

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

MAESTRÍA EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE CALIDAD



**DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
NTS ISO 9001:2015 Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO
45001:2018, APLICADO AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA**

TRABAJO DE GRADUACIÓN PRESENTADO POR:

FLORES AMAYA, KARLA CAROLINA

CABRERA RUBIO, ERNESTO ANTONIO

PARA OPTAR AL GRADO DE

MAESTRO(A) EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE CALIDAD

MARZO 2025

CIUDAD UNIVERSITARIA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: JUAN ROSA QUINTANILLA, MSc.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. EVELYN BEATRIZ FARFAN
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO, MSc.
SECRETARIO GENERAL: LIC. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

DECANA: LICDA. CELINA AMAYA DE CALDERÓN
VICEDECANO: LIC. NIXON ROGELIO HERNÁNDEZ VÁSQUEZ, MSc.
SECRETARIO: LIC. JUAN PABLO MARÍN
ADMINISTRADOR ACADÉMICO: LIC. EDGAR ANTONIO MEDRANO MELÉNDEZ

COORDINADOR DE MAESTRÍA Y ASESOR(A) DE TRABAJO DE GRADUACIÓN:

COORDINADOR DE MAESTRÍA: LIC. LUIS ALONSO RAMÍREZ AGUILAR, MSc.
ASESORA: INGA. JENNIFER IVETTE TREJO DE REINA, MSc.

TRIBUNAL EXAMINADOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN:

PRESIDENTE: LIC. LUIS ALONSO RAMÍREZ AGUILAR, MSc
SECRETARIA: INGA. JENNIFER IVETTE TREJO DE REINA, MSc.
VOCAL: INGA. SILVIA MARTÍNEZ DE HERNÁNDEZ

MARZO 2025

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
MAESTRÍA EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE
CALIDAD (MASIG)**



**DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
NTS ISO 9001:2015 Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO
45001:2018, APLICADO AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA**

PRESENTA:

**LIC. KARLA CAROLINA FLORES AMAYA
ING. ERNESTO ANTONIO CABRERA RUBIO**

Trabajo de Graduación de Maestría, como requisito para optar al título de:
MAESTRO(A) EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE CALIDAD

COORDINADOR DE MAESTRÍA
LIC. LUIS ALONSO RAMÍREZ AGUILAR, MSc.

ASESORA
ING. JENNIFER IVETTE TREJO DE REINA, MSc.

MARZO 2025

CIUDAD UNIVERSITARIA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

LIC. KARLA CAROLINA FLORES AMAYA
ING. ERNESTO ANTONIO CABRERA RUBIO

DECLARAN QUE:

El presente Trabajo de Graduación denominado **“DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTS ISO 9001:2015 Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO 45001:2018, APLICADO AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA”** ha sido desarrollado sobre el fundamento de una investigación aplicada, respetando derechos intelectuales; conforme a citas y referencias bibliográficas correspondientes, según normas APA en su versión vigente. Consecuentemente este trabajo de graduación es de la autoría de los maestrantes autores y de propiedad intelectual de la Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad (MASIG) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de El Salvador.

En virtud de esta declaración, los autores graduandos son responsables del contenido de los diferentes marcos de referencia, marco teórico, métodos, técnicas y herramientas utilizadas, resultados de la investigación y la propuesta de diseño del sistema integrado de gestión, como su veracidad y alcance metodológico académico e investigativo aplicado a los Sistemas Integrados de Gestión de Calidad y otros ámbitos relacionados.

Ciudad Universitaria, San Salvador. Marzo 2025.

LIC. KARLA CAROLINA FLORES AMAYA ING. ERNESTO ANTONIO CABRERA RUBIO

APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADUACIÓN
MAESTRÍA EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE CALIDAD
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

El Tribunal Examinador de la Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad (MASIG), conformado por los distinguidos maestros abajo detallados; *aprueban* el presente Trabajo de Graduación denominado:

DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
NTS ISO 9001:2015 Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
NTS ISO 45001:2018, APLICADO AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

Presentado por:

LIC. KARLA CAROLINA FLORES AMAYA
ING. ERNESTO ANTONIO CABRERA RUBIO

Asesora

INGA. JENNIFER IVETTE TREJO DE REINA, MSc

Aprobado por Tribunal Examinador MASIG

LIC. LUIS ALONSO RAMÍREZ AGUILAR, MSc.
Coordinador MASIG – Presidente

ING. JENNIFER IVETTE TREJO
DE REINA, MSc
Secretaria

INGA. SILVIA MARTÍNEZ DE
HERNÁNDEZ, MSc
Vocal

Ciudad Universitaria, marzo de 2025.

**MAESTRÍA EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE CALIDAD
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

CERTIFICACIÓN

En calidad de miembros del Tribunal Examinador **certificamos** el presente Trabajo de Graduación denominado “**DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTS ISO 9001:2015 Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO 45001:2018, APLICADO AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA**”, requisito para la obtención del grado de **MAESTRO(A) EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE CALIDAD** de la **FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS** de la **UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**, ha sido elaborado por los maestrantes **LIC. KARLA CAROLINA FLORES AMAYA** e **ING. ERNESTO ANTONIO CABRERA RUBIO**, documento que cuenta con un proceso riguroso de revisión metodológica, académica y profesional, por tanto, se encuentra apto para su presentación y publicación.

Ciudad Universitaria, San Salvador. Marzo de 2025.

LIC. LUIS ALONSO RAMÍREZ AGUILAR, MSc.
Coordinador MASIG – Presidente

INGA. JENNIFER IVETTE TREJO
DE REINA, MSc
Secretaria

INGA. SILVIA MARTÍNEZ DE
HERNÁNDEZ, MSc
Vocal

ACTA DE RATIFICACIÓN DE APROBACIÓN

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Página 1 de 2



LUGAR Y FECHA : San Salvador, 31 de marzo de 2025
RAMO : Ministerio de Educación
DEPENDENCIA : Universidad de El Salvador, Facultad de Ciencias Económicas
TIPO DE ACUERDO : RATIFICACIÓN DE ACTA
NUMERO DE ACUERDO: UN MIL OCHENTA Y TRES BIS -B- DE JUNTA DIRECTIVA

Para su conocimiento y efectos legales consiguientes transcribo acuerdo tomado en Sesión Ordinaria No.53-2025, período 2023/2025, de Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Económicas, celebrada el día viernes veintiocho de marzo del año dos mil veinticinco.

PUNTO VI - 6.6 d) RATIFICACIÓN DE RESULTADOS DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN DEL ACTA DE EVALUACIÓN N°8/2025, EGRESADOS MASIG.

Conocida la solicitud de ratificación de resultados del Trabajo de Graduación del Acta de Evaluación N°8/2025 Egresados MASIG, correspondiente al año 2025, presentado por el M.Sc. Luis Alonso Ramírez Aguilar, Coordinador de la Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad (MASIG).

Luego de verificar que el acta contiene los datos pertinentes y con base en los Artículos 35 y 36 literal "e" del Reglamento General de la Ley Orgánica de la UES y Art.48 inciso tres Reglamento General del Sistema de Estudios de Posgrado de la UES.

Junta Directiva por CINCO (5) votos a favor, CERO (0) abstenciones y CERO (0) en contra de los miembros propietarios presentes, ACUERDAN:

Ratificar los resultados del Trabajo de Graduación del Acta de Evaluación N°8/2025, correspondiente al año 2025, de la Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad, según detalle:

ACTA N° 8/2025

FECHA DE EXAMEN	NOMBRES DE LOS GRADUANDOS	CARNE	TEMA DE TRABAJO DE GRADUACION	NOTA GENERAL	TRIBUNAL EXAMINADOR
19/03/2025	KARLA CAROLINA FLORES AMAYA	FA12008	"DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTS ISO 9001:2015 Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO 45001:2018, APLICADO AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA."	8.36	PRESIDENTE M.Sc. LIC. LUIS ALONSO RAMÍREZ AGUILAR
	ERNESTO ANTONIO CABRERA RUBIO	CR20041		8.34	SECRETARIA M.Sc. INGA. JENNIFER IVETTE TREJO DE REINA VOCAL M.Sc. INGA. SILVIA GRACIELA MARTÍNEZ DE HERNÁNDEZ

Lo que comunico a usted para su conocimiento y efectos legales consiguientes.

Atentamente,

"HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA"

Lic. Juan Pablo Marin
SECRETARIO



CC: VICEDECANATO, ADMINISTRACIÓN ACADÉMICA DE LA FACULTAD DE CC.EE, COORDINADOR MASIG, ARCHIVO.

FECHA	ASUNTO	ESTADO	FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE EJECUCIÓN	FECHA DE CANCELACIÓN
15/05/2018	REVISIÓN DE LA PLANIFICACIÓN FINANCIERA DEL EJERCICIO 2018	TERMINADO	15/05/2018	15/05/2018	15/05/2018
15/05/2018	REVISIÓN DE LA PLANIFICACIÓN FINANCIERA DEL EJERCICIO 2018	TERMINADO	15/05/2018	15/05/2018	15/05/2018
15/05/2018	REVISIÓN DE LA PLANIFICACIÓN FINANCIERA DEL EJERCICIO 2018	TERMINADO	15/05/2018	15/05/2018	15/05/2018

DEDICATORIA

Primeramente, expresamos nuestra más profunda gratitud a Dios por darnos la guía, fortaleza y la oportunidad de finalizar un nuevo proceso académico. Sin su infinita misericordia no habría sido posible superar los desafíos que incluyen este logro tan significativo y que nos permite crecer personal y profesionalmente, inspirándonos a mejorar cada día.

Agradecemos a nuestros familiares y a todos aquellos que hoy nos sonríen desde el cielo, su apoyo incondicional ha sido fundamental a lo largo de este desafío y permitió cosechar los frutos del trabajo realizado.

Finalmente, plasmamos un agradecimiento a los asesores y maestros de la Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad Universidad de El Salvador, por su conocimiento y orientación logramos cumplir con las exigencias requeridas en este proyecto.

Karla Flores
Ernesto Cabrera

RECONOCIMIENTO

Expresamos nuestro reconocimiento y admiración a la comunidad de las madres Carmelitas Misioneras de Santa Teresa y en especial a Madre Transito de la Cruz Directora del Hospital Divina Providencia quien nos abrió las puertas y nos involucró directamente con el vivir de los pacientes, familiares y personal de la institución confiando en la providencia divina. Con ello no solo se da por terminado el proyecto, más bien nos abre la posibilidad de seguir apoyando técnicamente y ser parte de los esfuerzos que se realizan, con el propósito de mejorar las condiciones de los usuarios del Hospital.

Así mismo mostramos agradecimiento a nuestra asesora Inga. Jennifer Ivette Trejo de Reina, MSc quien, con su dedicación, compromiso y profesionalismo, nos acompañó a lo largo del proceso de investigación y nos incentivó a seguir esforzándonos hasta lograr la meta propuesta

Karla Flores
Ernesto Cabrera

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	iv
ÍNDICE DE FIGURAS	v
ÍNDICE DE ANEXOS	v
ÍNDICE DE APÉNDICES	v
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	vi
RESUMEN EJECUTIVO.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	ix
CAPÍTULO I. MARCO REFERENCIAL.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.1.2 Descripción o antecedentes de la situación problemática.....	6
1.1.3 Definición (formulación) del problema	8
1.1.4 Sistematización del problema (problematización).....	8
1.1.5 Matriz diagnóstica de planteamiento del problema	9
1.2 Delimitación de la investigación.....	9
1.2.1 Delimitación espacial o geográfica	11
1.2.2 Delimitación temporal.....	11
1.3 Objetivos	11
1.3.1 Objetivo general	12
1.3.2 Objetivos específicos	12
1.4 Justificación.....	14
1.4.1 Justificación práctica.....	14
1.4.2 Justificación legal.....	15
1.5 Formulación de hipótesis y supuestos.....	16

1.5.1 Hipótesis general.....	16
1.5.2 Hipótesis específicas	16
1.6 Variables de investigación	17
1.7 Matriz de consistencia del marco referencial.....	17
1.8 Fundamentos éticos.....	18
1.8.1 Originalidad del estudio y exigencia crítica.....	18
1.8.2 Propiedad intelectual.....	19
1.8.3 Consentimiento informado de los resultados	19
1.9 Viabilidad del trabajo de graduación	20
1.10 Dificultades y limitaciones.....	21
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	22
2.1 Marco de antecedentes	22
2.2 Marco conceptual	25
2.3 Marco de teoría fundamental	28
2.4 Marco legal.....	35
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO, DIAGNÓSTICO Y RESULTADOS	39
3.1 Tipo de investigación	39
3.2 Enfoque o ruta de la investigación	39
3.3 Alcance o tipo de estudio	40
3.4 Método de investigación	40
3.5 Diseño Metodológico	41
3.6 Determinación de población y muestra.....	41
3.6.1 Unidad de análisis y población	42
3.6.2 Diseño de la muestra (unidad muestral).....	42
3.7 Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	43

3.7.1 Niveles de información del marco teórico	43
3.7.2 Fuentes de información	43
3.7.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	44
3.7.4 Prueba piloto de los instrumentos de recolección de datos.....	45
3.7.5 Matriz integral metodológica	45
3.8 Matriz metodológica de consistencia de la investigación	45
3.9 Tabulación de datos y análisis de la información	45
3.9.1 Redacción y presentación de resultados.....	46
3.9.2 Variable: Cumplimiento de requisitos	46
3.9.3 Variable: Información documentada.....	59
3.9.4 Variable: Competencia del personal	61
3.9.5 Variable: Desempeño de la Seguridad y salud en el trabajo.....	64
3.9.6 Variable: Servicio al cliente	66
3.10 Respuestas o refutaciones a las hipótesis formuladas	67
3.10.1 Hipótesis general.....	68
3.10.2 Hipótesis específica No.1	68
3.10.3 Hipótesis específica No.2	68
3.10.4 Hipótesis específica No.3	69
3.10.5 Hipótesis específica No.4	69
3.11 Cumplimiento de los objetivos	70
CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE DISEÑO Y PLAN DE ACCIÓN	72
4.1 Propuesta de Diseño del Sistema Integrado de Gestión.....	72
4.2 Propuesta documental del Diseño del Sistema Integrado de Gestión.....	74
4.3 Manual del Sistema Integrado de Gestión	76

4.4 Plan de acción	77
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	82
5.1 Conclusiones	82
5.2 Recomendaciones.....	84
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	86

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de variables e indicadores	17
Tabla 2. Métodos de investigación aplicados en la investigación.	41
Tabla 3. Unidad de análisis, población y muestra	42
Tabla 4. Niveles de información del marco teórico.....	43
Tabla 5. Fuentes de información	43
Tabla 6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	44
Tabla 7. Criterios de evaluación del cumplimiento de normas de referencia y requisitos legales.	47
Tabla 8. Porcentaje de cumplimiento de la norma NTS ISO 9001:2015	51
Tabla 9. Porcentaje de cumplimiento de la norma NTS ISO 45001:2018	56
Tabla 10. Resultados del cumplimiento para requisitos legales aplicables al HDP	57
Tabla 11. Porcentaje de cumplimiento a nivel documental.....	60
Tabla 12. Resultados de las herramientas de gestión de competencias.....	63
Tabla 13. Criterios del nivel de satisfacción percibida.....	64
Tabla 14. Verificación del cumplimiento de objetivos.....	70
Tabla 15. Propuesta para el Sistema Integrado de Gestión	72

Tabla 16. Nomenclatura documental de la propuesta para el Sistema Integrado de Gestión...	75
Tabla 17. Ejemplos de estructura para información documentada.....	76
Tabla 18. Plan de acción para la implementación del Sistema Integrado de Gestión.	79
Tabla 19. Plan de entrenamiento y concientización.	81

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Hospital Divina Providencia. Imagen Organizacional.....	2
Figura 2. Árbol de problemas de la Sistematización en Hospital Divina Providencia.....	10
Figura 3. Ubicación del Hospital Divina Providencia.....	11
Figura 4. Árbol de objetivos en Hospital Divina Providencia.....	13
Figura 5. Ciclo Planificar, Hacer, Verificar y Actuar.....	30

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Carta MASIG de atención al sujeto de estudio
Anexo 2. Carta de consentimiento del sujeto de estudio
Anexo 3. Carta de aprobación de ATG

ÍNDICE DE APÉNDICES

Apéndice 1. Matriz diagnóstica para plantear el problema de investigación
Apéndice 2. Matriz de consistencia marco referencial
Apéndice 3. Carta de viabilidad técnica
Apéndice 4. Matriz integral metodológica
Apéndice 5. Matriz metodológica de consistencia de la investigación
Apéndice 6. Guía de verificación NTS ISO 9001:2015

- Apéndice 7.** Gráficas de resultados para NTS ISO 9001:2015
- Apéndice 8.** Guía de verificación NTS ISO 45001:2018
- Apéndice 9.** Gráficas de resultados para NTS ISO 45001:2018
- Apéndice 10.** Guía de verificación del cumplimiento legal
- Apéndice 11.** Gráfica de resultado sobre los requisitos legales
- Apéndice 12.** Guía de verificación documental NTS ISO 9001:2015
- Apéndice 13.** Guía de verificación documental NTS ISO 45001:2018
- Apéndice 14.** Gráficas de resultados de cumplimiento documental
- Apéndice 15.** Guía de verificación de perfil del puesto
- Apéndice 16.** Cuestionario de clima organizacional
- Apéndice 17.** Cuestionario de satisfacción para usuarios del Hospital Divina Providencia
- Apéndice 18.** Propuesta documental para el Sistema Integrado de Gestión
- Apéndice 19.** Manual del Sistema Integrado de Gestión
- Apéndice 20.** Manual de Procedimientos

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

Acrónimo Significado o equivalencia

BPM	Buenas Prácticas de Manufactura
CNFV	Centro Nacional de Farmacovigilancia
IEC	Comisión Electrotécnica Internacional
HDP	Hospital Divina Providencia
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
LGPRLT	Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo

Acrónimo Significado o equivalencia

MASIG Maestría de Sistemas Integrados de Gestión de Calidad

MINSAL Ministerio de Salud

MTPS Ministerio de Trabajo y Previsión Social

NTS Norma Técnica Salvadoreña

ISO Organización Internacional de Normalización

PHVA Planificar, hacer, verificar y actuar

PNC Policía Nacional Civil

SST Seguridad y Salud en el Trabajo

DN Superintendencia de Regulación Sanitaria

SIG Sistema Integrado de Gestión

TG- Trabajo de Graduación de la Maestría de Sistemas Integrados de Gestión de
MASIG Calidad

RESUMEN EJECUTIVO

El cáncer es una de las principales enfermedades que causa la pérdida de muchas vidas a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por tal motivo un diagnóstico positivo de cáncer afecta directamente en la salud emocional de los pacientes, familias, personas cercanas y encargadas de cuidarlos, ya que manifiestan sentimientos de ansiedad, angustia y depresión. La calidad en el cuidado de pacientes oncológicos en fase avanzada es un servicio que requiere profesionalismo y especialización, vocación de servicio, además de procesos de atención definidos y estandarizados, intervenciones oportunas, seguras, trato humano de calidez.

Desde el año 1966 el Hospital Divina Providencia ofrece sus servicios como una institución sin fines de lucro la cual recibe pacientes de escasos recursos diagnosticados con cáncer en estado crónico-avanzado y se encarga de proporcionarles cuidados paliativos, calidad de vida y disminuir el sufrimiento físico, todo bajo el lema transformando la vida a través del cuidado. La organización es administrada directamente por la comunidad de madres Carmelitas Misioneras de Santa Teresa, que tiene la vocación de servir gratuitamente a pacientes, únicamente confiando en la providencia divina que se traduce en donaciones de parte de sus benefactores.

En correspondencia, el Hospital Divina Providencia busca una alternativa estratégica que integre las herramientas y mística de trabajo que por años han construido con el objeto de elevar exponencialmente la calidad en el servicio de atención a los pacientes, implementar metodologías que redunden en eliminación de peligros y gestión de los riesgos. Es por lo que en este trabajo de investigación se propone la implementación de los requisitos de las normativas NTS ISO 9001:2015 Sistemas de gestión de la calidad y NTS ISO 45001:2018 Sistemas de seguridad y salud en el trabajo que al integrarse mejoren el desempeño institucional y permitan contar con una cultura de prevención de peligros y riesgos.

Como parte de las acciones, se ha propuesto a la alta dirección un Sistema Integrado de Gestión que aumente la satisfacción de los pacientes a través de la aplicación eficaz de las normas, la sistematización de procesos, prevención de lesiones y deterioro de la salud relacionados con el desempeño de los trabajadores. Es importante acotar que el alcance del documento es el diseño, posteriormente será el Hospital quien establezca el escenario para la implementación y seguimiento de forma continua.

Los Sistemas de Gestión en el área hospitalaria y a nivel nacional, han sido poco explorados, por ello, se espera que el presente trabajo de graduación trascienda y sea utilizado por estudiantes, investigadores, la academia o entidades que se desempeñan en el mismo rubro, y así capitalicen la información, herramientas y metodologías de trabajo que se sugieren, con el único propósito de identificar oportunidades de mejora, aplicar acciones correctivas que les permitan mejorar constantemente la atención de aquellos que únicamente buscan ser atendidos empáticamente en un entorno seguro.

INTRODUCCIÓN

El Hospital Divina Providencia es una institución sin fines de lucro que se dedica a brindar un servicio especializado en cuidados paliativos desde 1966 a pacientes diagnosticados con cáncer en estado crítico avanzado. El análisis de la problemática considera la calidad en servicio, seguridad y salud ocupacional como elementos críticos de gran relevancia que intervienen en las diversas actividades que se desarrollan en la institución.

La investigación está orientada en diseñar un Sistema Integrado de Gestión de la Calidad NTS ISO 9001:2015, de Seguridad y Salud en el Trabajo NTS ISO 45001:2018, aplicado al Hospital Divina Providencia y el contenido se desarrolla de la siguiente manera:

En el **Capítulo I** se expone el marco referencial de la investigación y agrupa la identificación de la problemática junto con los elementos metodológicos: preguntas, objetivos, hipótesis y variables de investigación, sin dejar de considerar la viabilidad del trabajo de graduación, los fundamentos éticos, limitantes y dificultades de la investigación.

El **Capítulo II** denominado marco teórico y contiene los antecedentes nacionales e internacionales, fundamentos teóricos y legislación aplicable a la temática estudiada que permite ampliar los conocimientos y facilitar la comprensión de la investigación.

El **Capítulo III** establece las pautas metodológicas necesarias para el desarrollo de una investigación, entre ellos el enfoque y métodos investigativos, tipo de estudio, diseño metodológico, población, muestra, unidades de análisis, fuentes de información, técnicas e instrumentos de recolección de datos tabulación y análisis de la información.

El **Capítulo IV** muestra la propuesta de diseño documental para un Sistema Integrado de Gestión, fundamentado en los principios establecidos en los requerimientos solicitados en NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018, con el objetivo de cerrar las brechas identificadas.

El **Capítulo V** relata las conclusiones y recomendaciones argumentadas por los fundamentos sobre respuestas de la investigación y que consideran el contexto del documento para constituir la mejora en la aplicación del diseño del Sistema Integrado de Gestión propuesto

CAPÍTULO I. MARCO REFERENCIAL

Define el planteamiento del problema y expone las razones y motivos que originaron el problema de investigación. En el presente este apartado se indica el tema específico, descripción del sujeto de estudio, la pregunta general, la justificación, objetivos, limitaciones y la ruta a seguir en la ejecución del trabajo de graduación.

Al integrar los aspectos antes mencionados se establece la base y dirección hacia los instrumentos que dan respuesta a la investigación y así superar la problemática señalada a través del Diseño Integrado de Sistemas de Gestión.

1.1. Planteamiento del problema

Rojas (2013) afirma que plantear un problema de investigación significa:

Reducirlo a sus aspectos fundamentales a fin de iniciar su estudio intensivo; pero la reducción no significa simplificar el análisis, dicha operación es necesaria para plantear el problema en términos concretos y destacar elementos importantes para alcanzar una primera aproximación al fenómeno. (Rojas, 2013, p.69)

En este apartado se describe la problemática del sujeto de estudio, lo que permitió establecer la pregunta de investigación y sistematización, por medio de una matriz diagnóstica del problema y representado a través de un árbol de problema.

1.1.1 Descripción del sujeto de estudio

El Hospital Divina Providencia (HDP) es una institución no gubernamental de carácter benéfica, sin fines de lucro, establecida como el primer centro de salud dedicado a la atención de pacientes diagnosticados con la enfermedad de cáncer, así como también a la implementación de programas asistenciales, educativos e investigaciones sobre medicina paliativa, el hospital se fundó el 30 de enero de 1966 por Madre Luz Isabel Cueva y Berta Rivas de Albiñana, dos mujeres con visión y espíritu de servicio con un alto grado de humanidad y empatía hacia los pacientes de escasos recursos económicos. (**ver figura 1**).

Figura 1. Hospital Divina Providencia. Imagen Organizacional



Fuente: Hospital Divina Providencia (abril, 2024)

El Hospital Divina Providencia es referido en la Ley de Presupuesto para el Ejercicio Fiscal correspondiente al año 2012, y se establece que la *Asociación de Religiosas Carmelitas Terciarias Descalzas de Santa Teresa de Jesús* es responsable de la administración de los fondos asignados por la Unidad Presupuestaria de la Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. (Ley de Presupuesto General. *Decreto No.1028*, 2012)

Es importante mencionar que una parte del financiamiento obtenido por el HDP proviene de voluntarios y se percibe a través de donaciones monetarias. Así mismo, algunas de las actividades son promovidas por benefactores que aportan insumos como granos básicos, víveres, ropa y son distribuidos de acuerdo con las necesidades de las áreas de la organización.

