, corrección o mejora de los procesos de calidad

PLAN DE MEJORA CONTINUA					
Intervención	Actividad	Unidad	Lugar	Fecha:	Responsable
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					