El HDP cuenta con un reglamento interno que rige el cumplimiento administrativo y normativo de la organización y establece lineamientos, condiciones de trabajo, derechos y obligaciones, normas de comportamiento, procedimientos disciplinarios, disposiciones de formación, competencias y estructura organizacional.

a) Filosofía empresarial¹

La filosofía de una empresa se define por pautas de conducta que rigen el comportamiento de los que integran la organización, así mismo, incorpora el modo de proceder filosófico, racional y crítico para regular las actividades que atienden la misión y visión empresarial.

El Hospital Divina Providencia describe su misión de la siguiente manera:

“Consolidar nuestro liderazgo institucional en la implementación de programas de atención paliativa, a través de nuestro propio desarrollo, del apoyo a las Instituciones del estado, a las instituciones formadoras de profesionales de la salud y del establecimiento de alianzas estratégicas nacionales e Internacionales.”.

La descripción que indica hacia dónde se dirige la institución se declara en la visión institucional, la cual se refleja de la siguiente manera:

“El hospital divina providencia es la primera institución benéfica en El Salvador dedicada a la implementación de programas asistenciales, educativos y de investigaciones medicina paliativa, con el propósito de mejorar la calidad de vida y disminuir el sufrimiento de personas con enfermedad crónico-avanzada, se sostiene confiando en la providencia Divina que se materializa a través del apoyo de benefactores”.

b) Instalaciones

El edificio del Hospital Divina Providencia está constituido por dos niveles, en la primera planta se ubican cuatro pasillos de cubículos para hospitalización que permite albergar un promedio de treinta y cinco pacientes, al final de cada uno se encuentran los sanitarios y se ubica la estación de enfermería, área de espera, cuarto de insumos, capilla y zona de convivencia.

En la segunda planta se encuentran las oficinas de médicos, la farmacia hospitalaria donde se preparan y dispensan los medicamentos que son administrados a los pacientes, igualmente se ubica una ludoteca destinada como centro de recreo y lectura.

¹ La filosofía empresarial ha sido tomada del sitio web. Hospital Divina Providencia (24 de abril, 2024).

Las áreas que se ubican al exterior son: el parqueo con capacidad aproximada de cincuenta autos y zona de traslado de pacientes en ambulancia, igualmente, se encuentra la morgue, cocina, salón de usos múltiples, capilla pública y secretaría general.

c) Procesos hospitalarios

Los procesos del Hospital Divina Providencia son desarrollados por profesionales especializados y se detallan a continuación:

- Atención en cuidados paliativos: A través de equipo multidisciplinario que garantiza un adecuado apoyo al paciente y sus familiares.
- Enfermería paliativa: Desde las áreas de atención directa, docencia y administración.
- Educación e investigación: Gestiona programas educativos de capacitación dirigidos al personal, así mismo, proyectos de investigación continua en el área de cuidado paliativos.
- Atención farmacéutica: Requiere el control de síntomas en los pacientes, principalmente el control de dolor, por medio de medicamentos de naturaleza controlada.
- Hospitalización: Proceso de registro e ingreso, gestión y satisfacción de las necesidades y mantenimiento de un ambiente de atención oportuna y espiritualidad en los pacientes.
- Apoyo espiritual: Para conservar la visión de las fundadoras y con el lema de transformar la vida a través de los cuidados, el hospital transmite la filosofía en el personal a fin de integrarlos en los procesos que se desarrollan.

El Hospital Divina Providencia recibe a pacientes referidos por el Ministerio de Salud de El Salvador, del Instituto Salvadoreño del Seguro Social y Hospital del Cáncer de El Salvador. Los convenios establecidos con dichas instituciones detallan los requisitos que deben cumplir los usuarios para recibir la atención en cuidados paliativos que brinda el Hospital.

Para recibir los servicios del hospital, los pacientes deben padecer una enfermedad oncológica y contar con la copia del expediente clínico, a fin de realizar el seguimiento correspondiente.

Los servicios que proporciona como institución del sector salud están definidos, sin embargo, no cuentan con un mapa de procesos que manifieste gráficamente los pasos y los procedimientos involucrados con las actividades de la organización.

Para cumplir con los objetivos del hospital es necesario contar con áreas de apoyo que dinamicen las actividades de los servicios de hospitalización y enfermería, según detalles:

- Secretaria: Tiene como función realizar los trámites administrativos del hospital, así como también tener el control de los ingresos, egresos de los pacientes.
- Cocina: De acuerdo con el menú establecido e ingredientes disponibles, el personal se encarga de producir los alimentos de forma saludable e higiénica y entregarlos a los pacientes y familiares.
- Mantenimiento: Mantener en adecuadas condiciones las instalaciones, así como también asegurarlas para que los pacientes, familiares, visitantes y trabajadores no sufran incidentes y accidentes.
- Farmacia: Administrar los medicamentos y dispensarlos según las indicaciones prescritas en las recetas de cada paciente.
- Psicología: Brindar apoyo y acompañamiento a pacientes y a los familiares durante el proceso oncológico, así también, ser parte del proceso en mejorar la calidad de vida del paciente con asesorías y atención psicológica.
- Fisioterapia: Preservar, mantener, desarrollar y restaurar el sistema cinético funcional, como también prevenir, mejorar y tratar las secuelas que se producen a causa de cualquier tratamiento oncológico.
- Nutrición: Asegurar que el paciente oncológico reciba los nutrientes y vitaminas necesarios para que su cuerpo funcione correctamente durante el tratamiento y post tratamiento, a través de la elaboración de un menú que es entregado por el área de cocina.

d) Estructura organizacional

El Hospital Divina Providencia jerárquicamente establece un plan de funcionamiento, en el que se detallan las actividades pertinentes a los puestos de trabajo, a continuación, se relata una pequeña descripción de cada uno de ellos:

- Directora del Hospital: Gestionar adecuadamente los recursos, así como también implementar proyectos a beneficio de los pacientes, familiares y empelados, sin excluir la filosofía de la Asociación de Religiosas Carmelitas Terciarias Descalzas de Santa Teresa de Jesús fundadoras del Hospital.

- Médico director: Establece los programas de trabajo semanal, así como también supervisa y autoriza los tratamientos de los pacientes.
- Médicos Internistas: Verifican y brindan el seguimiento al tratamiento de los pacientes.
- Jefe de enfermería: Gestiona personal de enfermería, supervisa las actividades y elabora el plan mensual de trabajo.
- Enfermera: Atender a los pacientes y ofrecer atención profesional con alto grado de profesionalismo y empatía, en la administración de medicamentos, líquidos y otro tipo de tratamientos que han sido indicados por el médico.
- Jefe de farmacia: Gestionar y administrar los medicamentos y dispensarlos según el tratamiento de cada paciente.
- Nutricionista: Elaborar el menú de la semana de acuerdo con las necesidades nutricionales de los pacientes.
- Fisioterapeuta: Atiende a los pacientes a través de la ejecución de actividades fisioterapistas, de acuerdo con el estado físico de cada paciente.
- Psicóloga: Tratar el impacto emocional que la enfermedad causa en el paciente, y familiares para otorgarles un mejor estado anímico.
- Coordinador de cocina: Coordina la elaboración de los alimentos según lo indicado en el menú mensual, así mismo, promover las acciones de higiene personal para entregar comida en condiciones aceptables.

Como institución reúnen esfuerzos para representarlo mediante un organigrama que se encuentra en proceso de actualización y de esta manera establecerlo de manera oficial.

1.1.2 Descripción o antecedentes de la situación problemática

La investigación requiere de la descripción de la situación problemática y es considerada como “la primera fase del planteamiento de investigación e involucra el fragmento descriptivo de características que constituyen el problema”. (Rodríguez *et al.*, 2021, p.20)

La alta dirección del Hospital Divina Providencia ha impulsado iniciativas para mejorar las condiciones de los pacientes de forma integral, desde una perspectiva que vincula al personal, pacientes y familiares, para establecer lazos de confianza entre las partes interesadas pertinentes.

La institución cuenta con herramientas de gestión (filosofía organizacional, metas planes de trabajo, controles de actividades, entre otros) dirigidas hacia el logro de sus objetivos.

Dichos objetivos estratégicos permiten mejorar constantemente y reflejar la calidad del servicio en la atención de salud y son conscientes que para reforzar las actividades relacionadas a calidad, seguridad y salud en el trabajo y el cumplimiento de los temas normativos o legales requieren superar una diversidad de necesidades que se traducen en retos para la alta dirección.

Entre esos retos se puede mencionar la necesidad de actualizar y elaborar información documentada de forma robusta que detalle eficientemente los procesos, procedimientos y que facilite la comprensión e interacción de las actividades, atención eficiente, oportuna, evitar reprocesos, a través de herramientas eficaces relacionadas a la seguridad y salud en el trabajo.

Además, la alta dirección gestiona capacitaciones continuas que fortalecen la competencia técnica de todo el personal, para especializarlos en el área de cuidados paliativos. Sin embargo, surge el desafío de contar con una metodología que establezca criterios y evalúe el desempeño de acuerdo con el aprendizaje, experiencia, manejo de emociones, que permita conocer las motivaciones y correcta aplicación de conocimientos en el desarrollo de sus funciones.

Establecer la importancia de establecer la importancia de un clima laboral a través de una filosofía y política enfocada en gestionar zonas seguras de trabajo, personal capacitado y concientizado que responda eficazmente a cualquier emergencia que pueda perjudicar la integridad de los pacientes, familiares y colaboradores en las instalaciones del hospital.

La opinión de los pacientes y familiares es clave para impulsar la mejora continua en las diferentes actividades, por lo cual es importante diseñar un mecanismo que permita conocer el grado de satisfacción sobre el servicio que brinda el hospital de forma general.

Así mismo la alta dirección ha implementado medidas con relación a seguridad y salud en el trabajo, sin embargo, no son sistemáticas, por lo que es necesario identificar oportunidades de mejora a través de la opinión de los empleados que están distribuidos en áreas administrativas y operativas, con la finalidad de materializarlas y responder adecuadamente a las diferentes auditorías de carácter legal y normativo aplicable.

El HDP no cuenta con un Sistema de Gestión de la Calidad conforme a la NTS ISO 9001:2015 y Seguridad y Salud en el Trabajo NTS ISO 45001:2018.

La alta dirección muestra interés en conocer el estado actual del cumplimiento de los requisitos de las normativas, a fin implementar un sistema de gestión de calidad y seguridad en el trabajo para suplir las necesidades o desafíos expuestos; además de sistematizar actividades que respondan eficientemente ante los usuarios y las autoridades competentes.

1.1.3 Definición (formulación) del problema

Posterior a la descripción de aspectos que constituyen situación problemática del sujeto de estudio, se establece la formulación del problema por medio de un planteamiento que corresponde a la siguiente interrogante:

¿Cómo incorporar requisitos de gestión de las normas NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018 para incrementar la calidad en la atención de los pacientes y mejorar la seguridad y salud de los trabajadores en el Hospital Divina Providencia?

1.1.4 Sistematización del problema (problematización)

La sistematización de la problemática requiere del análisis de la pregunta principal del problema que permita plantear pequeñas preguntas que orienten la respuesta de la investigación, los aspectos a resolver dentro de la organización. La formulación de las interrogantes del problema corresponde a lo siguiente:

- 1. ¿Cuál es el grado de cumplimiento de los requisitos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Seguridad y Salud en el Trabajo NTS ISO 9001:2015, NTS ISO 45001:2018 y requisitos legales en el Hospital Divina Providencia?*
- 2. ¿Cuál es la estructura documental que posee el Hospital Divina Providencia?*
- 3. ¿Cuál es el grado de competencia del personal para cumplir los requisitos de las normas de sistemas de gestión integrados de calidad y seguridad en el trabajo?*
- 4. ¿Cuál es el nivel de satisfacción de los pacientes y familiares respecto al servicio percibido y de los trabajadores respecto a las condiciones de seguridad y salud en el trabajo?*

Para identificar con mayor precisión la problemática, se elaboró un árbol que muestra una visión simplificada, concreta y ordenada de la situación problemática.

El árbol del problema es una técnica que permite identificar el problema principal para poder combatirlo, con la finalidad de establecer las relaciones de causas y efectos entre el problema principal y los secundarios. Para elaborar el árbol del problema se ubican las causas en las raíces, los efectos o consecuencias en las ramas y los determinantes del problema en el centro. El esquema se representa en la **figura 2**.

1.1.5 Matriz diagnóstica de planteamiento del problema

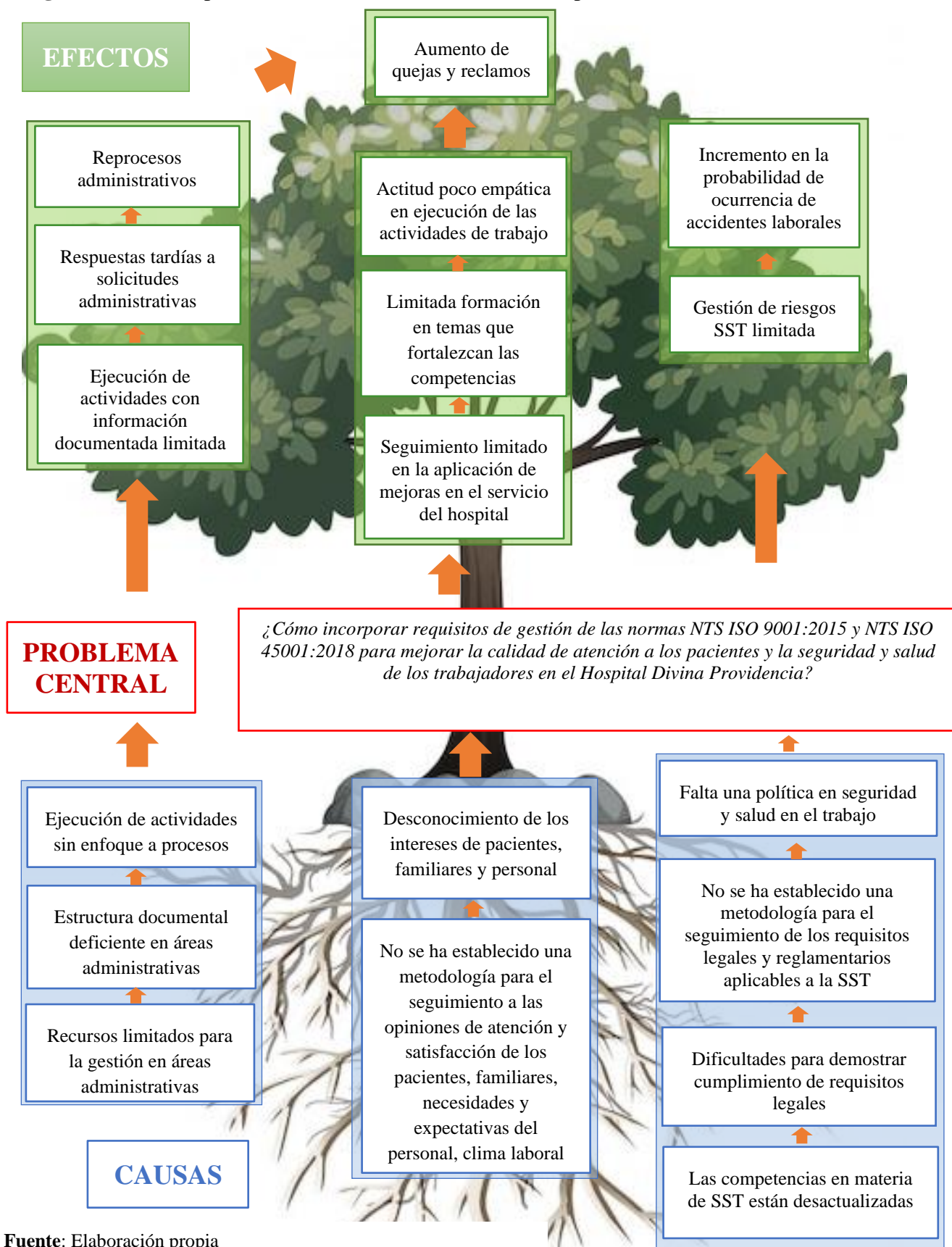
Con la referencia del esquema gráfico del árbol del problema, se elaboró la matriz diagnóstica, que consiste en puntualizar la descripción de la situación preliminar sobre el problema principal y sus elementos se describen a continuación (**ver apéndice 1**):

- **Signos y síntomas:** Señala los escenarios que surgen al analizar, evaluar e identificar el objeto de investigación.
- **Causas:** Establece los hechos que se producen por la existencia de los síntomas analizados, evaluados e identificados.
- **Pronósticos:** Plasma las consecuencias que pueden presentarse al persistir los signo, síntomas y causas
- **Problemática:** Redacción de la problemática como interrogante enunciativa y la correspondiente sistematización con preguntas secundarias.

1.2 Delimitación de la investigación

La delimitación proporciona una referencia geográfica y temporal de la realización de la investigación, con la finalidad de enfocar con precisión el área de interés por medio de alcances y límites establecidos. La presente investigación considera la delimitación espacial y temporal.

Figura 2. Árbol de problemas de la Sistematización en Hospital Divina Providencia

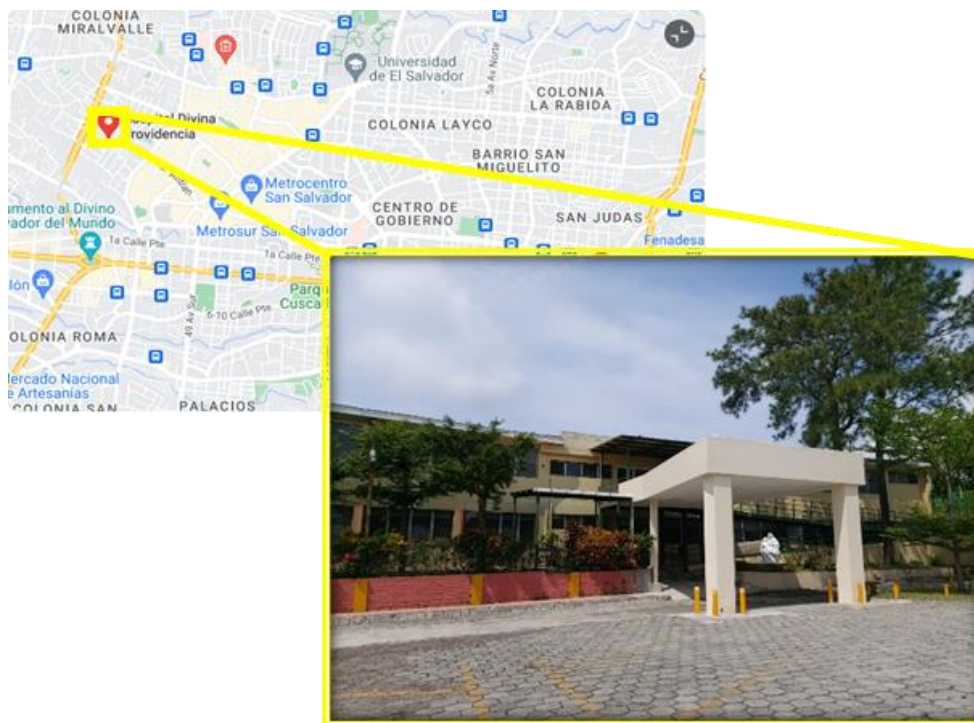


Fuente: Elaboración propia

1.2.1 Delimitación espacial o geográfica

El Hospital Divina Providencia se encuentra ubicado en Colonia Miramonte, Final Calle Toluca, Avenida Bernal, Pasaje B, Distrito de San Salvador, San Salvador Centro. **(Ver figura 3).**

Figura 3. Ubicación del Hospital Divina Providencia.



Fuente: Elaboración propia, a partir de Google Maps (2024)

1.2.2 Delimitación temporal

La investigación se desarrollará oficialmente durante los meses de marzo a octubre de 2024, período en el que se considera la recopilación, revisión y utilización de la información proporcionada por el sujeto de estudio, así como de diversas fuentes referentes a sistemas integrados de gestión.

1.3 Objetivos

El establecimiento de objetivos es fundamental “son los puntos de referencia que guían el desarrollo de la investigación y establecen lo que se pretende alcanzar” (Rojas, 2013, p. 81).

1.3.1 Objetivo general

Resume y presenta la idea central del trabajo de investigación, el sentido de la redacción es amplio, a continuación, se presenta el objetivo general de la investigación:

Diseñar un Sistema Integrado de Gestión de la Calidad NTS ISO 9001:2015 y de Seguridad y Salud en el Trabajo NTS ISO 45001:2018 para incrementar la calidad en la atención de los pacientes y mejorar la seguridad y salud del Hospital Divina Providencia

1.3.2 Objetivos específicos

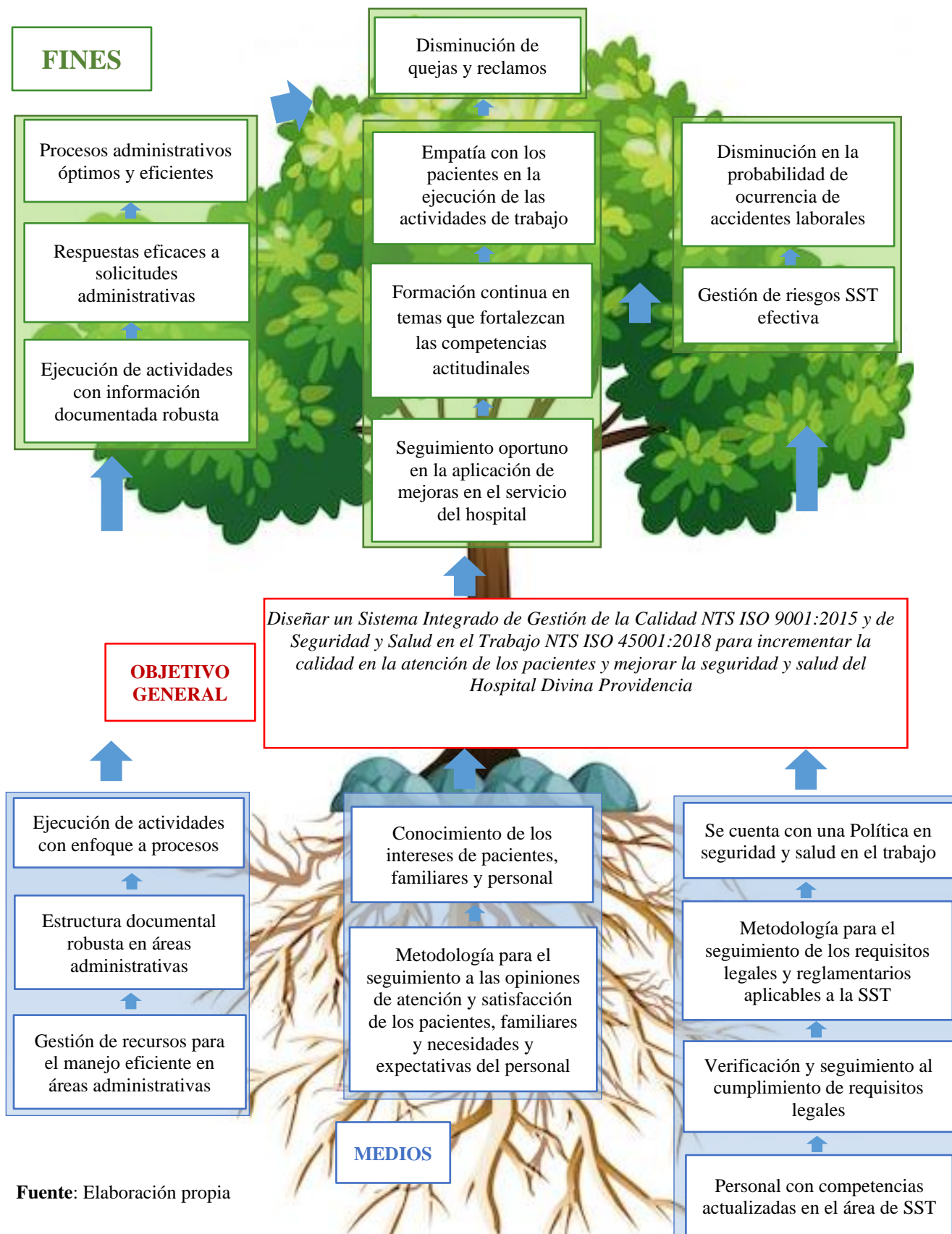
Señalan los resultados parciales que deben concluirse para obtener el logro del objetivo general.

1. *Medir el grado de cumplimiento de requisitos de sistemas de gestión de calidad, seguridad y salud en el trabajo NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018, y requisitos legales del Hospital Divina Providencia.*
2. *Identificar la estructura documental existente en el Hospital Divina Providencia.*
3. *Definir el grado de competencia del personal de salud para cumplir con los requisitos de las normas de Sistemas de Gestión Integrado de Calidad y Seguridad y Salud en el Trabajo.*
4. *Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes y familiares respecto al servicio recibido y de los empleados respecto a las condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo.*

El árbol de objetivos es una versión positiva del árbol de problemas, el diseño retoma los efectos, el problema central y causas detalladas en fines, objetivos y medios respectivamente, de esta manera se establecen metas realistas, coherentes y deseables, para convertir las causas en medios y los efectos en fines. Los medios se especifican en el nivel inferior y constituyen las raíces, los fines se detallan en la parte superior representados por las ramas.

Para ilustrar gráficamente los objetivos se elaboró el árbol (**ver figura 4**), para comprobar la coherencia del trabajo de graduación y alcanzar el fin central.

Figura 4. Árbol de objetivos en Hospital Divina Providencia



Fuente: Elaboración propia

1.4 Justificación

Hernández *et al.*, (2014) mencionan que “la justificación indica el porqué de la investigación mediante la exposición de razones que sustentan la necesidad del estudio con propósito definido y significativo para explicar la conveniencia y beneficios que de la realización” (p.40).

1.4.1 Justificación práctica

Los pacientes que viven con la enfermedad del cáncer pueden desarrollar sentimientos de miedo, enojo, tristeza y ansiedad, lo que permite elevar la vulnerabilidad a trastornos depresivos, síntomas y evolución de la propia patología. El servicio que brinda el Hospital Divina Providencia se convierte en un desafío y disciplina que conlleva del más alto grado de profesionalismo desde la fase del diagnóstico, tratamiento específico, seguimiento, rehabilitación hasta la fase progresiva y terminal.

La alta dirección está comprometida en brindar atención de calidad en los servicios de atención al paciente, y está convencida que los sistemas de gestión como una ventana para integrar los esfuerzos que durante cincuenta y ocho años se han materializado, desde la visión de las fundadoras que se traduce en brindar un servicio con énfasis en calidad de vida.

El diseño de un sistema de gestión NTS ISO 9001:2015, proporciona una visión estratégica sobre los requisitos de calidad, beneficios que involucran la mejora del rendimiento operativo y la medición pertinente, el apoyo al logro de objetivos estratégicos, facilita un enfoque basado en hechos para la toma de decisiones, reduce los reprocesos los cuales pueden ser altamente perjudiciales, mejora la prestación de servicios y por ende la satisfacción de los pacientes, familiares, empleados y partes interesadas.

Los colaboradores son elementos importantes para el alcance de la mejora continua y proporcionar un ambiente laboral sostenido por seguridad y salud en el trabajo optimiza los resultados operativos. La gestión por medio de la norma NTS ISO 45001:2018, permite la prevención de riesgos ocupacionales, a través de la identificación, evaluación de riesgos ocupacionales y elaboración de plan de acción para mejorar las condiciones de los trabajadores quienes están expuestos a sufrir incidentes, accidentes y enfermedades laborales.

1.4.2 Justificación legal

El cumplimiento legal en los sistemas de gestión basados en la normativa ISO, se vuelve crucial ya que a raíz de ello las organizaciones que han definido integrar esta metodología deben de convertirse en entes vigilantes en el cumplimiento de las regulaciones legales, con el fin de evitar ser sancionados y ello impacte en la continuidad de los servicios que proporcionan, y así generar una imagen negativa a las partes interesadas pertinentes.

Para el Hospital Divina Providencia, por ser una organización que brinda servicios de salud se somete a ser vigilado por diferentes entes reguladores y deben disponer de evidencias que reflejen el cumplimiento de las Leyes y Regulaciones pertinentes al quehacer del hospital.

Al adoptar la metodología de los sistemas de gestión, permitirá controlar, manejar y dar respuesta eficiente a la observancia de los entes que vigilan el cumplimiento de las leyes y regulaciones; además facilita el control y manejo de las evidencias que ayudan a demostrar el trabajo conforme a la Ley y paralelamente estandarizar los criterios de cumplimiento.

Con el diseño de un Sistema Integrado de Gestión de Calidad NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018 Seguridad y Salud en el Trabajo, se desarrolló un diagnóstico de la situación existente y permitió contar con evidencia que identifica las brechas de la situación actual, con el objeto de elaborar planes de acción para integrar a conformidad los requisitos de las normas.

Por consiguiente, la orientación que proporcionan los sistemas integrados de gestión NTS ISO 9001:2015 e NTS ISO 45002:2018 es hacia la resolución de las necesidades que fueron identificados e incluso se convirtió en una herramienta que facilitó al hospital alcanzar el cumplimiento de los objetivos y filosofía organizacional.

Se cumple y materializa el sueño de las Hermanas fundadoras, Madre Luz Isabel Cueva (de nacionalidad mexicana) y Doña Berta Rivas de Albiñana (de nacionalidad salvadoreña), que trata de construir un albergue de pacientes que viven la dolorosa enfermedad del cáncer, para aliviar el dolor y sufrimiento e incorporan el servicio humano y lleno de calidad de vida.

1.5 Formulación de hipótesis y supuestos

Las hipótesis “son explicaciones tentativas del fenómeno investigado, y son enunciadas como afirmaciones que se derivan de la teoría existente y son respuestas provisionales a las preguntas de investigación” (Hernández *et al.*, 2014, p. 104). En relación con las preguntas y objetivos planteados, se formulan las siguientes hipótesis:

1.5.1 Hipótesis general

La formulación de hipótesis debe considerar el sustento en la realidad y la consistencia lógica ya que responde tentativamente al problema central y no siempre se verifica directamente.

Al incorporar los requisitos de gestión de las normas NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018 se incrementará la calidad en la atención de los pacientes y mejorará las condiciones de seguridad y salud en el Hospital Divina Providencia

1.5.2 Hipótesis específicas

Las hipótesis específicas se derivan de la hipótesis central y son coherentes con los problemas particulares y concretos de la investigación.

1. *El cumplimiento de los requisitos de la NTS ISO 9001:2015, Sistema de Gestión de Calidad NTS ISO 45001:2018 Seguridad y Salud en el trabajo, y requisitos legales en el Hospital Divina Providencia supera el 65% de conformidad en promedio*
2. *El nivel de la estructura documental existente supera un 30% en promedio del cumplimiento respecto a lo solicitado en las normas de referencia NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018.*
3. *El grado de competencia del personal de salud supera en un 60% respecto a los requisitos de los Sistemas de Gestión NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018.*
4. *El porcentaje de satisfacción de pacientes y familiares asciende en un 65% respecto al servicio recibido y de los empleados en un 70% en relación con las condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo.*

1.6 Variables de investigación

Hernández *et al.*, (2014) definen una variable como “una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de observarse y medirse, por medio de elementos medibles de investigación llamados indicadores” (p.105).

La transición entre las variables e indicadores aplicables para el diseño del Sistema Integrado de Gestión de las normas de referencia y la problemática en estudio se detallan en la **tabla 1**.

“El paso de una variable teórica a indicadores empíricos verificables y medibles se le denomina operacionalización y se fundamenta en la definición conceptual y operacional de la variable” (Hernández *et al.*, 2014, p.211).

1.7 Matriz de consistencia del marco referencial

La matriz de consistencia sobre el marco referencial muestra la relación entre la problemática (formulación y sistematización), los objetivos, las hipótesis y la operacionalización de las variables previamente definidas (**ver apéndice 2**).

Tabla 1. Matriz de variables e indicadores

MATRIZ DE CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
Macrovariable	Microvariable	Indicador	Forma de medición	Medición	
				C	Q
Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad en el Trabajo	Cumplimiento de requisitos	Porcentaje de cumplimiento de requisitos	(Cumplimiento de requisitos de la organización/ Total de requisitos NTS ISO 9001:2015) *100		X
			(Cumplimiento de requisitos de la organización/ Total de requisitos NTS ISO 45001:2018) *100		X
			(Cumplimiento de requisitos de la organización/ Requisitos Legales aplicables de la organización) *100		X
	Información documentada	Porcentaje de documentos conformes	(Documentos existentes/ Documentos conformes según las normas de referencia) *100	X	X

Tabla 1. Matriz de variables e indicadores (Continuación)

MATRIZ DE CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
Macrovariable	Microvariable	Indicador	Forma de medición	Medición	
				C	Q
Sistema de Gestión de Calidad y de Seguridad y Salud en el Trabajo	Competencia del personal	Grado de competencia del personal	Análisis de la descripción del puesto	X	X
			Análisis de evaluación del desempeño	X	
			Cumplimiento del programa de formación	X	X
Sistema de Gestión de la Calidad	Servicio al cliente	Nivel de satisfacción en la atención recibida	Porcentaje de satisfacción percibida por pacientes y familiares	X	X
Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Desempeño de la seguridad y salud en el trabajo	Nivel de satisfacción del personal	Porcentaje de satisfacción laboral	X	X
C: Cualitativo Q: Cuantitativo					

Fuente: Elaboración propia

1.8 Fundamentos éticos

La síntesis, información, datos y análisis se recolectaron por medio de los principios de originalidad, exigencia crítica, propiedad intelectual y consentimiento informado de los resultados, para obtener una investigación confiable y profesional a las partes interesadas.

1.8.1 Originalidad del estudio y exigencia crítica

La Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (2019) establece:

La originalidad supone creaciones independientes y fundamentalmente no copiadas de otras, aunque no es necesario que sea única o novedosa. Las obras pueden ser particulares o similares, basadas sobre la misma idea o conceptos, cada una es diferente por el grado de diseño, creatividad y expresión de estas. (p.38)

La exigencia crítica requiere de un pensamiento sistémico que considere y se define como: “La capacidad para analizar y evaluar la información en torno a un tema, con el propósito de esclarecer su veracidad y alcanzar una idea justificada al respecto, que descarte posibles sesgos externos”. (Jiménez *et al.*, 2021, p.16)

Por consiguiente, expresamos que el trabajo de graduación se enfocó en temas de aplicación a nivel nacional e internacional, mientras que la originalidad y exigencia crítica procedió del análisis y planteamiento de información obtenido de fuentes primarias y unidades de análisis.

1.8.2 Propiedad intelectual

En general la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (2016) reconoce: “La propiedad intelectual como toda creación del intelecto humano, que protegen los intereses de los innovadores y creadores” (p.3).

La Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (2019,) indica: “La propiedad intelectual es intangible por naturaleza, exclusiva, territorial y de limitación temporal (p. 14), dentro de la clasificación se encuentra el derecho de autor y advierte todo tipo de protección sobre las creaciones del ámbito literario, científico y artístico” (p. 37).

El trabajo de graduación fue sustentado con información proveniente de diversas fuentes y creadores, citados apropiadamente, a través de las reglas establecidas por American Psychological Association (APA por sus siglas en inglés), de esta manera nos aseguramos respetar los derechos de autor y propiedad intelectual.

1.8.3 Consentimiento informado de los resultados

Galeano (2018) menciona que “el consentimiento informado debe plantear que los participantes conocen los riesgos y propósitos que conlleva realizar la investigación” (p. 64).

El consentimiento informado sobre los resultados obtenidos del trabajo de graduación realizado en El Hospital Divina Providencia establece la aceptación del documento final como información de dominio público, para utilizarse con fines de consulta académica (**ver anexo 1**).

1.9 Viabilidad del trabajo de graduación

Los autores Ortega *et al.*, (2020) establecen que la viabilidad “se caracteriza por la congruencia de la aplicación de un proyecto en la realidad de un contexto, es decir, si la solución aportada responde idóneamente con finalidad planteada” (p.14).

Fomentar metodologías que mejoren la calidad de los servicios que brinda el Hospital Divina Providencia, es pertinente ya que genera nuevas alternativas de ejecutar los procesos y permite a través del trabajo de investigación descubrir un diagnóstico a fin de aplicar mejora continua.

1.9.1 Viabilidad técnica

Como autores del trabajo de investigación declaramos compromiso, proactividad, habilidades y conocimientos técnicos, que fueron utilizados para ejecutar la metodología y la presentación adecuada de la investigación. En la elaboración del trabajo de investigación se consideraron las medidas y lineamientos previamente establecidos y notificados por la Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de El Salvador (**ver apéndice 3**).

1.9.2 Viabilidad del consentimiento informado del sujeto de estudio

La viabilidad del consentimiento informado se evidencia con la carta de aceptación emitida por las autoridades del Hospital Divina Providencia, en donde exponen la aprobación para realizar la investigación y brindar el apoyo técnico al proceso ejecutado por los maestrantes.

La declaración manifiesta que la información y los resultados del trabajo de graduación son considerados de carácter público y divulgados por los canales bibliotecarios oficiales de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de El Salvador (**ver anexo 2**).

1.9.3 Viabilidad metodológica

La viabilidad metodológica fue dependiente del dictamen de aprobación sobre los lineamientos establecidos por la Coordinación de la Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad (MASIG) de la Universidad de El Salvador (**ver anexo 3**).

1.10 Dificultades y limitaciones

En la realización del trabajo de graduación se presentaron dificultades (obstáculos que impiden conseguir, ejecutar una acción) y limitaciones (restricción que condiciona un hecho o acción).

Se visualizó la dificultad de sustentar teóricamente el tema de investigación, por falta de antecedentes en Sistemas Integrados de Gestión para Hospitales dedicados a cuidados paliativos, sin embargo, se obtuvo información de instituciones del sector salud.

El desarrollo del trabajo de graduación presentó limitaciones económicas por actividades imprevistas que restringieron los recursos presupuestados, no obstante, se realizó la gestión pertinente para no impedir el logro de objetivos definidos.

Igualmente, se exhibió la limitante en la planificación ya que el personal de enfermería representa el sesenta por ciento de los trabajadores, quienes son asignados en horarios rotativos y fue necesario implementar el uso de las tecnologías de la información para obtener datos e información pertinente a los instrumentos de evaluación.

En relación con lo expuesto anteriormente, en donde se incluyó la descripción del sujeto de estudio, planteamiento del problema y la sistematización, así como los objetivos y variables de investigación que permitieron facilitar la medición de los aspectos considerados como factores intervinientes en la problemática, procedemos a sustentar el conocimiento por medio del marco teórico, fundamental, legal y normativo.

A continuación, procedemos a fortalecer y sustentar el conocimiento por medio del marco teórico que resume la descripción de los antecedentes nacionales e internacionales relacionados a la situación problemática identificada, así como, los conceptos más relevantes que permiten mayor comprensión del estudio, así mismo, se incorporan leyes y reglamentos aplicables que facilitaron el desarrollo de la propuesta sobre el Diseño de un Sistema Integrado de Gestión.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

El marco teórico consiste en “sustentar debidamente el problema en un cuerpo de conocimientos para analizar y exponer aquellos elementos teóricos generales y particulares que se consideren pertinentes para guiar el proceso de investigación” (Rojas, 2013, p. 87), y requiere de la identificación de datos relevantes que soporten las hipótesis y variables identificadas.

El marco teórico presentado contiene un apartado de antecedentes sobre estudios de Sistemas Integrados de Gestión de Calidad y de Seguridad y Salud en el trabajo aplicados a nivel internacional y nacional. Así mismo, una serie de conceptos que definen términos relacionados con las hipótesis y variables, un marco de teoría fundamental y el marco legal donde se contemplan leyes y reglamentos aplicables al tema de investigación.

2.1 Marco de antecedentes

Este apartado incluye referencia histórica relacionada con la problemática y de importancia para la investigación, promueve el aporte de conocimiento y la posibilidad de ampliar el número de datos acerca del diseño de los sistemas integrados de gestión de calidad y seguridad y salud en el trabajo para futuras investigaciones.

A continuación, se plantean algunos ejemplos de trabajos y documentos consultados para dar sustento a este apartado clasificado por antecedentes nacionales e internacionales relacionados con el tema de investigación, es importante acotar que las referencias específicas de la integración de sistemas en el área hospitalaria y sector salud son escasas.

2.1.1 Antecedentes nacionales

Estrada *et al.*, (2018), en el trabajo de graduación “Implementación de un Sistema de Gestión de ISO 9001:2015 para el Proceso de atención de Emergencia Obstétrica del Hospital Materno Infantil Primero de Mayo del ISSS”, describe la necesidad de mejorar la atención médica para obtener resultados rápidos y oportunos.

Los diagnósticos realizados en el Hospital indicaron que la percepción de los usuarios no es favorable y que no satisfacen con las necesidades requeridas.

Las necesidades que principalmente solicitan las mujeres que entran en trabajos de parto y sus familias, igualmente, los procesos de selección de pacientes para ser atendidos no son los indicados para ofrecer atención prioritaria de urgencia.

Por medio de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, se implementó un plan en los procesos, a nivel de planificación e infraestructura en el área de Emergencia Obstétrica del Hospital 1° Mayo, que permitieron mejorar: el enfoque hacia los usuarios, la gestión de toma de decisiones, potencializar el compromiso del personal y operacionalización para el logro de los objetivos.

Las autoridades del ISSS aprobaron implementar la metodología en diez centros asistenciales del área metropolitana y comprobar que los Diseños de Gestión ISO son estándares sin considerar el nivel de complejidad de las instituciones, los resultados indicaron:

- Reducción en tiempos de respuesta de exámenes de laboratorio que disminuyen significativamente de cuatro horas a una hora con treinta minutos.
- Reducción en tiempo de la entrega de medicamentos de farmacia.
- Mejora en el proceso de consulta externa que permite filtrar referencias no correspondientes a especialidades, con la finalidad de generar espacios de citas médicas para otros pacientes.

Calderón y Portillo (2021), en el trabajo de graduación “Diseño de un sistema integrado de gestión de calidad NTS ISO 9001:2015, y de seguridad y salud en el trabajo NTS ISO 45001:2018, aplicado a Ópticas Económicas, casa matriz. San Salvador”, describe el problema organizacional sobre la omisión de seguimiento en actividades pertinentes al personal, proveedores, entrega de productos y cumplimiento de requisitos legales y normativo de obligatorio cumplimiento.

Lo que representó el estudio del diseño fue el aseguramiento de aspectos en la planificación, eficiencia de los procesos, disposición de recursos, aseguramiento de las condiciones laborales, identificación y control de los riesgos, a partir de la detección de oportunidades que aporten cumplimiento del marco legal aplicable en la organización.

Laínez y Lazo (2021), en la tesis titulada “Diseño de un sistema integrado de gestión de calidad (NTS ISO 9001:2015), y seguridad y salud en el trabajo (NTS ISO 45001:2018); aplicado a Quimex, S.A de C.V., San Salvador.”, detallan que las regulaciones aplicables a empresas del sector farmacéutico, rubro al que pertenece el sujeto de investigación, se actualizan y cambian principalmente para asegurar la incorporación de las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM).

Se determinó que el grado de cumplimiento legal referente las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) y requisitos legales de seguridad y salud en el trabajo son aceptables, sin embargo, se identifica la oportunidad de mejorar el desempeño por medio de un sistema integrado, debido a la necesidad de incursionar en nuevos mercados y aumentar la satisfacción de los clientes, optimizar las condiciones laborales y gestionar las actividades de salud de los trabajadores.

La investigación describe los beneficios con el diseño de un sistema integrado de gestión en calidad y seguridad y salud en el trabajo entre ellas: aceptación por nuevos nichos, aumento productivo, logro de objetivos, detección de oportunidades, establecimiento de sistema documental preciso, simple y completo, mejorar el involucramiento del personal y las condiciones de trabajo.

2.1.2 Antecedentes internacionales

Cabero *et al.*, (2018), autores del artículo de investigación “La experiencia de implantar la norma ISO 9001:2015 para certificar una unidad hospitalaria de urgencias pediátricas”, describen las acciones sometidas para la implementación de un sistema de calidad para mejorar la calidad del servicio de la institución.

El proyecto inició con la incorporación de protocolos médicos y de enfermería constituidos por indicadores de calidad medibles y se incluyen los registros para el control de riesgos, de esta manera determinar la probabilidad de ocurrencia y las acciones de prevención y mitigación.

El proceso de certificación con el estándar ISO 9001: 2015 les condujo hacia un cambio positivo en la expresión, lenguaje y acción del hospital, así mismo, consiguen establecer un sistema documental que genere trazabilidad y homogeneidad en la atención de pacientes.

Cabero *et al.*, (2018), concluyen que la certificación ISO 9001:2015 mejoró la imagen y prestigio de la Unidad y trasciende desde las relaciones del equipo sanitario, el clima laboral hasta procedimientos de atención de pacientes pediátricos de acuerdo con protocolos estandarizados, a través de los requisitos de la norma internacional.

Rodríguez (2022), realizó el tema de investigación: “Diseño e implementación de un sistema integrado de gestión en una empresa privada de servicios de salud de atención ambulatoria bajo los estándares de la norma ISO 9001:2015, ISO 45001:2018 e ISO 14001:2015, para incrementar la productividad”.

En el que identificaron diversos factores que afectan la productividad del personal debido a la demora en la revisión y aprobación de documentos, a la falta de reconocimiento y motivación, metodologías no aptas para la capacitación del personal y actividades sin seguimiento o indicadores no adecuados para el control de los procesos.

Con el diseño e implementación del sistema integrado propuesto modificaron el mapa de procesos y se estableció el sistema documental que permitió reducir el tiempo de aprobación de documentos y tener acceso a la información en tiempo real.

Las medidas de prevención y control de riesgos ocupacionales fueron implementadas en cada área de la institución, actividad que conlleva a minimizar la probabilidad de ocurrencias de accidentes de trabajo de acuerdo con el índice de accidentabilidad trascienda de 1.12% a 0.02%.

Se estableció la política ambiental y la elaboración de matrices de aspectos e impactos ambientales que permitieron mejorar los procesos y optimizaron la gestión medioambiental.

2.2 Marco conceptual

El marco conceptual organiza y desarrolla un conjunto de ideas, definiciones y argumentos teóricos centrales respecto al tema en estudio y para diseñarlo se consideró el planteamiento del problema, las preguntas de investigación, los objetivos, las hipótesis y las variables de medición, con la finalidad de explicar los términos más importantes que se incluyen durante el desarrollo del trabajo de graduación.

- a. **Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos (NTS ISO 9000, 2015, p.25). La calidad es grado de percepción sobre el valor o la satisfacción que una persona otorga en algún producto o servicio.
- b. **Cliente:** Persona u organización que podría recibir o recibe un producto o un servicio destinado a esa persona u organización o requerido por ella (NTS ISO 9000, 2015, p.20). Los clientes buscan satisfacer una necesidad por medio de la adquisición de producto o servicio que es brindado por una empresa o persona.
- c. **Competencia:** Capacidad para aplicar conocimientos y habilidades a fin de lograr los resultados previstos (NTS ISO 9000, 2015, p.33). La competencia permite que una persona se considere idónea para un puesto de trabajo específico.
- d. **Información documentada:** Información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene puede hacer referencia a un sistema de gestión, procesos de operación y registros (NTS ISO 9000, 2015, p.30). La información debe permitir la trazabilidad de cualquier hecho o situación dentro de una organización.
- e. **Mejora:** Actividad para mejorar el desempeño y puede estar relacionada a fortalecer las áreas de oportunidad, o las acciones enfocadas a la eliminación de las causas de no conformidades (NTS ISO 9000, 2015, p.21). La mejora permite aumentar el potencial y generar más valor sobre los productos o servicios que brinda la organización.
- f. **Parte interesada:** Persona u organización que puede, verse o percibirse como afectada por una decisión o actividad, pueden incluirse clientes, propietarios, personal, proveedores, legisladores, socios o sociedad en general (NTS ISO 9000, 2015, p.19).
- g. **Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto y el resultado puede ser un producto, bienes o servicios (NTS ISO 9000, 2015, p.22).
- h. **Requisito:** Necesidad o expectativa establecida generalmente implícita en la práctica común de una organización u obligatoria. Estos pueden ser generados por las diferentes partes interesadas pertinentes o por la propia empresa. (NTS ISO 9000, 2015, p.25)

- i. **Servicio al cliente:** Interacción de la organización con el cliente a lo largo del ciclo de vida de un producto o un servicio (NTS ISO 9000, 2015, p.32). Dicha interacción permite generar confiabilidad y credibilidad en el asesoramiento o asistencia brindada.
- j. **Sistema de gestión:** Elementos de una organización interrelacionados que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos, el alcance puede incluir la totalidad, funciones específicas o secciones de una empresa (NTS ISO 9000, 2015, p.24). Permite la estructuración de procesos para estandarizarlos y optimizar el rendimiento.
- k. **Sistema de gestión de la calidad:** Parte de un sistema de gestión relacionada con términos relativos a la calidad (NTS ISO 9000, 2015, p.24). Los sistemas de gestión de calidad son herramientas que reúnen elementos para asegurar que los productos o servicios cumplan con las necesidades y expectativas de los clientes.
- l. **Sistema de gestión de la calidad. Orientación para la información documentada:** Parte de un sistema de gestión relacionada con el desarrollo y mantenimiento de la información documentada (NTS ISO 10013, 2021, p.1). El contenido de la información debe cumplir los requisitos de las normas de referencia aplicables y requisitos específicos del sector organizacional.
- m. **Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo:** Parte de un sistema de gestión para alcanzar la política de la seguridad y salud en el trabajo, los resultados previstos conforman la prevención de lesiones o deterioro de la salud a los trabajadores y el otorgamiento de lugares de trabajo seguros y saludables. (NTS ISO 45001, 2018, p.4)
- n. **Sistema integrado de gestión:** resultado del proceso de integración de requisitos de múltiples estándares de sistemas de gestión en una gestión singular dentro de una organización (International Organization for Standardization, 2018, p.6). Integrar sistemas de gestión permite combinar elementos particulares para estandarizar y sincronizar las operaciones ejecutadas por una organización.

2.3 Marco de teoría fundamental

El proceso de fundamentación teórica inicia en conjunto con el planteamiento del problema y formulación de los objetivos y equivale a sustentar debidamente la problemática en un cuerpo de conocimientos teóricos fundamentados y comprobables.

De acuerdo con Rojas (2013), este apartado requiere “analizar y exponer elementos teóricos generales y particulares que se consideren pertinentes para guiar la investigación” (p.87).

A continuación, se presentan distintas temáticas consultadas en fuentes bibliográficas, citadas y relacionadas con la problemática planteada sobre atención médica, servicios hospitalarios y Sistemas Integrados de Gestión de Calidad y de Seguridad y Salud en el trabajo.

2.3.1 Calidad de atención en salud

El sector salud ocupa un lugar protagónico en el proceso de mejoramiento de la calidad de vida de la población, de acuerdo con la Organización Mundial para la Salud² (2020) la calidad en la atención se define como:

El grado que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales, a través de la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación, e implica la medición y mejora continua mediante la prestación de una atención que incluya necesidades y expectativas de los usuarios.

Los centros de salud deberán integrarse con personal médico cualificado y competente, mecanismos de financiación que posibiliten y fomenten una atención de calidad, medicamentos y dispositivos o tecnologías reguladas, disponibles e inocuas. La Organización Mundial para la Salud (2020) describe los atributos relativos a la calidad en atención médica en salud y se presentan a continuación:

- **Seguros:** Evitarán lesionar a las personas a las que dispensen atención.

² La Organización Mundial para la Salud (OMS) entró en vigor el 7 de abril de 1948 como la autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional en el sistema de las Naciones Unidas.

- **Centrados en la persona:** Atención de acuerdo con las necesidades de los pacientes.
- **Oportunos:** Reducirán los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales, tanto para los que reciben la atención como para los que la prestan.
- **Equitativos:** Dispensarán una atención que no discrimine sexo, edad, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política.
- **Eficientes:** maximizan los beneficios de los recursos disponibles.

En El Salvador el Ministerio de Salud (MINSAL) es el Organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud.

Por medio de colaboración con ministerios, instituciones públicas y privadas y grupos de profesionales de salud elaboran proyectos de ley y reglamentos en materia de salud y asistencia social que permiten implementar acciones de promoción, prevención, protección y rehabilitación de la salud de los habitantes.

2.3.2 Ciclo de mejora continua (PHVA)

La mejora continua es una actividad recurrente destinada a aumentar la capacidad de una organización para cumplir los objetivos y las metas estratégicas.

El ciclo Planificar, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA)³, es un modelo que permite asegurar que los recursos se gestionen y sostengan en todos los procesos de una organización. **(Ver figura 5)**

Zapata (2015), menciona, “el círculo Deming⁴ contribuye a la ejecución de los procesos de forma organizada y permite la comprensión de la necesidad de ofrecer altos estándares en los productos y servicios” (p.14 y 15) y relata las cuatro fases que lo componen:

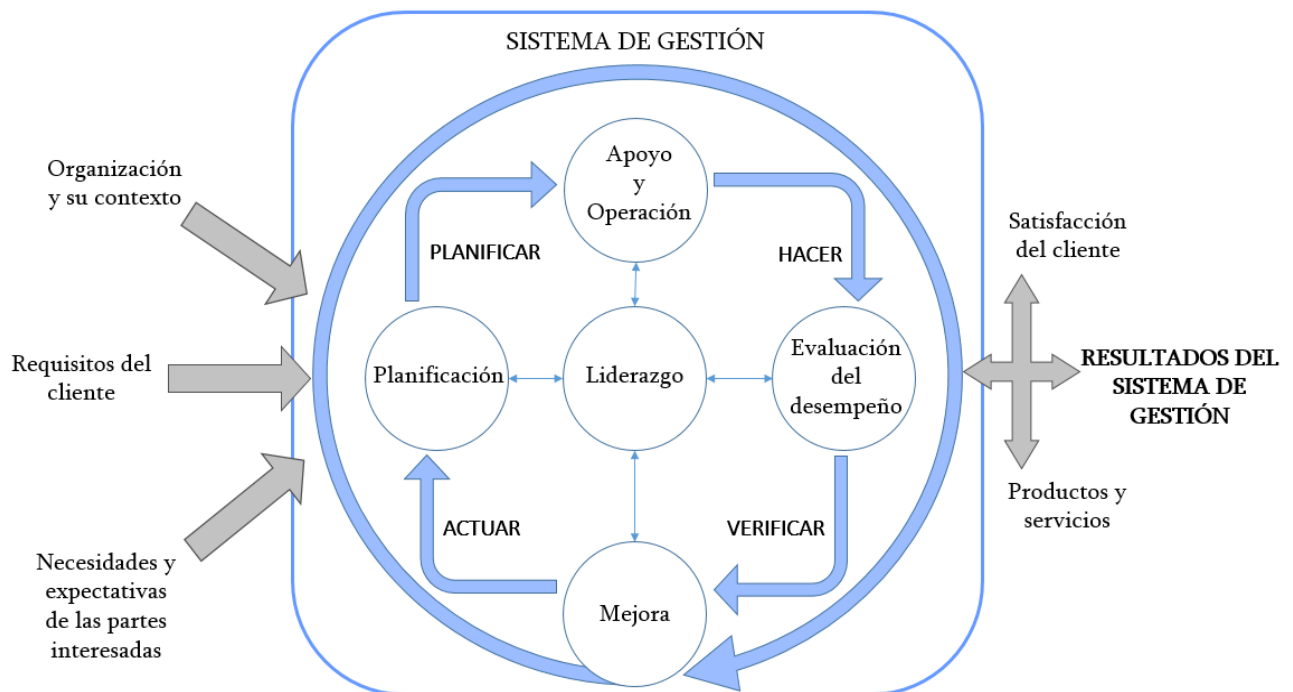
- **Planificar:** Identificar el problema y se determinan las políticas, los objetivos y los procesos necesarios para alcanzar los resultados de la organización.

³ Ciclo PHVA debe su nombre a las iniciales y también se le conoce como ciclo PDCA (Plan, Do, Check y Act) o ciclo Deming.

⁴ El ciclo de mejora continua es una metodología planteada inicialmente por Walter Shewhart y trabajada por William Edwards Deming en 1950

- **Hacer:** Requiere de la implementación de los procesos y acciones de acuerdo con lo planificado en la fase anterior.
- **Verificar:** Observar los resultados para monitorear y evaluar los procesos, productos y servicios, para realizar el seguimiento y confirmar que las actividades se ejecutaron conforme con la planificación.
- **Actuar:** Analizar los resultados obtenidos para tomar acciones de mejora continua.

Figura 5. Ciclo Planificar, Hacer, Verificar y Actuar.



Fuente: Elaboración propia, a partir de la representación del ciclo PHVA de la norma NTS ISO 9001:2015.

2.3.3 Normas internacionales ISO

La Organización Internacional de Normalización en inglés International Organization for Standardization (ISO)⁵ Es una organización independiente y no gubernamental establecida en Londres desde 1946 como una red global conformada por expertos y profesionales dedicados a la formación de normas de carácter internacional.

⁵ La ISO contribuye a todos los objetivos de desarrollo sostenible, adoptados por la Organización de las Naciones Unidas en 2015 como un llamamiento universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas disfruten de paz y prosperidad

Una Norma Internacional “es un documento desarrollado mediante el consenso de expertos de muchos países, aprobado y publicado por un organismo reconocido mundialmente, comprende reglas, pautas, procesos o características que permiten lograr el mismo resultado una y otra vez”. (Comisión Electrotécnica Internacional, 2024)

Las normas ISO son “el resultado de acuerdos internacionales que describen la mejor manera de realizar actividades relacionadas a la fabricación de un producto, gestión de un proceso, prestaciones de servicios” (International Organization for Standardization, 2024).

La aplicación de los estándares internacionales ISO permite la incorporación de elementos que aseguran el futuro de una organización y los beneficios que se obtienen son sustanciales, los cuales se mencionan a continuación: (International Organization for Standardization. 2024).

- Las normas ISO garantizan a los consumidores seguridad, confianza y buena calidad de los productos o servicios que se brindan.
- Ayudan a las empresas de cualquier tamaño y sector comercial para aumentar la productividad y acceder a nuevos mercados.
- Contribuyen en el cumplimiento de requisitos reglamentarios a menor costo y se favorece el acceso al mercado mundial
- Reducen los costos en todos los aspectos del negocio.
- Proporcionan herramientas esenciales para reducir las barreras al comercio internacional

2.3.4 Normas Técnicas Salvadoreñas (NTS)

El Organismo Salvadoreño de Normalización (OSN) forma parte del Sistema Salvadoreño para la Calidad, que tiene como objetivo integrar la infraestructura nacional de la calidad, encargada de desarrollar, fortalecer y facilitar la cultura de calidad, así como, contribuir a proteger los derechos de los consumidores para garantizar la seguridad y calidad de los productos.

El OSN es responsable de elaborar, actualizar, adoptar, adaptar, derogar y divulgar normas que faciliten la evaluación de conformidad y proveer bases para mejorar la calidad de los productos, procesos y servicios. (Ley de creación del sistema salvadoreño para la calidad, 2011, p.9)

Para el establecimiento de Normas Técnicas Salvadoreñas (NTS), el OSN “emplea como marco de referencia normas, directrices o recomendaciones establecidas por las Organizaciones Internacionales”. (Ley de creación del sistema salvadoreño para la calidad, 2011, p.6)

2.3.5 Sistema de Gestión de la Calidad NTS ISO 9001:2015

El sistema de gestión de la calidad en una organización “es una decisión estratégica que permite mejorar el desempeño global y proporciona una base sólida para las iniciativas de desarrollo sostenible” (NTS ISO 9001, 2015, p.9)

La NTS ISO 9001:2015 es una norma técnica basada en siete principios, los cuales son: “enfoque al cliente, liderazgo, compromiso de las personas, enfoque a procesos, mejora, toma de decisiones y gestión de las relaciones”. (International Organization for Standardization, 2024)

Los procesos de integración de dichos principios son aplicables a organizaciones de diferentes rubros y tamaños. Así mismo, se puede disponer de herramientas y elementos que permitan adoptar una cultura de calidad, entre los cuales se mencionan:

Manual de calidad, objetivos de calidad, estructura organizativa y responsabilidad, gestión de datos, procesos internos, satisfacción del cliente, oportunidades de mejora e instrumentos de calidad para medir los avances. (International Organization for Standardization, 2024)

La norma emplea: “el enfoque a procesos, el ciclo planificar, hacer, verificar, actuar (PHVA) y el pensamiento de riesgos” (NTS ISO 9001, 2015, p.9), que permiten fortalecer la capacidad de generar productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales, abordar los riesgos y la capacidad de demostrar la conformidad.

2.3.6 Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional ISO 45001:2018

El propósito principal de aplicar la norma ISO 45001:2018 es prevenir enfermedades y lesiones causadas por las condiciones de trabajo, además de proporcionar protección o promoción de la salud de los trabajadores independientemente de las actividades, funciones responsabilidades, asignaciones, sector o rubro de la organización.

La NTS ISO 45001:2018, es una guía práctica que puede ser usada por cualquier empresa sin importar la naturaleza o tamaño y sirve para diseñar, implementar o mantener un sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, además de ser útil para eliminar los peligros y minimizar los riesgos relacionados al bienestar del trabajador.

La NTS ISO 45001:2018 determina que para lograr los resultados previstos referentes a salud y seguridad ocupacional intervienen de varios factores clave, entre ellos:

El liderazgo, compromiso, responsabilidades y la rendición de cuentas de la alta dirección, la comunicación, la consulta y la participación de los trabajadores, la asignación de recursos, las políticas de la SST, la evaluación continua del desempeño, los objetivos de la SST y el cumplimiento con sus requisitos legales. (NTS ISO 45001, 2018, p. vii - viii)

La norma emplea: “el ciclo planificar, hacer, verificar, actuar (PHVA), como enfoque del sistema de gestión de seguridad y salud ocupacional para lograr la mejora continua de la organización”. (NTS ISO 45001, 2018, p. viii)

2.3.7 Sistemas Integrados de Gestión

Maldonado (2018), define un Sistema Integrado de Gestión como “una plataforma para unificar sistemas de gestión de una organización en distintos ámbitos para ser conformados en uno solo e implica heredar los elementos valiosos ya incorporados en sistemas parciales hacia prácticas más flexibles que agrupen dos o más enfoques” (p.108-109).

La implementación de SIG está alineada con la adopción de normas diseñadas por organismos internacionales⁶ y el grado real de la integración que cada organización alcance dependerá de la estructura, naturaleza de las actividades y objetivos estratégicos. Los modelos normativos de sistemas de gestión cuentan con principios comunes que se comparten al conformar un sistema integrado. Maldonado (2018, p.113) los menciona:

- Filosofía planificadora ejemplificada por un ciclo PHVA
- Compromiso por la dirección para toma de decisiones
- Participación de las partes interesadas de la organización

⁶ Organizaciones no gubernamentales por ejemplo ISO, IEC, OHSAS.

- Orientación hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas de grupos de interés
- Enfoque con pensamiento fundamentado en riesgo extendido a todos los productos (en todo su ciclo de vida), procesos y servicios
- Búsqueda de la mejora continua

Los esfuerzos que implican los Sistemas Integrados de Gestión (SIG) se orientan hacia la erradicación de duplicaciones costosas para el despliegue independiente de cada estándar que garantice el desarrollo integrador y compatible de los sistemas de gestión, de tal manera que logren satisfacer los requisitos de todos los grupos de interés de la organización.

2.3.8 Adendas de las normas de sistemas de gestión

Las normas ISO relativas a Sistemas de Gestión agregan un apartado en el requisito 4.1 (*contexto de la organización*) y una nota en el requisito 4.2 (*comprensión de las necesidades y expectativas*), que incluyen acciones relativas al cambio climático. (IAF/ISO, 2024, p.2)

2.3.9 Beneficios de los sistemas integrados de gestión

La integración de sistemas de gestión tiene una serie de ventajas alusivas hacia la organización del trabajo, optimización de los recursos y al ahorro en costes. Maldonado (2018, p.113), establece de manera puntual los beneficios de un SIG, los cuales se mencionan a continuación:

- Aumento de la eficacia y eficiencia en la gestión de sistemas por la sinergia entre ellos, a través de diferentes enfoques⁷
- Simplificación de la documentación y gestión documental.
- Reducción de costos debido a la repercusión sobre los costos operativos.
- Optimización de la formación del personal por medio de la integración de procesos.
- Mejora de la percepción y de la implicación del personal en los sistemas de gestión.
- Mejora la capacidad de reacción de la organización frente a las nuevas necesidades o expectativas de las partes interesadas.
- Mejora de la comunicación interna y externa de la organización.

⁷ Los enfoques que generalmente representan los estándares normativos son: gestión de la calidad, gestión ambiental, seguridad y salud ocupacional, gestión energética, inocuidad de alimentos y seguridad de la información, entre otros.

2.4 Marco legal

Representa una base de leyes y reglamentos que se aplican a un área o sujeto de estudio y que son necesarias para explicar con mayor detalle como la legislación y las regulaciones intervienen en las actividades organizacionales.

El marco legal obligatorio del Hospital Divina Providencia está constituido por:

- **Código de Salud. Decreto No.955 (1988).**

Desarrolla los principios constitucionales relacionados con la salud pública y vigilancia del ejercicio profesional de los representantes que otorgan servicios médicos. El Ministerio de Salud (MINSAL) es el organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la Política Nacional en materia de Salud.

Referencia aplicable: Título I - Capítulo VI - Ejercicio de las Profesiones; Título I- Capítulo VIII: Obligaciones, Derechos y Prohibiciones; Título II- Capítulo II- Sección cincuenta y seis Estadísticas de Salud.

- **Reglamento de estupefacientes, psicotrópicos, precursores, sustancias y productos químicos y agregados. Decreto No.20 (2013).**

Tiene por objeto regular la prescripción facultativa y usos de las sustancias y productos relativos a Estupefacientes, Psicotrópicos, Precursores, Productos y Sustancias Químicas y Agregados, controlar, inspeccionar y fiscalizar los establecimientos autorizados para el uso de sustancias controladas; y prevenir actividades relativas al desvío y uso ilícito de estas.

Compete a la Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS), como autoridad rectora y a la División Antinarco tráfico de la Policía Nacional Civil (PNC). Referencia aplicable: Título III - Capítulo I: De la Prescripción; Título III - Capítulo II: De la Dispensación.

- **Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud. Decreto N°307 (2016).**

Regula los derechos y deberes de los pacientes que soliciten o reciban servicios de salud, así también de los prestadores de servicios en el ámbito público, privado y autónomo. El ente rector es el MINSAL, quien emitirá las políticas para el cumplimiento.

Referencia aplicable: Capítulo IV - Sección 1° - Derechos de los pacientes; Capítulo V - Sección 1° Derechos de prestadores de servicios de salud; Capítulo V - Sección 2° - Derechos de prestadores de servicios de salud; Capítulo VII - Trabajadores de la Salud.

- **Reglamento de la ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud. Decreto No.14 (2019).**

Establece los lineamientos que desarrolla lo preceptuado por la ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud. Ente rector: Ministerio de Salud (MINSAL).

Referencia aplicable: Capítulo IV - Expediente Clínico; Capítulo V - Reglamentos Internos de los prestadores de salud; Capítulo VII- Comité de Ética Asistencial.

- **Ley de medicamentos de El Salvador. Decreto 1008 (2012).**

Aplica a todas las instituciones, que se dediquen a la comercialización, prescripción, almacenamiento, dispensación y evaluación de medicamentos de uso terapéutico.

La Superintendencia de Regulación Sanitaria (SRS) es la autoridad competente para la aplicación de esta Ley. Referencia aplicable: Capítulo III - Prescripción, Dispensación y Receta Médica.

- **RTS⁸ 13.03.01:14 Manejo de los desechos bioinfecciosos (2015).**

Reglamento que establece los requisitos sanitarios a cumplir para quienes por la naturaleza de sus funciones generen, almacenen, transporten, traten y dispongan de desechos bioinfecciosos, definidos como fluidos de pacientes, originados durante actividades de atención a la salud, diagnóstico, tratamiento e investigación que contienen agentes microbiológicos con capacidad de causar infección.

Ente rector: MINSAL. Referencia aplicable: 6. Evaluación de la conformidad - 6.1 Vigilancia Sanitaria - Incisos. 6.1.1 y 6.1.3.

⁸ Los Reglamentos Técnicos Salvadoreños (RTS) son documentos técnicos desarrollados por el Organismo Salvadoreño de Reglamentación Técnica (OSARTEC), quienes se encargan de coordinar la elaboración de reglamentos que cumplan con un plan de protección y fortalecimiento de los sectores productivos de El Salvador.

- **RTS 11.02.02:16 Productos farmacéuticos. Medicamentos para uso humano. Farmacovigilancia (2016).**

Indica los lineamientos para la detección y prevención de reacciones adversas por causa de prescripción o dispensación de medicamentos de uso humano. El MINSAL a través del Centro Nacional de Farmacovigilancia (CNFV) y la SRS coordinarán el cumplimiento.

Referencia aplicable: 6 - Organización - 6.6 Responsabilidades de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud en las acciones de Farmacovigilancia.

- **Código de trabajo. Decreto No.15 (1972).**

El objeto principal es armonizar las relaciones entre patronos y trabajadores, para establecer los derechos, obligaciones y se fundamenta en principios que tienden al mejoramiento de las condiciones de vida de los trabajadores.

Ente rector: Ministerio de Trabajo y Previsión Social (MTPS). Referencia aplicable: Capítulo II - Obligaciones y prohibiciones de los patronos - Sección 1° y 2°; Capítulo III - Obligaciones y prohibiciones de los trabajadores - Sección 1° y 2°.

- **Ley general de prevención de riesgos en los lugares de trabajo. Decreto No.254 (2010)**

Aplicable en todos los lugares de trabajo. Ninguna institución podrá alegar la existencia de un régimen especial para incumplir sus disposiciones. Es competencia del MTPS a través de la Dirección General de Inspección de Trabajo, garantizar el cumplimiento de la ley.

Referencia aplicable: Título II - Seguridad y Salud Ocupacional - Capítulo I y II; Título IV - Capítulo II - Ropa de trabajo, equipo de protección y herramientas especiales; Título V - Condiciones de salubridad; Título VI - Exámenes Médicos.

- **Reglamento de gestión de la prevención de riesgos en los lugares de trabajo. Decreto No.86 (2012).**

Establece los lineamientos que desarrolla lo preceptuado por la Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo. Es competencia del MTPS el cumplimiento. Referencia aplicable: Capítulo VII - Formulación e implementación del programa de gestión de prevención de riesgos; Capítulo VIII - Requerimientos del programa de gestión de prevención de riesgos ocupacionales; Capítulo IX - Política de Seguridad y Salud Ocupacional.

- **Reglamento general de prevención de riesgos en los lugares de trabajo y sus reglamentos Decreto No.89 (2012)**

Tiene aplicación en todos los lugares de trabajo, sean públicos o privados y están obligados a cuidar de su estricta observancia, tanto los empleadores como los trabajadores, para abordar las características de cada puesto de trabajo. Es competencia del Ministerio de Trabajo y Previsión Social (MTPS) garantizar el cumplimiento de este Reglamento.

Referencia aplicable: Capítulo III – Sección II – Equipo de protección personal y Sección III - Señalización de seguridad; Capítulo II - Sección IV - Sistema de prevención de incendios; Capítulo IV -Sección V - Riesgos Biológicos

- **Requerimiento Técnico Administrativo. Centro de Cuidados Paliativos. (2024)**

Herramienta que determina los requisitos para la apertura, funcionamiento o traslado del Centro de Cuidados Paliativos. Es atribución del Consejo Superior de Salud Pública de El Salvador supervisar el cumplimiento. Referencia aplicable: Oferta de servicios; Recursos Humanos; Recursos Materiales; Estructura Física; Documentación.

En resumen, el marco teórico que se ha presentado incluyó una breve descripción de los antecedentes relacionados a la situación problemática identificada, así como, los conceptos y leyes aplicables que facilitaron el desarrollo de la propuesta sobre el Diseño de un Sistema Integrado de Gestión. A través de la investigación y consulta de material bibliográfico que utiliza documentos de diferentes autores que se han formado en universidades nacionales e internacionales, libros, normas de gestión ISO, Reglamentación Técnica Salvadoreña y Centroamericana, que facilitan la comprensión de la problemática y describen alternativas que ayudan a suprimir el problema y lo convierten en oportunidades para el logro de objetivos.

Con la información recopilada y conocimiento adquirido en las diferentes áreas, facilito la elaboración del trabajo de investigación, a través del seguimiento al sujeto de estudio, y como resultado se obtuvo las herramientas que permitieron entre otras cosas determinar el tamaño de la muestra, la recolección de datos, entrevistas al personal clave de la organización, plan de trabajo para recolección de datos, a fin de obtener los resultados que redunden en comprobar las hipótesis planteadas y establecer un diagnóstico de la problemática el cual será ampliado en el Capítulo III. Marco Metodológico de la Investigación.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO, DIAGNÓSTICO Y RESULTADOS

El marco metodológico tiene como finalidad establecer cómo se llevará a cabo la investigación y permite diseñar la estrategia para la obtención de información que dará respuesta a los objetivos planteados. Este capítulo presenta los elementos del proceso y el control de la investigación, es aquí donde se planificó y determinaron las herramientas, actividades y condiciones necesarias para recopilar la información y obtener los resultados que permitieron alcanzar los objetivos, argumentar hipótesis y dar respuestas al problema en estudio.

3.1 Tipo de investigación

El trabajo de graduación se realizó en el marco de una investigación aplicada en el ejercicio profesional de los Sistemas Integrados de Gestión con enfoque en Calidad y Seguridad y Salud en el Trabajo, por lo tanto, el tipo de investigación fue específica y delimitada. No corresponde aplicar técnicas rigurosas o científicas, más bien, se emplean métodos de interpretación y evaluación de los efectos del problema para estudiar con detalle el fenómeno identificado en el Hospital Divina Providencia.

3.2 Enfoque o ruta de la investigación

El proceso de investigación se ajusta con las necesidades, contexto, recursos y planteamiento del problema. Los estudios que utilizan la medición cualitativa y cuantitativa aplican métodos mixtos y Hernández *et al.*, (2014) los definen como:

Procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación que implican recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias de toda la información recolectada y lograr mayor entendimiento del fenómeno estudiado. (p.534)

La ruta de investigación que se utilizó es **mixta**, el enfoque cualitativo se figuró principalmente en los datos obtenidos por medio de entrevistas, revisión y análisis documental e instrumentos afines al método y el enfoque cuantitativo se manifiesta por el análisis estadístico de datos representados de forma gráfica y numérica.

3.3 Alcance o tipo de estudio

Definir el alcance permitió establecer los límites conceptuales y metodológicos del trabajo de graduación, que resultaron de la revisión bibliográfica y de todos los elementos del sujeto de estudio. Los tipos de estudios que se aplicaron en el desarrollo de la investigación son el exploratorio y descriptivo.

- Los **estudios exploratorios** “se emplean cuando se precisa examinar un tema o problema de investigación poco estudiado” (Hernández *et al.*, 2014, p. 91).

La bibliografía referente a Sistemas Integrados de Gestión con enfoque calidad y seguridad y salud en el trabajo en el sector salud a nivel nacional resulta ser limitada, se requiere de la búsqueda de información a nivel internacional, así como de los datos proporcionados por las unidades de análisis seleccionadas para llevar a cabo el estudio.

- Los **estudios descriptivos** “detallan cómo se manifiestan y en qué consisten los fenómenos, contextos y sucesos a la problemática” (Hernández *et al.*, 2014, p. 92).

Se identificaron y describieron propiedades, perfiles, elementos y características del Hospital Divina Providencia que permitieron la caracterización y análisis de hechos para la detección del problema del sujeto de estudio.

3.4 Método de investigación

Los métodos de investigación “son la vía para obtener nuevos conocimientos y responden a las interrogantes de los problemas planteados lo que permite rechazar o aprobar las hipótesis” (Quesada y Medina, 2020, p.3).

El establecimiento de los métodos que contribuyen en una exploración proporcionan la orientación requerida en todos los niveles desde la planificación, ejecución y conclusión del estudio. En la **tabla 2** se describen las metodologías implementadas para atender la naturaleza de la investigación sobre el diseño de Sistemas Integrados de Gestión de Calidad y de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Tabla 2. Métodos de investigación aplicados en la investigación.

Métodos de investigación aplicados en la investigación	
Método	Descripción
Análisis	Procedimiento lógico que consiste en la descomposición de un todo en partes y cualidades, en múltiples relaciones, propiedades y componentes. Esto posibilita estudiar el comportamiento de cada una de estas partes
Síntesis	La síntesis es la operación inversa del análisis, establece la unión o combinación de las partes previamente analizadas y posibilita descubrir relaciones o características generales entre los elementos
Método deductivo	Procedimiento inverso al inductivo sobre el análisis que da lugar al razonamiento para llevar un conocimiento general a lo particular. Parte de un hecho conocido hacia la determinación de causas
Método inductivo	Procedimiento lógico de razonamiento que lleva el conocimiento de cosas particulares a lo más general y refleja los elementos comunes de los fenómenos individuales. Parte de una hipótesis que es necesario demostrar por el análisis de sus componentes

Fuente: Adaptación de Quesada., y Medina (2020, p.6-7, 11-12)

3.5 Diseño Metodológico

Hernández *et al.*, 2014, definen el diseño metodológico no experimental como “un estudio que no considera la manipulación deliberada de variables, únicamente se requiere de la observación de fenómenos en su contexto natural para posteriormente analizarlos” (p.152).

La investigación no contempló la ejecución de experimentos, durante el estudio se observaron las situaciones existentes, lo que indica que el diseño metodológico es **no experimental**, las hipótesis y variables permitieron enunciar las características de los elementos propuestos a estudiar.

3.6 Determinación de población y muestra

La determinación de la población y muestra precisa del diseño y de los objetivos del estudio, Hernández *et al.*, 2014, mencionan: “Toda investigación debe ser transparente, así como estar sujeta a crítica y réplica, y este ejercicio solamente es posible si el investigador delimita con claridad la población estudiada y hace explícito el proceso de selección de su muestra” (p.170)

3.6.1 Unidad de análisis y población

La unidad de análisis “es donde se centra el interés de la investigación, es decir, los participantes, objetos, sucesos o colectividades de estudio que dependen planteamiento y alcance de la investigación” (Hernández *et al*, 2014, p. 172).

Una vez definida la unidad de análisis, se procede a delimitar la población que a estudiar y sobre la cual se pretende generalizar los resultados. La población se sitúa por medio de características de contenido, lugar y tiempo, definiéndose como un “conjunto de los casos que concuerdan con una serie de especificaciones y se constituyen por subgrupos denominados muestra” (Hernández *et al*, 2014, p. 174- 175).

3.6.2 Diseño de la muestra (unidad muestral)

La muestra es “un subgrupo de interés sobre el cual se recolectan datos y su delimitación debe ser con precisión y representativa de la población” (Hernández *et al*, 2014, p. 173).

Flores (2015), menciona que “el muestreo intencionado es un procedimiento que permite seleccionar los casos característicos de la población, y se utiliza en situaciones en la que la población es variable y consecuentemente la muestra es pequeña” (p.113). El estudio utilizó la **muestra intencionada**, es decir no probabilística, por juicio y criterio de los investigadores fueron seleccionadas las muestras representativas de las áreas de la población (ver **tabla 3**).

Tabla 3. Unidad de análisis, población y muestra

Determinación de la unidad de análisis, población y muestra		
Unidad de análisis	Segmentos de la población	Muestra
Hospital Divina Providencia	Dirección General Servicios Médicos Enfermería Licenciados especialistas Servicio Social Hospitalización	Trabajadores: Representaron el 62% de la planta instalada. Pacientes: Representaron la totalidad en un periodo de tiempo*. Es importante mencionar que la condición de salud de los pacientes fue determinante para seleccionar al familiar o cuidador como unidad muestral.
*Dependiente de la capacidad instalada en el periodo de tiempo en el que se aplicaron los instrumentos de recolección de datos		

Fuente: Elaboración propia.

3.7 Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos

La determinación de la población y muestra que constituyen el sujeto de estudio, permitió establecer las técnicas de recolección de datos, las cuales se describen a continuación.

3.7.1 Niveles de información del marco teórico

Rojas, (2013) establece “tres niveles de información que deben integrarse en una visión de totalidad que permita contextualizar correctamente el problema” (p.97). En la **tabla 4** se describe cada nivel del marco teórico aplicado en la investigación.

Tabla 4. Niveles de información del marco teórico

Nivel de información del marco teórico		
Nivel	Descripción	Aplicación
Primero	Implica el uso de teorías generales y elementos teóricos particulares existentes sobre el problema	NTS ISO 9001:2015, (2015). Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos NTS ISO 45001:2018, (2018). Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Requisitos con orientación para su uso.
Segundo	Considera el análisis de la información empírica secundaria proveniente de diversas fuentes	Informes y trabajos de graduación enfocados en el diseño de sistemas integrados de gestión en organizaciones que ofrecen servicios
Tercero	Requiere del uso de información empírica primaria obtenida mediante el acercamiento con la realidad	Información y datos obtenidos por el sujeto de estudio

Fuente: Adaptación de Rojas (2013, p. 97)

3.7.2 Fuentes de información

Las fuentes de información para obtener datos de la investigación son descritas en la **tabla 5**.

Tabla 5. Fuentes de información

Fuentes de Información		
Fuente	Descripción	Aplicación
Primaria	Información obtenida para el propósito de la investigación en el proceso de recolección de datos.	Información transmitida y obtenida por la unidad de análisis
Secundaria	Información recopilada proveniente de fuentes ya existentes o de otras investigaciones anteriores.	Información proveniente de fuentes documentales

Fuente: Adaptación de Galicia y López (2015, p. 119)

Galicia y López (2015) mencionan “la información primaria es adquirida en el momento del estudio, motivo por el cual tiene plazos de obtención lentos. La información secundaria tiene utilidad como fuente para evaluar la calidad de los datos primarios” (p.119).

3.7.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para medir las variables de interés se disponen de múltiples técnicas e instrumentos de recolección de datos, herramientas que “deben reunir tres requisitos esenciales: confiabilidad, validez y objetividad de los resultados” (Hernández *et al.*, 2014, p. 200).

Con el propósito de obtener datos consistentes, coherentes y relevantes al planteamiento del problema se establecieron las siguientes técnicas e instrumentos (ver **tabla 6**).

Tabla 6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas e instrumentos de recolección de datos ⁹		
Fuente	Técnica	Instrumento
Primaria	Encuesta Se recopilaron datos del sujeto de estudio para conocer la magnitud de la problemática	Cuestionario Las preguntas son dirigidas a conocer aspectos específicos de las variables objeto de análisis.
	Entrevista estructurada Las entrevistas fueron dirigidas a los actores claves de la investigación	Guía de verificación o lista de chequeo Instrumento que agrupo aspectos, requisitos o actividades que deberían realizarse.
Secundaria	Sistematización bibliográfica Se analizo la información extraída de fuentes secundarias para complementar los datos de las fuentes primarias	Fichas de referencia Proporcionarán datos bibliográficos provenientes de libros, revistas, leyes, decretos y otros documentos. La información se reporta e incorpora en las citas, lista de referencias y bibliografía.

Fuente: Adaptación de Rojas (2013, p.202-204).

⁹ Las técnicas son los elementos que describen el *A través de qué* se obtiene la información y los instrumentos reflejan el *Con qué* se recopilaron los datos

3.7.4 Prueba piloto de los instrumentos de recolección de datos

Hernández, *et al.*, (2014) definen las pruebas piloto como “una fase que consiste en administrar el instrumento a una pequeña muestra para comprobar pertinencia, eficacia, confiabilidad y la validez inicial de obtención de datos” (p. 210). La guía de verificación del perfil del puesto, guía del cumplimiento del perfil de puesto y el cuestionario de clima organizacional fueron presentados en reunión de trabajo a la Dirección General del Hospital Divina Providencia con la finalidad de identificar hallazgos y conocer la adecuación y comprensión de las interrogantes, a partir de las cuales se realizaron los cambios necesarios para facilitar la interpretación y posterior análisis de los resultados.

3.7.5 Matriz integral metodológica

La matriz integral metodológica detalla la obtención de información primaria y secundaria en relación con los segmentos de la unidad de análisis de la población, variables, métodos, técnicas e instrumentos de la investigación, con la finalidad de sintetizar los elementos metodológicos del estudio y facilitar la comprensión (**ver apéndice 4**).

3.8 Matriz metodológica de consistencia de la investigación

La matriz metodológica de consistencia evidencia la correlación entre cada elemento o fase del estudio realizado, desde el planteamiento del problema, objetivos, hipótesis, operacionalización de variables y diseño metodológico, para integrarlos y visualizar la concordancia de la investigación en el estudio de la problemática (**ver apéndice 5**).

3.9 Tabulación de datos y análisis de la información

La tabulación de datos es “un medio fundamental para implementar el procesamiento de datos y para facilitar su presentación, lo que significa elaborar tablas y listados que permitan agrupar y contabilizar el procesamiento de datos” (Niño, 2019, p.106). El análisis de información es el paso siguiente de la tabulación de datos y requiere de la búsqueda de explicaciones para comprender los resultados obtenidos. Niño (2019) menciona que “analizar es descomponer y examinar las partes de un todo, a fin de reconocer su naturaleza, relaciones y características, que concluye con la síntesis” (p.107).

Los datos obtenidos fueron sometidos al análisis estadístico y presentados en un escrito técnico que incluye tablas, gráficas y descripción de los resultados con el fin de facilitar la interpretación y concluir en los aspectos relativos a la investigación.

3.9.1 Redacción y presentación de resultados

Posterior a la síntesis y análisis de la información obtenida se procede con la redacción de resultados, por lo que es necesario seleccionar el material y estructurar el documento que proporcione orientación sobre elementos teóricos, conceptuales o metodológicos del estudio.

La presentación de los resultados es parte fundamental de la investigación, la exposición requirió de la capacidad para mantener el interés del lector por medio de textos y expresiones gramaticales claras, coherentes y lógicas.

Rojas (2013) declara: "La redacción es un proceso largo y tedioso, el saber exponer las ideas de manera clara, precisa y elegante es una exigencia básica"(p. 360). La investigación se llevó a cabo y se consideró la siguiente estructura:

Capítulo I: Marco Referencial, **Capítulo II:** Marco Teórico, **Capítulo III:** Marco Metodológico, **Capítulo IV:** Propuesta y Plan de Acción, **Capítulo V:** Conclusiones y Recomendaciones, **Referencias bibliográficas, anexos y apéndices.**

Los resultados "son el producto del análisis de datos y compendian el análisis descriptivo que contribuye en la respuesta de las hipótesis y variables" (Hernández, *et al.*, 2014, p.343-344). Este apartado muestra los resultados clasificados por variables y se describen a continuación.

3.9.2 Variable: Cumplimiento de requisitos

Variable que fue evaluada por medio de la técnica entrevista estructurada, se utilizaron como instrumentos de recolección de datos la guía de verificación para los requisitos de la norma NTS ISO 9001:2015, norma NTS ISO 45001:2018 y para los requisitos legales aplicables.

Se entrevistaron a los representantes de la Dirección General del Hospital Divina Providencia quienes respondieron con evidencia y justificación a cada interrogante de los tres instrumentos. Los ítems recibieron una puntuación de acuerdo con los criterios presentados en la **tabla 7**.

Tabla 7. Criterios de evaluación del cumplimiento de normas de referencia y requisitos legales.

Criterios de evaluación del cumplimiento de normas de referencia y requisitos legales		
Criterio	Descripción	Puntaje
A: No cumple	No se evidencia, no se implementa	0 puntos
B: Cumple parcialmente	Se evidencia indirectamente, se implementa indirectamente	5 puntos
C: Cumple	Se evidencia, se implementa	10 puntos

Fuente: Elaboración propia.

Los porcentajes obtenidos y presentados de los tres instrumentos de evaluación fueron calculados por medio de la siguiente fórmula matemática:

$$\text{Porcentaje de cumplimiento de requisitos: } \frac{\text{Cumplimiento de requisitos de la organización}}{\text{Total de requisitos por norma o ley aplicable}} * 100$$

A continuación, se describen los resultados de cumplimiento para los requisitos de manera individual por cada norma de referencia y requisitos legales, con la finalidad de identificar la brecha del sujeto de estudio.

a) NTS ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad

El resultado global indica un 57.4% de cumplimiento, consolidado por medio de entrevistas, evidencias y datos recopilados por cada apartado en la guía de verificación del **apéndice 6**.

Capítulo 4: Contexto de la organización

El porcentaje de cumplimiento es del 45.1%, los resultados demuestran que la institución realiza análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas pertinentes a sus actividades, igualmente, se evidencia la identificación de las partes interesadas, así como la comprensión de sus necesidades y expectativas, pese a no contar con una metodología definida.

La organización mostró conocimiento teórico y práctico no documentado de la interacción de los procesos y las salidas esperadas de sus procesos. Los resultados se reflejan gráficamente en el **apéndice 7**.

Al no contar con un Sistema de Gestión de la Calidad los límites, aplicabilidad y alcance no están definidos. La organización determina que el cambio climático no es una cuestión externa pertinente, al no ser un factor del que dependan las necesidades o expectativas de las partes interesadas por lo que no es aplicable.

Capítulo 5: Liderazgo

Los resultados indican el 46.6% de cumplimiento respecto a los requisitos de este capítulo. Se evidencio la asignación de roles, responsabilidades y autoridades de acuerdo con el manual de funciones de trabajo. La Dirección General coordina el funcionamiento de la institución y delega a los coordinadores la responsabilidad de la operación en las áreas de la institución.

La organización no ha establecido una política de calidad, sin embargo, existe un compromiso para garantizar que se proporcione un excelente servicio a los usuarios, así mismo, se realizan actividades de planificación, elaboración, seguimiento y mejora, que han contribuido a evitar y disminuir resultados indeseados, ver **apéndice 7**. El Hospital Divina Providencia muestra interés promoción de la mejora, compromiso con respecto a las necesidades de los usuarios y organismos reguladores que mantienen el enfoque de aumento de la satisfacción.

Capítulo 6: Planificación

En lo relacionado a este capítulo, se obtuvo un 25.5% de cumplimiento, las actividades de planificación consideran las operaciones, recursos y supervisión. Al valorar el hecho de no contar con un Sistema de Gestión, la planificación no se respalda en el análisis o valoración del riesgo, gestión de cambios y objetivos de calidad, ver **apéndice 7**.

La institución reconoce el propósito de sus funciones e identifica las consecuencias de los cambios, sin contar con una metodología para su gestión se informan, implementan y registran, se realiza la supervisión por medio de la observación para evaluar las nuevas acciones. Dentro de los procesos se implementan acciones que permiten reducir efectos no deseados, entre ellas y al considerar que dependen en cierta medida de donaciones la planificación de compras que realizan permite asegurar las existencias de recursos e insumos por periodos definidos con la finalidad de mantener inventario y demandas cubiertas de los usuarios de la institución.

Capítulo 7: Apoyo

El porcentaje de cumplimiento es del 72.7%. Al ser una institución dependiente de donaciones conocen las capacidades y limitaciones de los recursos internos que se requieren sean estos humanos y materiales, e indispensables para llevar a cabo las actividades organizacionales.

Así mismo, la organización cuenta con perfiles de puesto definidos y en paralelo realiza capacitaciones, especializaciones, evaluaciones técnicas de conocimiento, destrezas y relaciones interpersonales que permiten fortalecer la competencia en relación con la educación, formación, experiencia y toma de conciencia. Se evidencian registros asociados a capacitaciones y mantenimiento de equipos médicos.

La metodología de comunicación interna y externa no está documentada, se han establecido los medios y responsabilidades que deben informar o anunciar los comunicados por niveles jerárquicos. Se evidencia que la información documentada está disponible y protegida de acuerdo con el uso, almacenamiento y disposición, a pesar de no contar con formatos estándares de registros, estos se adecuan a las necesidades de las áreas de operación, ver **apéndice 7**.

Capítulo 8: Operación

Se determinó que la institución alcanza el 89.0% de cumplimiento, evidencian su capacidad para brindar los servicios establecidos en el protocolo que legalmente es aprobado por las entidades reguladoras. La institución pertenece al área cuidados paliativos, por tanto, las actividades recaen mayoritariamente en profesionales médicos y de salud, quienes conocen y practican los procedimientos bajo los requerimientos legales de carácter obligatorio.

La planificación y control de las operaciones se evidencia por las actividades, recursos, responsabilidades y seguimiento establecido que contemplan el cumplimiento de requisitos de los usuarios y partes interesadas. En las operaciones posteriores al servicio hospitalarios se desarrollan programas de acompañamiento y encuentros familiares, que son integrados como necesidades y expectativas no especificados por los usuarios.

Para dar respuesta a las no conformidades manifestadas por las partes interesadas referentes al servicio, se brinda seguimiento y la gestión pertinente de manera extraoficial debido a que no cuentan con un procedimiento de quejas y reclamos que propicie su gestión.

Se evidencio que la planificación de compras se realiza en base a las necesidades de las áreas, aunque no se cuenta con un procedimiento de compras definido, se desarrolla una planificación con periodos definidos para mantener y disponer de los recursos.

Los proveedores son principalmente donadores por lo que el proceso de selección no se establece y la dirección general se encarga de admitir los insumos de acuerdo con los criterios de aceptación y agregarlos a los inventarios correspondientes.

Respecto a la trazabilidad, la institución almacena y dispone de información que evidencia las actividades realizadas que involucran a los usuarios, personal médico, especialistas y otros colaboradores. Así mismo, se demostró la capacidad de los equipos médicos para garantizar el desempeño y seguridad de los usuarios por medio del mantenimiento, verificación y calibración.

La institución no cuenta con procesos de diseño y desarrollo de servicios por lo que no es aplicable los requisitos asociados a esa actividad, ver **apéndice 7**.

Capítulo 9: Evaluación del desempeño

Los resultados indican el 63.2% de cumplimiento a razón de las auditorías internas que realiza el consejo provincial, sobre asuntos financieros y buenas prácticas hospitalarias, se evidencian los informes resultantes y de las supervisiones a los procesos, el programa y plan no se diseña, sin embargo, se asignan los criterios y personal responsable de la participación en las auditorías. Así mismo se comprobó el seguimiento por medio de planes de supervisión de las actividades, que son posteriormente informadas a Dirección General, para verificar los resultados y priorizar las acciones correctivas que valoran los recursos humanos y materiales disponibles.

Las actividades de medición se realizan por medio de guías de observación, evaluaciones del desempeño profesional y de conocimiento teórico practico, encuestas de satisfacción a los usuarios que permiten obtener resultados de la conformidad con los servicios proporcionados y dar seguimiento a las percepciones y necesidades o expectativas, así mismo de las auditorías.

La revisión por la Dirección incluye todos los aspectos relacionados con la prestación de los servicios, medios e insumos para lograrlos y análisis de los procesos de supervisión. No se evalúan indicadores por procesos que detallen información sobre el desempeño. Revisan las acciones relativas a cambios para su posterior implementación, consideran la adecuación de los recursos y las oportunidades de mejora. Resultados se presentan gráficamente en el **apéndice 7**.

Capítulo 10: Mejora

El porcentaje obtenido es del 60.4%, la institución presenta evidencia relacionada con la determinación y selección de oportunidades de mejora aplicados a la infraestructura, competencia del personal y servicio proporcionado. Es importante destacar que sostienen el pensamiento de reducir efectos no deseados, a pesar de no contar con una metodología de gestión de no conformidades y acciones correctivas, se evalúa la capacidad para implementar cambios con los recursos disponibles. Las actividades de seguimiento y medición establecidos por la institución permiten que la Dirección General gestione oportunidades de mejora. Se muestran gráficamente los resultados en el **apéndice 7**.

La **tabla 8** presentan los resultados obtenidos respecto al porcentaje de cumplimiento por capítulo de la norma NTS ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad.

Tabla 8. Porcentaje de cumplimiento de la norma NTS ISO 9001:2015

Porcentaje de cumplimiento de la norma NTS ISO 9001:2015	
Capítulo	Porcentaje de cumplimiento
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	45.1 %
5. LIDERAZGO	46.6 %
6. PLANIFICACIÓN	25.5 %
7. APOYO	72.7 %
8. OPERACIÓN	89.0 %
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	63.2 %
10. MEJORA	60.4 %
CUMPLIMIENTO GLOBAL	57.4 %

Fuente: Elaboración propia.

b) NTS ISO 45001:2018 Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

El resultado global indica un 50.0% de cumplimiento, consolidado por medio de entrevistas, evidencias y datos recopilados por cada apartado en la guía de verificación del **apéndice 8**.

Capítulo 4: Contexto de la organización

El porcentaje de cumplimiento es del 29.2%, las evidencias indican que la organización realiza el análisis del contexto interno y externo en el que se incluyen solo algunos aspectos de seguridad y salud en el trabajo, limitándose a considerar las exigencias de carácter legal y reglamentaria por entes reguladores como elementos prioritarios que constituyen las necesidades de las partes interesadas debido a la naturaleza de sus funciones.

El Hospital mostró conocimiento sobre la importancia, establecimiento y mantenimiento de componentes que permiten la gestión de seguridad ocupacional dentro de la institución, al no contar con un sistema el alcance, los límites y la aplicabilidad no están definidos. La organización considera que el cambio climático no es un factor dependiente de necesidades o expectativas de las partes interesadas, por lo tanto, es un requisito no aplicable, los resultados se muestran gráficamente en el **apéndice 9**.

Capítulo 5: Liderazgo y Participación de los Trabajadores

Se obtiene un 50.7% de cumplimiento, la Dirección General promueve el establecimiento de una cultura basada en prevención de accidentes en los lugares de trabajo y adopta puntos críticos de seguimiento y evaluación en las normas de seguridad e higiene de los procesos que realizan.

Así mismo, la institución ha proporcionado recursos y equipo de protección personal que aseguran las actividades y el cumplimiento del marco legal aplicable. Si bien la política de seguridad y salud en el trabajo no ha sido declarada, la institución se encuentra comprometida con las condiciones de trabajo y proporcionan recursos que resguardan la integridad de los colaboradores y usuarios para eliminar y reducir riesgos ocupacionales, ver **apéndice 9**.

La asignación de responsabilidades mantiene el control y supervisión de las actividades que la institución ha valorado respecto a la seguridad y salud en el trabajo.

El comité de seguridad y salud ocupacional conformado por representantes directivos y trabajadores, las brigadas de evacuación, primeros auxilios y contra incendios están definidos, sin embargo, es pertinente la reactivación con la finalidad de aumentar y promover la participación de los trabajadores.

Capítulo 6: Planificación

Los resultados indican el 36.7% de cumplimiento, la planificación considera la prevención y reducción de efectos no deseados y las valoraciones son estimadas por las actividades, procesos, equipos, maquinaria, requisitos legales e infraestructura del Hospital, lo que permite la determinación de oportunidades de mejora que incluya la cultura organizacional, incidentes, situaciones de emergencia, personal, usuarios, condiciones de trabajo y cambios operativos.

La institución no ha declarado objetivos de seguridad y salud en el trabajo ni metodologías sistemáticas para evaluar los riesgos e identificación de peligros, sin embargo, las operaciones se realizan en base a los criterios de buenas prácticas hospitalarias que promueven el establecimiento de recursos, supervisión y actividades de formación para lograr la mejora en el desempeño sobre accidentes de trabajo, gestión de riesgos, prevención de enfermedades ocupacionales, optimización de procesos y fuerza de trabajo. Ver **apéndice 9**.

Capítulo 7: Apoyo

El porcentaje de cumplimiento es del 77.7% y se evidencia que la institución proporciona el apoyo pertinente para asegurar las condiciones de trabajo que al mismo tiempo reduzcan los riesgos, por ejemplo, el mantenimiento a equipos hospitalarios, entrega de equipo de protección personal, herramientas especiales y equipo de emergencia de protección colectiva.

La organización determina la competencia de los trabajadores por medio de las evaluaciones técnicas y seguimiento de las actividades que realizan, sin embargo, se evidencia la necesidad de incluir medidas educativas y de sensibilización sobre temas de adicción, enfermedades de transmisión sexual, salud mental y reproductiva en el plan de capacitaciones, con la finalidad de fortalecer la toma de conciencia por parte del personal en su contribución hacia el beneficio de seguridad y salud en el trabajo, ver **apéndice 9**.

Los medios de comunicación y responsabilidades son definidos en el manual de funciones de trabajo, pese a no contar con una metodología de comunicación interna, se informa por niveles jerárquicos y por medio del equipo interdisciplinario del Hospital.

En relación con la información documentada, no cuentan con formatos de registros, versiones y métodos de actualización, pero se diseñan de acuerdo con las necesidades de los servicios y disponen de planes de mantenimiento, bitácoras, instructivos de trabajo, resultados de exámenes médicos y procedimientos basados en las buenas prácticas hospitalarias y de manejo de desechos que ratifican las medidas referentes a seguridad y salud en el trabajo.

Capítulo 8: Operación

Los resultados indican el 48.9% de cumplimiento, el Hospital incluye en algunos de los procesos criterios, recursos y actividades de seguimiento que respaldan las consideraciones de seguridad y salud en el trabajo. El procedimiento para la eliminación de peligros y la reducción de riesgos no se ha definido, sin embargo, se evidencia el compromiso y esfuerzo para su gestión por medio del control de infecciones en la atención sanitaria, plan de precaución universal de sangre, señalización, mantenimiento de extintores y otros quipos, listado de sustancias químicas, programa de exámenes médicos, plan de supervisión del equipo de protección personal.

En cuanto a los controles de ingeniería utilizados se evidencian por la señalización en la mayoría de las zonas de circulación, escaleras, salidas de emergencia, puntos de encuentro, instrucciones en casos de sismos e incendios y rutas de evacuación.

Los planes de emergencia, contingencia y programa de gestión de riesgo se mantienen disponibles, pero requieren de actualización, así mismo se evidencia el registro de la realización de simulacros de evacuación, ver **apéndice 9**.

La institución no ha definido un procedimiento estandarizado de compras, sin embargo, se realizan acorde a las especificaciones de los requisitos legales en cuanto a la proporción de equipo de protección personal, maquinaria, equipos médicos y sustancias químicas reguladas, es necesario acotar que el Hospital realiza las compras en periodos definidos.

Capítulo 9: Evaluación del desempeño

La institución obtiene el 50.2% de cumplimiento, las actividades de seguimiento y evaluación se han aplican sobre algunos de los procesos para controlar las intervenciones en seguridad y salud en el trabajo, pese a no contar con objetivos e indicadores de desempeño, se evidencia el registro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales por medio de actas, así mismo, mantienen los certificados correspondientes a exámenes médicos requeridos por la ley.

El Hospital no ha definido programas y planes de auditoría, pero realiza inspecciones y consideran dentro de los criterios de evaluación el empleo del equipo de protección personal, ropa de trabajo, herramientas especiales y medios técnicos de protección colectiva. Los resultados se registran en actas, las cuales son presentadas a la Dirección General quienes toman acciones relativas a la mejora de las condiciones de trabajo, adecuación de recursos, cumplimiento de requisitos legales o cambios para abordar no conformidades identificadas, los resultados se muestran gráficamente en el **apéndice 9**.

Capítulo 10: Mejora

Los resultados indican un 56.4% de cumplimiento, fundamentado en las mejoras relacionadas a las exigencias reglamentarias y acciones para disminuir los incidentes, causas y no conformidades. La Dirección General diseña propuestas de mejora que incluya condiciones de trabajo, ambiente laboral y equipo de protección personal con la finalidad de garantizar las buenas prácticas de seguridad ocupacional.

El Hospital valora las oportunidades de mejora sobre las actividades y procesos que se realizan, pese a no contar con una metodología definida para gestionar los incidentes y las no conformidades reúne esfuerzos para gestionar recursos que permitan reaccionar de manera oportuna ante ellos y evitar consecuencias sobre los usuarios, ver **apéndice 9**. Se evidencian actas como registros de las mejoras sobre infraestructura, actividades de esparcimiento y capacitaciones que promueven la mejora continua en seguridad y salud en el trabajo.

La **tabla 9** presentan los resultados obtenidos respecto al porcentaje de cumplimiento por capítulo de la norma de referencia NTS ISO 45001:2018 Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Tabla 9. Porcentaje de cumplimiento de la norma NTS ISO 45001:2018

Porcentaje de cumplimiento de la norma NTS ISO 45001:2018	
Capítulo	Porcentaje de cumplimiento
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	29.2 %
5. LIDERAZGO Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES	50.7 %
6. PLANIFICACIÓN	36.7 %
7. APOYO	77.7 %
8. OPERACIÓN	48.9 %
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	50.2 %
10. MEJORA	56.4 %
CUMPLIMIENTO GLOBAL	50.0 %

Fuente: Elaboración propia.

La información obtenida y la metodología de evaluación para determinar el grado de cumplimiento sobre los requisitos de las normas de referencia indican la principal fortaleza sobre el capítulo 7 Apoyo, con resultados para NTS ISO 9001:2015 del 72.7% y NTS ISO 45001:2018 del 77.7% y señalan que la estructura organizacional está orientada hacia los recursos, competencia, toma de conciencia, comunicación e información documentada que permiten alcanzar las expectativas de los usuarios y trabajadores de la institución sobre el servicio que se proporciona y las condiciones ambientales en las que se labora.

Los resultados son comparables con los obtenidos en la investigación realizada por Laínez y Lazo (2021), quienes declaran que las operaciones y control de actividades en Laboratorios Quimex S.A. de C.V., se sostiene por el cumplimiento de los elementos que constituyen los recursos en el mantenimiento de la gestión de calidad, seguridad y salud en el trabajo.

El Hospital Divina Providencia obtiene datos similares al comparar ambas normas en cuestión, con un porcentaje de cumplimiento global para NTS ISO 9001:2015 del 57.4% y NTS ISO 45001:2018 del 50.0%. Con la finalidad de optimizar y lograr mejores resultados presentamos una propuesta de política integrada, metodologías e instructivos que permitirán analizar el contexto, interno y externo, evaluar y analizar los riesgos, estandarizar instrumentos, instrucciones, fichas y mecanismos de operación, verificación, seguimiento y medición que sean coherentes con las funciones o actividades que realiza la institución.

c) Cumplimiento legal

Durante la investigación se determinaron las leyes aplicables a la naturaleza y tipo de institución sujeto de estudio. La metodología de recolección de datos se asemeja con lo realizado en el trabajo de investigación de Calderón y Portillo (2021), autoras que evaluaron el cumplimiento de la regulación de Ópticas Económicas, por medio de una lista de chequeo referente al ejercicio profesional y calidad, así como de seguridad y salud en el trabajo.

La **tabla 10** muestra la evidencia del cumplimiento de los principales requisitos legales evaluados por medio de la guía de verificación del **apéndice 10**.

Tabla 10. Resultados del cumplimiento para requisitos legales aplicables al HDP

Resultados del cumplimiento para requisitos legales aplicables al HDP	
Ley o Reglamento Aplicable	Evidencia del cumplimiento
Decreto 955. Código de salud	Se comprobó que la institución cuenta con profesionales autorizados por la junta de vigilancia respectiva al ejercicio de cada profesión para la prescripción, elaboración, administración, aplicación, diagnóstico y tratamiento. Así mismo se evidencian los certificados de buenas prácticas de preparación y manipulación de alimentos del personal de cocina.
RTA. Centro de cuidados paliativos	La institución selecciona un representante como Regente Médico con especialidad en cuidados paliativos. Así mismo, demuestran cumplir con los procedimientos médicos, protocolo farmacológico y lineamientos para el control de salud requeridos por el Requerimiento Técnico Administrativo.
Decreto 20. Reglamento de estupefacientes, psicotrópicos, precursores, sustancias y productos químicos y agregados	El permiso correspondiente para el uso, manejo y control de estupefacientes y psicotrópicos es vigente. Cuentan con un Regente Farmacéutico como representante, encargado de la gestión y manejo de medicamentos por medio del Sistema de Control y registros en los recetarios.

Tabla 10. Resultados del cumplimiento para requisitos legales aplicables al HDP (Continuación)

Resultados del cumplimiento para requisitos legales aplicables al HDP	
Ley o Reglamento Aplicable	Evidencia del cumplimiento
Decreto 307. Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud y Decreto 14. Reglamento para su cumplimiento	Representantes del comité de ética asistencial constituido por un equipo interdisciplinario que apoya, asesora y participa en las decisiones clínicas y mejoras de la atención. Se evidencia que cuentan con registros del consentimiento informado para constar la atención médica, así mismo de métodos de resguardo y protección de los expedientes clínicos.
Decreto 1008. Ley de medicamentos	Se evidencia que los medicamentos son prescritos únicamente por profesionales médicos indicando la información requerida por la ley en los recetarios para tal fin.
RTS 13.03.01:14. Manejo de los desechos bioinfecciosos	La institución cuenta con un proceso para el manejo, control y ruta de traslados de los desechos hospitalarios. La empresa que se encarga de la recolección se encuentra registrada y autorizada por el Ministerio de Medio Ambiente. Así mismo, internamente el personal conoce y se observa la utilización de equipo de protección personal para el manejo de desechos bioinfecciosos, los coordinadores de áreas verifican y supervisan que las actividades se realicen con el equipo de protección necesario.
RTS 11.02.02:16. Productos farmacéuticos. Medicamentos para uso humano. Farmacovigilancia.	La institución selecciona un representante como Referente de Farmacovigilancia, quien gestiona el mecanismo de vigilancia de la seguridad de los medicamentos con el apoyo del equipo interdisciplinario se realiza la investigación pertinente en casos de sospecha de riesgo para la salud de los pacientes.
Código de trabajo	Se evidencia el cumplimiento de los lineamientos referentes a contratos laborales, pagos, descansos, licencias, prestaciones y remuneraciones conforme a lo requerido por la ley.
Decreto 254. Ley general de prevención de riesgos en los lugares de trabajo	La institución proporciona equipo de protección personal para la ejecución de sus actividades, así mismo, gestionan el buen funcionamiento de los equipos para prevenir riesgos por medio de planes de mantenimiento, revisión y limpieza. Los programas de gestión de prevención de riesgos requieren actualización.
Decreto 86. Reglamento de gestión de la prevención de riesgos en los lugares de trabajo	La institución está equipada con extintores, equipo de rescate y evacuación, así mismo, el área destinada para el almacenamiento de insumos químicos permanece limpia, ventilada e iluminada. Las instalaciones en su mayoría se encuentran señalizadas. La Dirección General resguarda información relativa a los sucesos considerados como accidentes de trabajo. El comité de seguridad ocupacional, las capacitaciones en materia de salud mental física y mental, mapas de riesgos y programa de gestión de riesgos requieren actualización.
Decreto 89. Reglamento general de prevención de riesgos en los lugares de trabajo	

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados indican **82.5%** de cumplimiento global de los requisitos legales evaluados, gráficamente se muestran en el **apéndice 11**.

El funcionamiento del Hospital se ampara con permisos, certificaciones y licencias emitidas por las autoridades competentes, documentos que acreditan las operaciones de manera legal. Es importante mencionar que la institución se encuentra en un período de actualización en lo que se refiere a seguridad y salud en el trabajo.

Las normas NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018, reúnen requisitos que incluyen el cumplimiento legal, al integrarlas por medio de un Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad en el Trabajo proporcionaría una base sólida para alinear y sistematizar la regulación de manera efectiva, así mismo, la adopción de la propuesta por el Hospital Divina Providencia permitirá mejorar la gestión de recursos y se aseguraría la proactividad ante las autoridades competentes.

3.9.3 Variable: Información documentada

Variable que fue evaluada por medio de la técnica entrevista estructurada, se utilizaron como instrumentos de recolección la guía de verificación documental de la norma NTS ISO 9001:2015 (ver **apéndice 12**) y de la norma NTS ISO 45001:2018 (ver **apéndice 13**). Los ítems recibieron una puntuación de acuerdo con los criterios presentados anteriormente en la **tabla 7**.

Los porcentajes obtenidos fueron calculados por medio de la siguiente fórmula matemática:

$$\text{Porcentaje de documentos conformes: } \frac{\text{Documentos existentes}}{\text{Documentos conformes segun las normas de referencia}} * 100$$

Los resultados indican cumplimiento del **59.7%** para los requisitos establecidos por la norma NTS ISO 9001:2015. La naturaleza de las actividades del Hospital requiere de la existencia de documentos que permitan la trazabilidad de los resultados y respaldo en las funciones que realizan por medio de procedimientos, actas, memorias, planes de trabajo, planes de supervisión, expedientes médicos, recetarios y sistema de control de medicamentos, bitácoras, planes de mantenimiento de equipos médicos, certificados de autorización legal, registros de capacitaciones y resultados de auditorías internas.

Al considerar que la institución no posee un Sistema de Gestión de la Calidad no se evidenciaron documentos asociados al alcance del sistema, política y objetivos de calidad.

Así mismo, mostraron que las aproximaciones para el análisis de contexto, análisis de riesgo, estructura documental, controles de cambio, quejas y reclamos, gestión de no conformidades y acciones correctivas, se realizan por medios no sistemáticos o metodologías en proceso de establecimiento y actualización. En cuanto a los requisitos establecidos por NTS ISO 45001:2018 los resultados indican cumplimiento del **48.1%**. Se evidencian documentos que pueden adaptarse a los requisitos de la norma en cuestión, entre ellos, registros de las evaluaciones para determinar la competencia del personal, responsabilidades, recursos, planes de contingencia, bitácoras, actas de auditorías internas y supervisiones relativas a seguridad y salud ocupacional. Además, la legislación aplicable permite que la institución cuente con información y programas de funcionamiento para la prevención de riesgos y se incluyen planes de contingencia, evacuación, hojas de seguridad de sustancias, registros y control del manejo de desechos sólidos hospitalarios, pese a no contar con metodologías o procesos estandarizados, el Hospital Divina Providencia reconoce la importancia actualizar e implementar elementos primordiales como el alcance, política y objetivos que permitan la gestión de la seguridad y salud en el trabajo. La **tabla 11** muestra los datos obtenidos del cumplimiento a nivel documental requeridos por los estándares de referencia NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018. El **apéndice 14** detalla gráficamente los resultados por capítulo.

Tabla 11. Porcentaje de cumplimiento a nivel documental.

Porcentaje de cumplimiento documental			
NTS ISO 9001:2015		NTS ISO 45001:2018	
Capítulo	% Cumplimiento	Capítulo	% Cumplimiento
4. Contexto de la organización	33.3%	4. Contexto de la organización	0.0%
5. Liderazgo	50.0%	5. Liderazgo y participación de los trabajadores	25.0%
6. Planificación	0.0%	6. Planificación	33.3%
7. Apoyo	75.0%	7. Apoyo	66.7%
8. Operación	84.4%	8. Operación	75.0%
9. Evaluación del desempeño	75.0%	9. Evaluación del desempeño	70.0%
10. Mejora	100.0%	10. Mejora	66.7%
CUMPLIMIENTO GLOBAL	59.7%	CUMPLIMIENTO GLOBAL	48.1%

Fuente: Elaboración propia.

Es importante destacar que se obtuvo menor brecha documental entre los requisitos de la NTS ISO 9001:2015 con la NTS ISO 45001:2018. Sin embargo, se alcanzan datos similares en lo relativo a liderazgo, apoyo, operación, evaluación del desempeño y mejora, resultados que superan el 50% de cumplimiento. No obstante, se detectaron oportunidades de mejora referente al contexto de la organización y planificación.

Los resultados obtenidos en la determinación de la información documentada para la norma NTS ISO 9001:2015, se asemejan al estudio realizado por Estrada *et al.*, (2018) en el área de Emergencia Obstétrica del Hospital 1° Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social y refleja un porcentaje de cumplimiento equivalente al 50%.

La tendencia de los resultados indica que todos los requisitos pueden ser optimizados, fortalecidos y mejorados a través de la administración más eficiente de la información documentada. La naturaleza de las actividades que realiza el Hospital Divina Providencia requiere de la creación, divulgación y actualización de documentos que normen la gestión institucional para facilitar el desarrollo de funciones administrativas y operativas.

Las normas de referencia NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018 reconocen que cada institución debe desarrollar la cantidad de documentos que se requieran para demostrar la eficacia de la planificación, operación, mejora de procesos y condiciones relativas a seguridad y salud en el trabajo. La propuesta del diseño de un sistema integrado de calidad, seguridad y salud ocupacional proporcionaría metodologías, instrumentos y fichas de trabajo incluidas en una estructura documental ideal recomendada para dar cumplimiento a todos los requisitos, adaptándose al tamaño, tipo, competencia del personal y nivel de complejidad del Hospital.

3.9.4 Variable: Competencia del personal

En la determinación de la competencia del personal como variable de investigación se estudiaron tres elementos de diagnóstico: el manual de funciones de trabajo, las evaluaciones del desempeño del personal y el cumplimiento del programa de formación profesional. Para obtener un dato de cumplimiento global se valora el contenido de los documentos sobre los requerimientos vinculados con las normas de referencia de los puestos de trabajo más críticos de las unidades de Servicios Médicos, Enfermería y Licenciados Especialistas.

Se diseñó una guía de verificación de perfil de puesto (ver **apéndice 15**) lo que permitió determinar la profundidad de los documentos e identificar las características técnicas y conductuales relacionadas a los estándares de efectividad necesarios para desarrollar las actividades o funciones establecidas.

- **Manual de funciones de trabajo:** La institución ha definido los roles del personal y cada descriptor incluye elementos esenciales que resumen conocimientos, actividades, competencias, obligaciones y compromisos que debe mantener cada colaborador.

Para realizar el *análisis de los descriptores* se evaluaron un total de diez puestos de trabajo entre médicos, enfermeros y especialistas, comparamos el cumplimiento del perfil con los componentes enlistados en el **apéndice 15** y de forma general se obtiene un nivel de cumplimiento del 91.0% aproximadamente.

- **Evaluación del desempeño:** El Hospital ha diseñado un instrumento para medir el desempeño del personal y se evidencian registros anuales de las evaluaciones las cuales están divididas en los siguientes componentes: elementos del descriptor del puesto, optimización de recursos e identidad organizacional. Posteriormente elaboran un documento que detalla los resultados obtenidos y la propuesta de un plan de acción que permita incentivar y/o mejorar el ejercicio profesional.

Al realizar el *análisis de la evaluación del desempeño* de la muestra seleccionada se argumenta que los criterios que la institución ha planteado en los perfiles de puestos son considerados en la evaluación del desempeño e incluyen la práctica de la misión, visión y valores dentro del conocimiento y aplicación en las actividades establecidas. Así mismo, la optimización de los recursos es determinada por medio del seguimiento de instrucciones de trabajo. El informe de las evaluaciones proporcionado por el Hospital del periodo 2023, indica que el personal supera el 90.0% de los criterios de evaluación.

- **Programa de formación:** La institución anualmente diseña un programa de formación que permite fortalecer áreas técnicas y necesidades identificadas en las evaluaciones del desempeño. El contenido incluye temáticas de los servicios en cuidados paliativos, optimización recursos, seguridad ocupacional y competencias conductuales.

Se evidencia que en el transcurso del año 2024 el plan de formación ha logrado cumplir con el 50.0% de temáticas (5 formaciones impartidas de 10 planificadas). Es importante mencionar que el programa se desarrolla mayoritariamente con el recurso interno, ya que no se cuenta con un presupuesto destinado para tal fin, sin embargo, reúnen esfuerzos para contar con el apoyo de benefactores que permitan alcanzar el objetivo deseado.

Los resultados obtenidos muestran proximidad con el análisis de Rodríguez (2022), sobre la línea base de competencias para una empresa de salud de atención ambulatoria, estudio en el que se menciona que el perfil del puesto contempla los requisitos de competencia necesarios para cada puesto de trabajo y adopta disposiciones de capacitación en materia de seguridad y salud en el trabajo con la finalidad de aumentar la productividad y mejora del servicio en salud.

Las evidencias analizadas muestran un marco referencial sobre las competencias del personal que labora en el Hospital Divina Providencia e indican un nivel de desarrollo aceptable de acuerdo con los resultados obtenidos y se muestran en la **tabla 12**.

Tabla 12. Resultados de las herramientas de gestión de competencias

Gestión de competencias laborales		
Herramienta analizada	Porcentaje obtenido	Promedio de evaluación
Manual de funciones de trabajo	91.0%	Nivel de cumplimiento del 77%
Evaluación del desempeño	90.0%	
Programa de formación	50.0%	

Fuente: Elaboración propia.

En correspondencia con los resultados obtenidos se identificó la importancia de la actualización del manual de funciones de trabajo a fin de incluir actividades requeridas en los sistemas de gestión, además, fortalecer el plan de capacitación con temáticas relativas a calidad y seguridad y salud en el trabajo, contenido que podría ser evaluado posteriormente en las evaluaciones del desempeño y así dar cumplimiento a los requisitos de las normas de referencia.

Para crear un ciclo continuo de mejora operativa presentamos una propuesta que permitirá establecer una metodología de actualización de perfiles de puesto, definir indicadores de desempeño y criterios de evaluación estandarizados, de esta manera se podrán identificar áreas que requieran crecimiento y los programas de formación podrán incluir temáticas de refuerzo que impacten positivamente en el servicio que brindan a los usuarios.

3.9.5 Variable: Desempeño de la Seguridad y salud en el trabajo

Como instrumento de recolección de datos se diseñó un cuestionario de Clima Organizacional clasificado por seis aspectos: condiciones de trabajo, relaciones interpersonales, comunicación interna, estructura organizacional, formación profesional y dimensión psicosocial, e incluyen interrogantes relativas a seguridad y salud en el trabajo.

El **apéndice 16** muestra las preguntas formuladas, las cuales se plasmaron en un formulario virtual con el objetivo de facilitar y automatizar los resultados, así mismo, las evaluaciones se realizaron en la semana del 09 al 15 de agosto 2024, y se requirió aproximadamente 10 minutos por persona. El instrumento está constituido por preguntas cerradas, cada una refleja la elección para asignar una puntuación por medio de la siguiente escala:

A: 0 puntos, nada satisfecho; B: 5 puntos, poco satisfecho; C: 10 puntos, totalmente satisfecho

Se utilizan los puntajes obtenidos para determinar el porcentaje correspondiente al nivel de satisfacción y asignar el resultado dentro de los criterios detallados en la **tabla 13**.

Tabla 13. Criterios del nivel de satisfacción percibida

Criterios del nivel de satisfacción percibida		
Porcentaje	Nivel de satisfacción	Descripción del nivel de satisfacción
0 – 24 %	Mala	Se requiere intervención en todas las áreas de la institución
25 – 64%	Básica	Se suplen las necesidades básicas de los usuarios o trabajadores, se aproxima al cumplimiento de expectativas.
65 – 80%	Mejorada	Sobrepasan las necesidades y expectativas de los usuarios o trabajadores. Se mantiene una tendencia temprana hacia la mejora.
81 – 100%	Óptima	La institución ofrece elementos que permiten destacar en sus actividades para alcanzar la mejora continua.

Fuente: Elaboración propia.

Se obtuvieron 31 cuestionarios equivalentes al 62% de la planta laboral, el resultado se encuentra dentro límite superior del rango 65% - 80% con un nivel de *satisfacción mejorada* y superan el porcentaje obtenido en el estudio de Calderón y Portillo (2021) en Ópticas Económicas relativas al clima laboral, donde el 55% son respuestas favorables en las dimensiones ambiente laboral, autonomía, presión, apoyo, reconocimiento, equidad e innovación percibida y expresada como grado de satisfacción del personal.

Los resultados obtenidos del Hospital Divina Providencia indican un grado aceptable sobre los recursos que son proporcionados por la institución, ya que les permite realizar las actividades de manera segura y reducen la probabilidad de ocurrencia de materializar los riesgos, al contar con equipo de protección personal, áreas señalizadas, extintores contra incendios y condiciones ambientales controladas de ruido temperatura, iluminación y limpieza en las áreas de trabajo.

Las dimensiones de relaciones interpersonales y comunicación interna demostraron valores positivos, lo que permite inferir el establecimiento de vínculos laborales confiables, productivos, duraderos y exitosos en la salud emocional del personal para obtener mejores resultados en la aplicación del trabajo en equipo, comunicación asertiva permanente, liderazgos, resolución eficiente de conflictos y logro de objetivos que promueven la implementación de una cultura de seguridad y salud ocupacional.

Las actividades de capacitación para reforzar el conocimiento, desarrollo personal y actitudinal alcanzaron resultados positivos e indican el fortalecimiento de áreas técnicas que permiten incorporar una cultura de prevención de riesgos, así mismo, se determinó la necesidad de incorporar herramientas de identificación y análisis de peligros para dotar a los empleados de nuevas técnicas de gestión de salud y seguridad en el trabajo.

En cuanto a la dimensión psicosocial se identificó que el personal mantiene motivación para ejecutar las actividades de trabajo, además indican que la carga laboral es distribuida equitativamente lo que permite manejar un nivel de estrés adecuado que no interfiere en el logro de objetivos, así mismo, reconocen que las actividades de esparcimiento promovidas por la institución contribuyen a prevenir la ocurrencia de riesgos psicosociales.

Por lo tanto, el resultado global indica que la institución sobrepasa las necesidades y expectativas de los trabajadores y mantienen una tendencia temprana hacia el fortalecimiento del clima laboral, específicamente en los elementos que integran la seguridad y salud en el trabajo. Al incluir los requerimientos de un sistema de gestión NTS ISO 45001:2018 permitirá reducir la brecha existente e integrar diversos aspectos que fomenten la eliminación de peligros y minimicen los riesgos con la finalidad de obtener un lugar de trabajo seguro y saludable.

3.9.6 Variable: Servicio al cliente

Para estudiar la satisfacción de los usuarios se elaboró un instrumento de recolección de datos que contiene veinte preguntas cerradas relativas al servicio que brinda el Hospital Divina Providencia (ver **apéndice 17**). El total de los usuarios encuestados se condicionó a la capacidad instalada del 10 de agosto 2024 y se obtuvieron 22 respuestas provenientes en su mayoría de familiares, esto debido a que la condición de los pacientes no permitió abordarlos directamente.

Las interrogantes requerían de la asignación de valores 0, 5 y 10 puntos, que califican la atención hospitalaria como nada satisfecho, poco satisfecho o totalmente satisfecho respectivamente. Se utilizan los puntajes para determinar el porcentaje correspondiente al nivel de satisfacción y asignar el resultado dentro de los criterios detallados en la **tabla 13** presentada anteriormente.

El resultado global indica un nivel de satisfacción del 100% y está dentro del rango 81% - 100% y describe al Hospital como una institución de beneficencia que ofrece elementos que periten destacar en sus actividades para alcanzar la mejora continua. Los pacientes y familiares destacan la atención de la institución y hacen énfasis en aspectos puntuales del servicio que reciben, por ejemplo:

- La gestión que realiza la Dirección General para mantener en buenas condiciones el Hospital, por medio de actividades de mantenimiento, limpieza y organización.
- Disponen de espacios de esparcimiento que permiten promover estabilidad emocional y aumentar la sensación de bienestar de los pacientes y familiares.
- Proporcionan recursos e insumos que permiten una estancia satisfactoria durante el tiempo que el paciente y familiares lo requieran.
- El personal muestra empatía y profesionalismo en el desarrollo de las actividades en las diferentes áreas de la institución.

- Promueven la relación médico paciente basadas en la comunicación efectiva, lenguaje adecuado y comprensible sobre el diagnóstico, novedades, resultados, tratamiento, exámenes e intervenciones que los pacientes necesiten.
- El acompañamiento espiritual para atender a los pacientes y familiares promueve estabilidad física y emocional de plenitud que mejora la calidad de vida.

Los usuarios declaran que el personal de todas las áreas muestran compromiso con las funciones del Hospital, así mismo, manifestaron que la institución realiza encuestas que les permite conocer el grado de satisfacción obtenido durante el servicio.

La misma metodología es empleada por el Hospital Marqués de Valdecilla, de acuerdo con Cabero *et al.*, (2018) la unidad de urgencias pediátricas lleva a cabo periódicamente cuestionarios de satisfacción de pacientes, con resultados habitualmente favorables.

Al incluir los requerimientos de un sistema de gestión NTS ISO 9001:2015 permitirá diseñar herramientas de mejora de la calidad para la satisfacción de los pacientes y calidad técnica sanitaria de la institución que incorpore acciones de organización, liderazgo y compromiso, gestión de quejas y reclamos participación del personal y enfoque de procesos.

3.10 Respuestas o refutaciones a las hipótesis formuladas

Las hipótesis como punto de partida del estudio se sustentan en afirmaciones que el investigador plantea a su criterio y juicio sobre aspectos elementales del estudio y el análisis permite dar respuesta a los supuestos formulados.

Hernández *et al.*, (2014) afirman que “en realidad no se puede probar que una hipótesis sea verdadera o falsa, sino se argumenta que fue apoyada o no de acuerdo con ciertos datos obtenidos en una investigación particular” (p.117).

Con instrumentos de medición se recolectaron datos y analizaron los resultados para aportar evidencia sobre las respuestas o refutaciones de las hipótesis de investigación, con la finalidad de exponer claramente los hallazgos encontrados y así proponer alternativas de solución.

3.10.1 Hipótesis general

Al incorporar los requisitos de gestión de las normas NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018 se incrementará la calidad en la atención de los pacientes y mejorará las condiciones de seguridad y salud en el Hospital Divina Providencia.

Los resultados obtenidos indican que los requisitos de las normas de referencia NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018 disminuyen la brecha existente, por medio de la incorporación de metodologías, herramientas, compromisos, objetivos, indicadores, alcances y otros elementos que permiten mejorar la calidad de atención hacia los usuarios y promueven ambientes seguros para los trabajadores. Esto se realiza a través del Diseño del Sistema Integrado de Gestión que se presenta en el capítulo IV, por tanto, la hipótesis general **se acepta**.

3.10.2 Hipótesis específica No.1

El cumplimiento de los requisitos de la NTS ISO 9001:2015, Sistema de Gestión de Calidad NTS ISO 45001:2018 Seguridad y Salud en el trabajo, y requisitos legales en el Hospital Divina Providencia supera el 65% de conformidad en promedio.

Los resultados obtenidos del cumplimiento de los requisitos para las normas de referencia y requisitos legales son del **63%** en promedio, se calcula a través de los instrumentos diseñados para la recolección de datos y se identifica que la institución cumple los reglamentos aplicables al rubro, además, realiza actividades de planificación, seguimiento, formación, evaluación y proyectos de mejora que promueven la satisfacción del personal, pacientes y familiares, no obstante, se requiere incorporar elementos claves que permitan superar los requerimientos técnicos de un sistema de gestión integrado, razón por la cual, se **rechaza** la hipótesis.

3.10.3 Hipótesis específica No.2

El nivel de la estructura documental existente supera un 30% en promedio del cumplimiento respecto a lo solicitado en las normas de referencia NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018.

El análisis y el grado de profundidad de la información existente indica un cumplimiento promedio del **54%** y se destacan óptimos resultados que evidencian la operación de los procesos, la competencia, formación, comunicación, evaluaciones y seguimiento.

A pesar de no contar con una estructura vinculada a las normas de referencia los documentos demuestran y justifican solidez en la ejecución de actividades. Sin embargo, al incorporar los requisitos de la NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018 elevaran el contenido y alcance del sistema documental, por lo tanto, la hipótesis **se acepta**.

3.10.4 Hipótesis específica No.3

El grado de competencia del personal de salud supera en un 60% respecto a los requisitos de los Sistemas de Gestión NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018.

El análisis de los descriptores de puesto, evaluación del desempeño y programa de formación indican que el personal cuenta con habilidades, competencias técnicas y conductuales requeridas para ejecutar profesionalmente las funciones. Se determinó que el resultado obtenido es del **77%**, el cual podría ser mayor al finalizar el año 2024 debido a que el plan de capacitación se encuentra en ejecución, por lo tanto, **se acepta** la hipótesis.

3.10.5 Hipótesis específica No.4

El porcentaje de satisfacción de pacientes y familiares asciende en un 65% respecto al servicio recibido y de los empleados en un 70% en relación con las condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Se realizó el análisis de los cuestionarios dirigidos a los pacientes, familiares y personal que labora en la institución e indican un grado de satisfacción que superan el 65% y 70% de la satisfacción de los pacientes y empleados respectivamente.

Se destacan elementos como empatía, profesionalismo, filosofía organizacional, equipo de protección personal, actividades lúdicas y ambientes seguros de trabajo que permiten el desempeño óptimo de las actividades del Hospital, por lo tanto, la hipótesis **se acepta**.

3.11 Cumplimiento de los objetivos

Los objetivos de la investigación permiten establecer lo que se pretende con la investigación a partir del análisis de los resultados y la comprobación o refutación de las hipótesis se da lugar a la verificación del cumplimiento del objetivo general y específico, ver **tabla 14**.

Tabla 14. Verificación del cumplimiento de objetivos.

Verificación del cumplimiento de objetivos		
Objetivos	Método de alcance	Evidencia
Diseñar un Sistema Integrado de Gestión de la Calidad NTS ISO 9001:2015 y de Seguridad y Salud en el Trabajo NTS ISO 45001:2018 para incrementar la calidad en la atención de los pacientes y mejorar la seguridad y salud del Hospital Divina Providencia	Instrumentos diseñados para la recolección de datos	El análisis de los resultados permitió establecer una propuesta de un Sistema Integrado de Gestión con enfoque a calidad y salud en el trabajo, diseño que promoverá el fortalecimiento de las actividades afines a la prestación de servicios y funciones del Hospital. Capítulo IV
Medir el grado de cumplimiento de requisitos de sistemas de gestión de calidad, seguridad y salud en el trabajo NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018, y requisitos legales del Hospital Divina Providencia.	Guía de verificación NTS ISO 9001:2015 (apéndice 6), guía de verificación NTS ISO 45001:2018 (apéndice 8) y guía de verificación del cumplimiento legal (apéndice 10)	Porcentaje de cumplimiento de requisitos y se muestran gráficamente en el apéndice 7 para NTS ISO 9001:2015, apéndice 9 para NTS ISO 45001:2018 y apéndice 11 requisitos legales. El objetivo se cumple .
Identificar la estructura documental existente en el Hospital Divina Providencia.	La guía de verificación documental de los apéndices 12 y 13 permitieron determinar los documentos existentes relativos a las normas de referencia.	El porcentaje de documentos conformes se detallan por medio de gráficas en el apéndice 14 , por lo tanto, el objetivo se cumple
Definir el grado de competencia del personal de salud para cumplir con los requisitos de las normas de Sistemas de Gestión Integrado de Calidad y Seguridad y Salud en el Trabajo	La guía de verificación del perfil de puesto se muestra en el apéndice 15	El nivel de competencia del personal se obtuvo por medio del análisis de los elementos fundamentales que demuestran la competencia del personal que labora en el Hospital Divina Providencia. El objetivo se cumple .
Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes y familiares respecto al servicio recibido y de los empleados respecto a las condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo	El cuestionario del clima organizacional (apéndice 16) y el de satisfacción de los usuarios (apéndice 17) se utilizaron para determinar el nivel de satisfacción de pacientes y personal del Hospital Divina Providencia	El servicio percibido por los pacientes, familiares y las condiciones laborales del personal se obtuvo por el estudio de aspectos y dimensiones que fundamentan el nivel satisfacción, por lo tanto, el objetivo se cumple

Fuente: Elaboración propia

Las variables y las hipótesis planteadas se verifican por medio de los instrumentos de recolección de datos y de las evidencias obtenidas que **cumplimiento** a la totalidad de los objetivos establecidos al iniciar la investigación. El contenido del **Capítulo III** describió las metodologías y la dirección del estudio, que dirige el camino para establecer un Diseño de un Sistema Integrado que incorpore elementos con los que ya cuenta la institución y agrega herramientas de gestión de calidad y seguridad y salud en el trabajo, mediante una propuesta detallada en el **Capítulo IV**.

En correspondencia se puede indicar que el Hospital Divina Providencia a pesar de no contar con los Sistemas de Gestión de Calidad y Seguridad y Salud en el Trabajo, al paso de los años han crecido exponencialmente en diferentes ámbitos y eso les permite posicionarse en un nivel que facilita implementar nuevas formas de trabajo relacionadas a las normativas ISO.

Para la Alta Dirección es importante conocer las áreas de mejora y los requisitos que se incumplen ya que les permite dimensionar las necesidades y herramientas para sumergirse en el mundo de la estandarización y empoderar al personal, así como también generarles conciencia de la importancia que conlleva este tipo de proyectos que al iniciar puede volverse un poco difícil pero que al madurar un sistema de gestión permitirá abordar de manera conjunta aspectos cruciales como la calidad en la atención de los pacientes, fortalecer la seguridad y salud ocupacional, con el fin de simplificar los procesos, si no también armonizar al hospital con estándares normativos y mejora en el rendimiento general.

A continuación, se presentará una propuesta dirigida a dar respuesta al diagnóstico hecho en el sujeto de estudio, y permite a la Alta Dirección conocer el estado actual respecto a la normativa en mención. La propuesta incluye metodologías, alcances, políticas y acciones orientadas a optimizar las actividades del Hospital Divina Providencia, así mismo, se toman en consideración los requisitos de las normas NTS ISO 9001:2015, NTS ISO 45001:2018 y el establecimiento de una estructura documental con la finalidad de incorporar modelos de cumplimiento normativo para realizar y fortalecer las funciones de la institución.

CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE DISEÑO Y PLAN DE ACCIÓN

Este capítulo plantea la propuesta y un plan de acción para un Sistema Integrado de Gestión e incluye el establecimiento de documentos, metodologías, procedimientos, instructivos y herramientas que permitan no solo cumplir con los requisitos de las normas sino también estandarizar e incorporar del ciclo de mejora continua planificar, hacer, verificar y actuar en las actividades que realiza el Hospital Divina Providencia.

La información obtenida por medio de los instrumentos de recolección de datos permitieron establecer el Diseño de un Sistema Integrado de Gestión de la Calidad NTS ISO 9001:2015 y de Seguridad y Salud en el Trabajo NTS ISO 45001:2018 que corresponda a la estructura de alto nivel con términos, títulos y definiciones comunes que constituyen ambas normas.

4.1 Propuesta de Diseño del Sistema Integrado de Gestión.

La propuesta del diseño se fundamentó en la estructura de alto nivel bajo la integración de los capítulos con requisitos normativos comunes y específicos de NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018, para ello, se elaboró una estructura base documental sobre el diseño de la propuesta con respecto a los requerimientos de calidad y seguridad y salud en el trabajo y se consideran las recomendaciones de la norma NTS ISO 10013:2021, que proporcionan orientación en el desarrollo y mantenimiento de la información que apoya un Sistema de Gestión adaptado a las necesidades propias del Hospital Divina Providencia. De acuerdo con los resultados obtenidos del capítulo III en esta propuesta se incluirá lo siguiente: (ver **tabla 15**)

Tabla 15. Propuesta para el Sistema Integrado de Gestión

Propuesta para el Sistema Integrado de Gestión	
Requisito de norma	Propuesta
4.0 Contexto de la organización	Matriz de partes interesadas, mapa de procesos, fichas de procesos, alcance del SIG
5.0 Liderazgo y participación de los trabajadores	Manual del sistema integrado de gestión, política integrada, matriz de comunicación, participación y consulta de los trabajadores
6.0 Planificación	Procedimiento de riesgos y oportunidades, identificación de riesgos y oportunidades, matriz de evaluación de riesgos y oportunidades. Metodología de identificación de peligros y evaluación de riesgos IPER. Procedimiento de identificación y evaluación de requisitos legales. Objetivos del SIG

Tabla 15. Propuesta para el Sistema Integrado de Gestión (Continuación)

Propuesta para el Sistema Integrado de Gestión	
Requisito de norma	Propuesta
7.0 Apoyo	Procedimiento de compras, procedimiento de personal, plan de capacitación y concientización, procedimiento de gestión documental
8.0 Operación	Plan de emergencia y evacuación, ficha de evaluación de simulacro, programa de simulacro, plan anual de compras, evaluación de proveedores, procedimiento de ingreso de paciente, procedimiento de solicitud de pruebas de laboratorio
9.0 Evaluación del desempeño	Procedimiento de medición de satisfacción y gestión de quejas, encuesta de satisfacción de servicio, análisis y evaluación de quejas, procedimiento de auditoría interna, programa e informe de auditoría.
10.0 Mejora	Procedimiento de no conformidades, incidentes y acciones correctivas, matriz de no conformidades, incidentes y acciones correctivas

Fuente: Elaboración propia

Política: Proporciona un marco de referencia para la definición de las actividades y objetivos de la institución. El establecimiento de la propuesta para la política del sistema se plantea en el manual integrado de gestión (**ver apéndice 19**), como el compromiso en la atención hospitalaria y en el cumplimiento de los requisitos aplicables que mejoraran continuamente el sistema.

Objetivos: Las metas propuestas para el sistema consideran criterios sostenibles, medibles, alcanzables y retadores. Se diseñaron siete objetivos documentados en el manual en el manual integrado de gestión (**ver apéndice 19**), el planteamiento incluye la declaración de las metas, las fórmulas, frecuencia y responsables de la medición.

Manual de calidad, seguridad y salud en el trabajo: Se elaboró un manual integrado de gestión que contiene la propuesta del diseño para el sistema, e incluye la descripción del contexto de la organización, alcance del sistema, la determinación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas (**ver apéndice 19**). El manual integrado incluye la propuesta de acciones para abortar riesgos y oportunidades que aseguren la obtención de resultados del sistema, aumenten los efectos deseables, prevengan efectos no deseados. Para la mejora continua, por medio de la planificación de actividades y objetivos, así como la asignación de roles y responsabilidades del sistema integrado de gestión. Dentro del manual se establece la interrelación de los procesos del Hospital Divina Providencia con los requisitos de la NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018. (**ver apéndice 19**).

Procedimientos: Son documentos que establecen las metodologías necesarias apropiadas para la ejecución de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de la institución. La propuesta incluye un manual que contiene inicialmente 7 procedimientos junto con los formularios asociados, con la finalidad de generar las primeras valoraciones documentales que sustentan el Diseño de un Sistema Integrado de Gestión del Hospital Divina Providencia (**ver apéndice 20**).

Flujos de trabajo: Se diseñaron diagramas visuales que describen el flujo secuencial de los pasos que implica procesos y procedimientos. Los flujos desarrollados para la propuesta consideran los procesos de dirección estratégica, gestión integrada, recepción de pacientes, hospitalización, atención paliativa, egreso de pacientes y atención farmacéutica, y se ubican en las fichas del manual del sistema integrado, así mismo, se flujogramas de procedimientos que sistematizan la ruta de trabajo a través de un mapa secuencial (**ver apéndice 19 y 20**).

Formularios: Instrumentos para recopilar información sobre eventualidades o actividades relativa a los procesos, con el objetivo de adquirir, monitorear, medir y analizar datos confiables. Entre los formularios propuestos para el diseño se destacan: Matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos, lista maestra de control de documentos internos y externos, lista de control de cambios de documentos, solicitud de compras, formato de evaluación de los proveedores, encuesta de satisfacción de servicio, formulario de recepción de quejas, matriz de no conformidades y acciones correctivas, matriz de identificación de requisitos legales y otros requisitos, ficha de evaluación de simulacro y el programa de planificación de simulacros. Los formularios se ubican en los procedimientos y metodologías diseñadas (**ver apéndice 19 y 20**).

Registros: Los registros son provenientes generalmente formularios que se conservan como información documentada y se almacenan para generar trazabilidad o reconstruir la evidencia sobre los procesos que mantienen las operaciones y el Sistema Integrado de Gestión.

4.2 Propuesta documental del Diseño del Sistema Integrado de Gestión.

La norma NTS ISO 10013:2021 establece que “la información documentada puede estructurarse y crearse en función de las necesidades de la organización y otros factores como liderazgo, resultados previstos, contexto y otras partes interesadas” p.2.

El nivel de documentación incluye elementos propios de los procesos, la competencia del personal, requisitos reglamentarios, necesidades de las partes interesadas y la extensión de las capacidades de la institución. Las herramientas documentales que constituyeron los grados aplicables a la propuesta jerárquica del Diseño del Sistema Integrado de Gestión se identifica de acuerdo con la siguiente nomenclatura, ver **tabla 16**.

Tabla 16. Nomenclatura documental de la propuesta para el Sistema Integrado de Gestión

Nomenclatura Documental	
Documento	Codificación
Manual del sistema integrado de gestión	MSIG - XX
Manual de procedimientos	MPR - XX
Manual	M - XX
Política	MSIG - PXX
Procedimientos	PR - XX
Formato	PR – XX - FXX
Instrucción de trabajo	PR – XX-ITXX

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la tabla anterior la representación documentada XX significa la correlación de las versiones desde 01 hasta *n*. Los documentos incluyen el encabezado de identificación (edición, código del documento, revisión, fecha de autorización y números de página), el cuadro de revisión y aprobación, objetivo, alcance, referencias, definiciones (si aplica), descripción de actividades, flujogramas, anexos y se declaran al pie del documento: *No puede ser copiado o reproducido sin autorización*, debido al uso exclusivo del Hospital Divina Providencia.

Se preparó una matriz de documentos y formatos propuestos para la organización, donde se incluye la información documentada básica del Sistema Integrado de Gestión que dan respuesta a los requisitos implícitos, explícitos y correlacionados de las normas NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018. (ver **apéndice 18**), así mismo se especifican aquellos que fueron elaborados como productos de la investigación.

La jerarquía documental propuesta considera la estructura de la tabla A.1 NTS ISO 10013:2021, (ver **tabla 17**) y seleccionamos la clasificación por *tipo de información documentada*, debido al grado de viabilidad para adaptarse al sistema ya utilizado por la institución y para filtrar o agrupar la información necesaria que apoya el Diseño del Sistema Integrado de Gestión.

Tabla 17. Ejemplos de estructura para información documentada

<i>Ejemplos de estructura para información documentada</i>				
Tipo de información documentada*	Funcional	Partes interesadas	Flujo de mejora	Producción y provisión del servicio
Política de la calidad	Recursos humanos	Clientes		
Objetivos de la calidad	Ventas	Usuarios finales		Especificaciones
Manual de la calidad	Fabricación	Proveedores externos	Políticas	Requisitos
Procedimientos	Diseño	Sociedad	Objetivos	Requisitos operacionales
Flujos de trabajo	Compras	Organismos reguladores	Planes de acción	Controles operacionales
Instrucciones de trabajo	Operaciones	Personal	Resultados	Actas de reunión
Formularios	Proyectos transversales	Accionistas		
Documentos conservados (registros)	Procesos transversales	Otras partes interesadas		

Fuente: Elaboración propia, a partir de la tabla A.1 NTS ISO 10013:2021. *Estructura seleccionada.

4.3 Manual del Sistema Integrado de Gestión

Para garantizar el sostenimiento del Sistema Integrado de Gestión de Calidad, Seguridad y Salud en el Trabajo, se diseña un Manual que integra los requisitos de las normas NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018. El documento se ubica en el **apéndice 19** y contiene elementos transversales de planeación, implementación y mejora institucional que se incorpora en todos los niveles de la organización.

El manual es diseñado bajo la estructura de alto nivel de las normas de referencia, modelo que proporciona coherencia y coordinación entre los términos, definiciones y requisitos de gestión. Se encuentra constituido por directrices de seguimiento para la determinación del contexto de la organización, liderazgo, participación de trabajadores, planificación, apoyo, operación, evaluación del desempeño y mejora del sistema.

Los elementos diseñados incluyen directrices descritas en el manual o en los anexos, por ejemplo: la matriz de partes interesadas ubicada en el anexo 1 del manual, el mapa de procesos de primer nivel y las fichas de los procesos del anexo 2, la política, alcance y objetivos del SIG, el organigrama propuesto. La Metodología de identificación de peligros y evaluación de riesgos del anexo 3, el plan de emergencia y evacuación del anexo 4 y la matriz de comunicación, participación y consulta de los trabajadores del anexo 5 (ver **apéndice 19**).

4.4 Plan de acción

El alcance de la investigación se limita al Diseño de un Sistema Integrado de Gestión NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018, la materialización de los procedimientos propuestos requiere de la etapa de la implementación para alcanzar la certificación.

Al considerar los resultados obtenidos se proponen actividades de ejecución dentro de un plan de acción (**ver tabla 18**), dividido por cuatro etapas, las cuales se describen a continuación:

- Diagnóstico: Etapa que determina el estado actual de la institución con la finalidad de identificar las brechas de desempeño
- Diseño: Considera el modelo de seguimiento ideal para configurar la estructura de una organización e implica alinear los recursos, procesos, actividades y personas de manera óptima para maximizar el desempeño
- Implementación: Fase que consiste en llevar a cabo todas las actividades definidas en el diseño para materializar los planes propuestos en el diseño y alcanzar las metas
- Certificación: Se lleva a cabo una auditoría externa para determinar el grado de cumplimiento con los requisitos definidos en las normas de referencia y etapas previas.

La certificación de un sistema de gestión proporciona la demostración independiente de una organización con respecto al conjunto de elementos que se interrelacionan para determinar:

- El grado de conformidad con los requisitos de las normas de referencia
- La coherencia con la política y objetivos estratégicos
- El funcionamiento eficaz en todas las áreas

Como parte de la propuesta del plan de implementación del SIG se elabora un programa de capacitación y concientización que enlista las temáticas básicas requeridas para el establecimiento del SIG, entre ellas:

- Generalidades de la NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018
- Gestión por procesos
- Análisis de contexto interno y externo, y necesidades y expectativas de partes interesadas pertinentes
- Filosofía, alcance, política y objetivos del SIG
- Auditorías de Gestión, según ISO 19011
- Identificación, análisis y evaluación de riesgos y oportunidades
- Identificación de peligros y evaluación de riesgos
- Plan de emergencia y evacuación
- Uso de extintores
- Uso de equipo de protección personal (EPP)
- Revisión por la Dirección
- Taller de no conformidades y acciones correctivas

Los documentos elaborados responden a las necesidades existentes detectadas en los resultados del diagnóstico y que son parte del cumplimiento de los requisitos de los sistemas de gestión bajo las normas NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018. Además, se determinaron conclusiones y recomendaciones que se someten a valoración del sujeto de estudio para su análisis e implementación y se muestran en el Capítulo V.

Tabla 18. Plan de acción para la implementación del Sistema Integrado de Gestión.

Nombre del Plan	Plan de integración del Sistema Integrado de Gestión	Recursos	Personal, documentación, equipo médico, insumos y material, instalaciones
Objetivo Asociado	Definir y planificar las actividades necesarias para el diagnóstico, diseño, implementación y certificación del SIG de Calidad y Seguridad y salud en el trabajo		
Alcance normativo	NTS ISO 9001:2015; NTS ISO 45001:2018	Costo total	\$20,200.00

Actividades del Plan de Acción	Descripción de las Actividades	Resultado	Responsable(s)	Grado de avance	Grado de avance																							
					Meses (1° año)	Meses (2° año)																						
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Fase 1 (DIAGNÓSTICO)	1	Reunión Directiva	Acta de aprobación del proyecto "Establecimiento del SIG de Calidad, Seguridad y Salud en el Trabajo en el Hospital Divina Providencia"	Dirección General y representantes del Consejo Provincial	\$700.00	█																						
	2	Reunión con el equipo interdisciplinario	Comunicar el proyecto del establecimiento del SIG y establecer el comité gestor del sistema	Dirección General y equipo interdisciplinario		█																						
	3	Análisis del contexto de la organización y estructura documental	Informe del diagnóstico preliminar de la situación actual y documentos existentes	Comité Gestor		█																						
	4	Presentación de resultados	Análisis de los resultados y establecimiento del plan de diseño del SIG	Dirección General y Comité Gestor		█																						
Fase 2 (DISEÑO)	5	Elaboración de programas y planes de acción para cumplir con los requisitos de las normas de referencia NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018	Plan de implementación del SIG	Dirección General y Comité Gestor	\$1,000.00			█	█																			
		Plan de entrenamiento del personal																										
	6	Presentación de los planes	Aprobación de los planes para la posterior implementación																									
Fase 3 (IMPLEMENTACIÓN)	7	Ejecución del plan de entrenamiento del personal	Capacitación del SIG NTS ISO 9001:2015	Comité Gestor	\$3,500.00																							
			Capacitación del SIG NTS ISO 45001:2018																									
			Ejecución del plan de entrenamiento y concientización**																									
	8	Reestructuración de la filosofía organizacional	Elaboración de misión, visión y valores. Revisión y actualización del plan estratégico. Establecimiento del plan anual operativo	Dirección General																								
	9	Establecimiento de elementos claves del SIG	Aprobación de Política, Alcance del SIG, Mapa de procesos. Objetivos y Plan de acción para verificar el cumplimiento	Dirección General y Comité Gestor																								
10	Identificación de requisitos legales y aplicables	Determinación de las necesidades, expectativas, requisitos legales y de las partes interesadas pertinentes	Dirección General y Comité Gestor																									
11	Asignación de roles y responsabilidades del SIG	Modificación de perfiles relativos al SIG	Dirección General y Comité Gestor																									

Largo Plazo

** Plan de capacitación ver tabla 19

Tabla 18. Plan de acción para la implementación del Sistema Integrado de Gestión (Continuación)

Actividades del Plan de Acción	Descripción de las Actividades	Resultado	Responsable(s)	\$	Grado de avance																							
					Meses (1° año)												Meses (2° año)											
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Fase 3 IMPLEMENTACIÓN	11	Establecimiento de objetivos y acciones para lograrlos	Grado de cumplimiento de objetivos del SIG	Dirección General	\$3,500.00																							
	12	Estructuración de procesos	Grado de cumplimiento de indicadores de las fichas de procesos y del plan anual operativo	Dirección General y líderes de procesos																								
	13	Ejecución del Plan de acción para abordar riesgos y oportunidades del sistema	Matriz de evaluación de riesgos y oportunidades y plan de acción	Comité Gestor																								
	14	Establecimiento de las necesidades y recursos	Aprobación del plan anual de compras. Solicitudes de compras de recursos e insumos de acuerdo con el plan anual	Líderes de procesos																								
	15	Identificación de peligros y evaluación de riesgos ocupacionales	Matiz de identificación y evaluación de riesgos (IPER) y plan de acción.	Comité Gestor, líderes de procesos y trabajadores																								
	16	Ejecución del Plan de Emergencia y Evacuación simulacros	Determinación de la capacidad de respuesta en casos de evaluación y emergencia. Plan de evacuación y emergencia	Dirección General y comité Gestor																								
	17	Concientización del personal	Incorporación y participación de los trabajadores en la eficiencia del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	Comité Gestor, líderes de procesos																								
	18	Evaluación al desempeño del SIG	Ejecución del plan de evaluación del desempeño	Comité Gestor, líderes de procesos																								
	19	Ejecución de auditorías	Resultados de auditoría, conformidades y no conformidades, observaciones, hallazgos	Comité Gestor																								
	20	análisis de la causa raíz de las No conformidades	Implementación de acciones correctivas y plan de acción	Dirección General y Comité Gestor																								
	21	Gestión de las correcciones	Evaluación de la efectividad de las acciones correctivas implementadas	Dirección General																								
	22	Revisión por la dirección	Resultados de la revisión por la dirección.	Dirección General																								
Fase 4 CERTIFICACIÓN	23	Auditoría de certificación	Evaluación del grado de conformidad sobre los requisitos de las normas de referencia y resultado de auditorías	Organismo de Certificación	\$20,000.00																							
	24	Elaboración del plan de acción	Establecer e implementar correcciones para la subsanación de hallazgos del SIG	Dirección General y comité Gestor																								
	25	Certificación	Resolución del comité de certificación y mejora del SIG	Organismo de Certificación																								
	26	Conclusiones y cierre de la certificación	SIG implantado	Organismo de certificación, Dirección y comité Gestor																								
	27	Mejora del SIG	Sistema de mejora continua	Dirección General y comité Gestor																								

CIERRE DEL PLAN DE ACCIÓN

Fecha de inicio real		
Fecha de cierre		Nombre y firma del Gestor del SIG

Tabla 19. Plan de entrenamiento y concientización.

PLAN DE ENTRENAMIENTO Y CONCIENTIZACIÓN						
No.	NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN	AÑO 2025			RESPONSABLE DE GESTIONAR	GRUPO OBJETIVO
		MESES				
		\$	1	2		
1	Generalidades de la NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018	\$ 5,100.00			Gestor de la Calidad / Dirección General	Personal del Hospital
2	Gestión por procesos					Equipo Interdisciplinario
3	Análisis de contexto interno y externo, y necesidades y expectativas de partes interesadas pertinentes					Personal del Hospital
4	Filosofía, alcance, política y objetivos del SIG					Personal del Hospital
5	Auditorías de Gestión, según ISO 19011					Equipo Interdisciplinario
6	Identificación, análisis y evaluación de riesgos y oportunidades					Personal del Hospital
7	Identificación de peligros y evaluación de riesgos					Personal del Hospital
8	Plan de emergencia y evacuación					Personal del Hospital
9	Uso de extintores					Personal del Hospital
10	Uso de equipo de protección personal (EPP)					Personal del Hospital
11	Revisión por la Dirección					Equipo Interdisciplinario
12	Taller de no conformidades y acciones correctivas					Personal del Hospital

Subdirector de Educación
Elaborado por

Dirección General.
Autorizado por

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

En relación con el Trabajo de graduación realizado en el Hospital Divina Providencia y a partir de los resultados obtenidos dentro del marco para el diseño de un Sistema Integrado de Gestión, según NTS ISO 9001:2015 Gestión de la calidad y NTS ISO 45001:2018 Gestión de seguridad y salud en el trabajo, se presentan las conclusiones siguientes:

- El personal del Hospital tiene limitados conocimientos sobre los Sistemas de Gestión y sus requisitos, pese a ello en el transcurrir del tiempo han implementado herramientas de trabajo que les permitió obtener resultados favorables en la evaluación de requisitos de las normas NTS ISO 9001:2015, NTS 45001:2018 y los requisitos legales. Lo que facilita a la Dirección General proponer un proyecto de implementación de un Sistema Integrado de Gestión bajo las normas en referencia.
- Los resultados obtenidos en el diagnostico indicaron que la organización cumple con los requisitos legales y otros requisitos pertinentes al quehacer de la Institución pese a no contar con una metodología que les permita identificar, planificar y establecer el seguimiento de las obligaciones de criterio legal.
- La estructura documental es robusta y contempla diferentes aspectos del que hacer de la organización; además al realizar la comparación con requisitos los exigidos por las NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018, se alcanzó un porcentaje de cumplimiento aceptable, pero no cuentan con documento que describa una estandarización, identificación y ubicación de la información documentada, así como también otros elementos que abonan a la gestión de las herramientas de trabajo.
- No se cuenta con una metodología estandarizada que facilite la identificación, análisis y evaluación de riesgos y oportunidades de forma sistemática. A pesar de ellos se discuten en reuniones semanales los posibles eventos que puedan generar desviaciones a lo planificado, así como también aquellas oportunidades que beneficien a la Institución posteriormente se registra los acuerdos en el acta de reunión de trabajo.

- Las condiciones laborales y el uso del equipo de protección personal (EPP), permite a los trabajadores ejecutar las funciones de forma adecuada y minimiza la exposición a riesgos ocupacionales; al respecto se evidencio que la organización gestiona recursos para mantener los índices positivos de seguridad y salud en el trabajo; sin embargo se cuentan con información documentada funcional pero que podría robustecerse a fin de facilitar la comprensión y uso de las herramientas de trabajo.
- La institución cuenta con un programa de formación en temas de desarrollo humano y se gestionan los relacionados al área técnica de cuidados paliativos, sin embargo, por limitantes de recursos, no consideran eventos de formación sobre los sistemas de gestión de calidad, reduciendo la oportunidad que la planta laboral conozca sobre el método de trabajo y los beneficios que las normas NTS ISO aportan en la dinámica de los flujos de los procesos y su repercusión en las expectativas de las partes interesadas.
- Una de las limitantes palpables del Hospital es el tema de los recursos económicos mínimos que cuentan para operar, ya que son una Institución sin fines de lucro que opera en su mayoría de donaciones que realizan sus benefactores; esta condición los obliga a priorizar los proyectos en beneficio de los pacientes.
- Entre las fortalezas del Hospital Divina Providencia se destaca la calidad de atención que brinda el personal de todas áreas y niveles operativos, lo que permite establecer un vínculo de confianza y empatía entre el trabajador, pacientes y familiares; a pesar de ellos no cuentan con una metodología que les permita conocer de primera mano las necesidades y expectativas de las partes interesadas, esto limita detectar oportunidades de mejora en la ejecución del servicio.
- La efectiva gestión y liderazgo de la Dirección General ha demostrado alcanzar objetivos y materializar proyectos con recursos limitados en el Hospital Divina Providencia, esto ha permitido establecerlo como el primer centro hospitalario de El Salvador que brinda el servicio de cuidados paliativos, lo que se tradujo en atención hospitalaria que fue evaluada de forma positiva por los pacientes y familiares que reciben el servicio de hospitalización.

- Los resultados obtenidos en el diagnóstico son positivos y facilitan el establecimiento de nuevas formas de trabajo, sin embargo, existe otras prioridades que demandan recursos al hospital, dichas prioridades están enfocadas en materializar proyectos que beneficien a los pacientes, familiares y trabajadores. Sin embargo, se considera estratégico iniciar paulatinamente con el uso de las herramientas de gestión propuestas.

5.2 Recomendaciones

Como resultado del Trabajo de graduación realizado en el Hospital Divina Providencia y a partir de los resultados obtenidos dentro del marco para el diseño de un Sistema Integrado de Gestión, según NTS ISO 9001:2015 Gestión de la calidad y NTS ISO 45001:2018 Gestión de seguridad y salud en el trabajo, se presentan las recomendaciones siguientes:

- Como parte de la implementación del Sistema de Gestión es importante que todo el personal conozca y viva una cultura de calidad y seguridad en el trabajo, por lo cual es pertinente recomendar el diseño de un plan de capacitación y concientización, como parte de los requisitos de las normas y los objetivos de la Dirección General; con el objetivo de aumentar las competencias del talento humano y optimizar el desempeño.
- Diseñar una metodología que le permita identificar los requisitos legales y otros requisitos pertinentes, con el objeto de dar cumplimiento a la legislación de manera sistemática y no ser objeto de multas por incumplimiento. La información que se defina en la herramienta debe ser auditada y sometida a revisión de la alta dirección.
- La estandarización de la información documentada establecerá un orden jerárquico y de diseño de los procesos, procedimientos, instrucciones de trabajo, formatos y otras herramientas que les permitirá describir las operaciones del Hospital. La forma de trabajo antes mencionada es parte fundamental en la aplicación de un SIG.
- Considerar la implementación de un Sistema Integrado de Gestión permite identificar oportunamente los riesgos que pueden generar desviaciones a lo planificado y fomenta el análisis de las oportunidades a través de una metodología que finaliza con un plan de acción con indicadores de gestión.

- Al gestionar la implementación del SIG, según los requisitos de la NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 4500:2018, es importante divulgarlo en la organización con la finalidad que todo el personal del Hospital los conozca y sean herramientas de consulta en la ejecución de sus procedimientos de trabajo.
- Implementar un plan de formación que incluya temas pertinentes a los sistemas de gestión de calidad y seguridad y salud en el trabajo, con el fin de dotar de conocimientos técnicos al personal y crear compromiso y conciencia sobre la importancia y beneficios que se obtienen al implementar estos sistemas en los procedimientos del Hospital.
- Gestionar el apoyo de profesionales que dominen las áreas pertinentes del Sistema de Gestión, para que asesoren en la elaboración de instrumentos que forman parte de los requisitos exigidos por las normas de referencia, permitiría avanzar paulatinamente en el logro del objetivo que se traduce en contar con un Sistema Integrado de Gestión.
- Incorporar una metodología de identificación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas pertinentes del centro hospitalario, ya que se espera que facilite la ejecución del servicio al conocer lo que esperan del servicio y de la gestión en general.
- El liderazgo demostrado por la Dirección General y la influencia positiva que tiene sobre su equipo permite implementar nuevas metodologías como los Sistema Integrados de Gestión, y establecerlo a través de una política en donde se exponga el compromiso hacia los trabajadores respecto a las condiciones seguras de trabajo, y atención especializada que satisfaga las necesidades y expectativas de los pacientes y familiares.
- El Hospital cuenta con el liderazgo y la capacidad técnica para empezar a cimentar las bases a través de las herramientas de trabajo que han sido propuestas por el equipo investigador, se recomienda iniciar lentamente y de forma prudente, a fin de establecer una cultura de trabajo diferente y enfocada en los requisitos de las normas NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 4500:2018.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Cabero, M., Guerra, J., Gaité, L., Puellezo, S., Pulido, P. y Álvarez, L. (2018). *La experiencia de implantar la norma ISO 9001:2015 para certificar una unidad hospitalaria de urgencias pediátricas*. Revista Elsevier Journal of Healthcare Quality Research. 33, 4, 187-192. DOI: 10.1016/j.jhqr.2018.02.005

Calderón, D. y Portillo, Y. (2021). *Diseño de un sistema integrado de gestión de calidad NTS ISO 9001:2015, y de seguridad y salud en el trabajo NTS ISO 45001:2018, aplicado a Ópticas Económicas, Casa Matriz. San Salvador*. [Tesis para optar por el título profesional de Maestra en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad, Universidad de El Salvador]. <https://hdl.handle.net/20.500.14492/7614>

Código de Salud. *Decreto No. 955* (1988). Diario Oficial N°86. Tomo N°299. San Salvador. El Salvador.

Código de trabajo. *Decreto No.15* (1972). Diario Oficial N°1452. Tomo N°236. San Salvador. El Salvador.

Comisión Electrotécnica Internacional (2024). *Estándares Internacionales - International standards (IS)*. <http://www.iec.ch/publications/international-standards>

Estrada, L., Blanco M. y Amaya, R. (2018). *Implementación de un Sistema de Gestión de ISO 9001:2015 para el Proceso de atención de Emergencia Obstétrica del Hospital Materno Infantil Primero de Mayo del ISSS*. [Tesis para optar por el título profesional Maestro en Gestión de la Calidad, Universidad Don Bosco, El Salvador]. <http://hdl.handle.net/11715/1461>

Flores, R. (2015) *Fundamentos de la metodología de la investigación*. Editorial Lulu epub. España. https://books.google.com.sv/books/about/Fundamentos_de_la_metodolog_a_de_la_Inve.html?id=0gmGDwAAQBAJ&redir_esc=y

Galeano, M. (2018). *Estrategias de investigación social cualitativa*. 2ª Edición. Fondo Editorial FCSH. https://www.google.com.sv/books/edition/_/LxmMDwAAQBAJ?hl=es&gbpv=1

Galicia, L y López, F. (2015). *Entorno e información de mercados. Aproximación a la investigación comercial*. Ideaspropias Editorial. España.
https://www.google.com/sv/books/edition/UF1779_Entorno_e_informaci%C3%B3n_de_mercado/URXwCAAQBAJ?hl=es&gbpv=1

Google Maps. (2024). *Hospital Divina Providencia*.
<https://maps.app.goo.gl/pdatdEMqGANPJyxz6>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, M.P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª Edición. Editorial McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.
<https://uniclanet.unicla.edu.mx/assets/contenidos/93620240103171847.pdf>

Hospital Divina Providencia (2024). *Fotografías - Página de Facebook*. <https://es-es.facebook.com/hospitaldivinaprovidencia/>

Hospital Divina Providencia (2024). *SOBRE NOSOTROS*.
<http://www.hospitaldivinaprovidenciasv.org/about-us-02/>

IAF/ISO. (2024). *Joint Communiqué on the addition of Climate Change considerations to Management Systems Standards*. <https://iaf.nu/en/search/?search=climate>

International Organization for Standardization. (2018). *ISO The Integrated Use of Management System Standards*. Suiza, 2ª Edición.
https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/store/en/PUB100435_preview.pdf

International Organization for Standardization. (2024). *ISO – Standards*,
<https://www.iso.org/standards.html>

International Organization for Standardization. (2024). *ISO – Benefits of standards, SMes, Consumers, Iso and Policy*. <https://www.iso.org/es/normas/beneficios>

International Organization for Standardization (2024). *ISO – Principios de gestión de la calidad: la base del éxito*. <https://www.iso.org/es/gestion-calidad/principios>

Jiménez, M., Angelini, M., y Tasso, C. (2021) *Orientaciones metodológicas para el desarrollo del pensamiento crítico*. Ediciones Octaedro.

Laínez, K, y Lazo, C. (2021). *Diseño de un sistema integrado de gestión de calidad NTS ISO 9001:2015, y de seguridad y salud en el trabajo NTS ISO 45001:2018, aplicado a QUIMEX, S.A de C.V. San Salvador*. (Tesis para optar por el título profesional de Maestra en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad, Universidad de El Salvador). <https://hdl.handle.net/20.500.14492/7612>

Ley de Creación del Sistema Salvadoreño para la Calidad (2011). Decreto No.790. Diario Oficial N° 158. Tomo N°392. San Salvador. El Salvador.

Ley de Presupuesto General. *Decreto No.1028*. (2012). Diario Oficial N° 75. Tomo N°395. San Salvador. El Salvador.

Ley general de prevención de riesgos en los lugares de trabajo. *Decreto No.254* (2010). Diario Oficial N° 82. Tomo N°387. San Salvador. El Salvador.

Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud. *Decreto No.307* (2016). Diario Oficial N° 64. Tomo N°411. San Salvador. El Salvador.

Ley de medicamentos de El Salvador. *Decreto No.1008* (2012). Diario Oficial N° 43. Tomo N°394. San Salvador. El Salvador.

Maldonado, J. (2018). *Fundamentos de Calidad Total*. Tegucigalpa. Honduras https://www.academia.edu/35718495/FUNDAMENTOS_DE_CALIDAD_TOTAL

Méndez Álvarez, C. (2006). *Metodología: Diseño y desarrollo del proceso de investigación con énfasis en Ciencias Empresariales*. 4ª. Ed. Editorial LIMUSA, S.A. de C.V.

Niño, V. (2019). *Metodología de la Investigación. Diseño, ejecución e informe*. 2ª Ed. Ediciones de la U. Bogotá, Colombia.

https://www.google.com/sv/books/edition/Metodolog%C3%ADa_de_la_investigaci%C3%B3n/WCwaEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1

NTS ISO 9000:2015. (2015). *Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario*. Organismo Salvadoreño de Normalización: OSN. San Salvador, El Salvador.

NTS ISO 9001:2015. (2015). *Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos*. Organismo Salvadoreño de Normalización: OSN. San Salvador, El Salvador.

NTS ISO 45001:2018. (2018). *Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Requisitos con orientación para su uso*. Organismo Salvadoreño de Normalización: OSN. San Salvador, El Salvador.

NTS ISO 10013:2021. (2021). *Sistemas de gestión de la calidad. Orientación para la información documentada*. Organismo Salvadoreño de Normalización: OSN. San Salvador, El Salvador.

Ortega, M., García, F. y Oliva, A. (2020). *Guía para la elaboración de trabajos fin de máster de investigación educativa*. Ediciones Octaedro, Barcelona, España. <http://www.puvill.com/toc/9788418348877.pdf>

Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (2016). *Principios básicos de autor y los derechos conexos*. Ginebra, Suiza, 2ª Edición. https://www.wipo.int/edocs/pubdocs/es/wipo_pub_909_2016.pdf

Organización Mundial de La Propiedad Intelectual (2019). *Fundamentos de Propiedad Intelectual: Preguntas y Respuestas para estudiantes*. Administración Nacional de Propiedad Intelectual de China. CNIPA y OMPI. https://www.wipo.int/edocs/pubdocs/es/wipo_pub_1056.pdf

Organización Mundial para la Salud (2020). *Servicios Sanitarios de Calidad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

Quesada, A. y Medina, C. (2020). *Métodos de investigación: Análisis-Síntesis, Inducción-Deducción, Abstracto-Concreto e histórico-Lógico*. Universidad de Matanzas. ISBN: 9 78-959-16-4472-5. <http://monografias.umcc.cu/monos/2020/IngInd/mo2076.pdf>

Reglamento de estupefacientes, psicotrópicos, precursores, sustancias y productos químicos y agregados. *Decreto N°20* (2013). Diario Oficial N° 30. Tomo N°398. San Salvador. El Salvador.

Reglamento de la Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud. *Decreto N°14* (2019). Diario Oficial N° 70. Tomo N°423. San Salvador. El Salvador.

Reglamento de gestión de la prevención de riesgos en los lugares de trabajo. Decreto No.86 (2012). San Salvador. El Salvador.

Reglamento general de prevención de riesgos en los lugares de trabajo y sus reglamentos Decreto No.89 (2012). San Salvador. El Salvador.

Requerimiento Técnico Administrativo. Centro de Cuidados Paliativos. (2024). Consejo Superior de Salud Pública. San Salvador. El Salvador.

Rodríguez, C., Breña, J. y Vargas, D. (2021). *Las Variables en la Metodología de la Investigación Científica*. 3CIENCIAS Editorial. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/861159.pdf>

Rodríguez, C. (2022). *Diseño e implementación de un sistema integrado de gestión en una empresa privada de servicios de salud de atención ambulatoria bajo los estándares de la norma ISO 9001:2015, ISO 45001:2018 e ISO 14001:2015, para incrementar la productividad*, (Tesis para optar al grado de Ingeniera Industrial y Comercial, Universidad ESAN, Lima, Perú). <https://hdl.handle.net/20.500.12640/3093>


Rojas, R. (2013). *Guía para realizar investigaciones sociales*. 9ª Edición. México D.F. México: Editorial Plaza y Valdés, S.A. de C.V.

RTS 13.03.01:14 Manejo de los desechos bioinfecciosos (2015). Acuerdo 1251. Diario Oficial N° 162. Tomo N°408. San Salvador. El Salvador.

RTS 11.02.02:16 Productos farmacéuticos. Medicamentos para uso humano. Farmacovigilancia (2016). Acuerdo 1529. Diario Oficial N° 192. Tomo N°413. San Salvador. El Salvador.

Zapata, A. (2015). *Ciclo de la calidad - PHVA*. Editorial de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. <https://anyflip.com/xivtx/sbsh/basic>

ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO DEL SUJETO DE ESTUDIO



Hospital Divina Providencia

Hospital Divina Providencia
Cuidados Paliativos, El Salvador
Carmelitas Misioneras de Santa Teresa
Final calle Toluca y Avenida Rocio, Col. Miramonte San Salvador
Tel. 2260-0509 / 2260-8047 Fax: 2260-0930
hospitaldivinaprovidencia65@gmail.com


San Salvador, 18 de marzo de 2024.

Lic. MSc. Luis Alonso Ramírez Aguilar
Coordinador de la Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad
Facultad de Ciencias Económicas
Universidad de El Salvador.
Presente.

Pláceme saludarlo y desearle éxitos en sus funciones diarias; al respecto, quiero informar que el Hospital de la Divina Providencia, acepta el desarrollo del trabajo de graduación titulado **“DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD NTS ISO 9001:2015, Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO 45001:2018; APLICADO AL HOSPITAL DE LA DIVINA PROVIDENCIA.”**, a realizarse por Flores Amaya, Karla Carolina (FA12008) y Cabrera Rubio, Ernesto Antonio (CR20041), estudiantes egresados de la Maestría en Sistemas Integrados de Gestión (MASIG) de la Universidad de El Salvador.

Reconocemos ser uno de los principales beneficiarios del proyecto, por tanto, brindaremos soporte técnico, apoyo práctico y acceso a documentación para la realización del Trabajo de Graduación y declaramos nuestro consentimiento sobre el dominio público del documento final elaborado con la información facilitada al equipo de maestrantes.

Agradeciendo su atención.
Atentamente.



Madre. Tránsito de la Cruz Valdez
Directora General
Hospital Divina Providencia
Tel. 2260-0509
Email: hospitaldivinaprovidencia65@gmail.com

República de El Salvador
C. S. S. P.
HOSPITAL DE LA DIVINA PROVIDENCIA
N° Inscripción 2
Prop. Asociación de Religiosas Carmelitas
Misioneras de Santa Teresa
San Salvador, San Salvador

"Junto a ti, hasta el final"

ANEXO 3. CARTA DE APROBACIÓN DE ATG

	<p>UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS MAESTRÍA EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE CALIDAD MASIG</p>	
San Salvador	El Salvador	América Central

Ciudad Universitaria, 10 de abril de 2024

Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad
Trabajo de Graduación - Ciclo I 2024
7ª Generación

DICTAMEN DEFINITIVO

Por este medio, en el marco del desarrollo del Proyecto de Trabajo de Graduación correspondiente a la 7ª Generación de la Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad (M10811-2016) durante el Ciclo I del Año Académico 2024 referido a:

Anteproyecto de Trabajo de Graduación denominado:
"DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTS ISO 9001:2015 Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO 45001:2018, APLICADO AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA."
Presentado por:
Licda. Karla Carolina Flores Amaya Ing. Ernesto Antonio Cabrera Rubio
Requisito para la elaboración del Trabajo de Graduación (TG-MASIG) y optar al grado de Maestra en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad

Se presenta el siguiente Dictamen Definitivo:

✓ APROBADO el día 09 de Abril de 2024



Maestro Luis Alonso Ramirez Aguilar
Coordinador MASIG – FCE - UES
masig.economia@ues.edu.sv



Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad (MASIG)
Facultad de Ciencias Económicas – Universidad de El Salvador

c.c.: Expediente(s) alumno(s)

APÉNDICE 1. MATRIZ DIAGNÓSTICA PARA PLANTEAR EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTS ISO 9001:2015 Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO 45001:2018, APLICADO AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA						
DIAGNÓSTICO (PRELIMINAR)	SÍNTOMAS Y SIGNOS	CAUSAS	PRONÓSTICOS	CONTROL PRONÓSTICO	FORMULACIÓN	SISTEMATIZACIÓN
<p><i>Descripción o antecedentes de la situación problemática.</i> Qué es lo que está ocurriendo (problema principal)</p>	<p><i>Hechos o situaciones que se observan al analizar el objeto de investigación.</i></p>	<p><i>Hechos o situaciones que se producen por la existencia de los síntomas identificados.</i> Por qué está ocurriendo</p>	<p><i>Situaciones que pueden presentarse si se siguen generando síntomas y causas.</i> Que es lo que está ocasionando (efectos o consecuencias)</p>	<p><i>Acciones por las cuales como investigador puede anticiparse y controlar las situaciones identificadas en síntomas, causas, y pronósticos</i></p>	<p><i>Redactar el problema como una pregunta o de forma enunciativa (cómo, cuál, dónde, qué) o aseveración, sobre lo que se busca resolver y que está estrechamente relacionada con el tema específico a investigar</i></p>	<p><i>Definir preguntas secundarias, las que serán útiles al redactar conclusiones</i></p>
	<i>Variables</i>					
	<i>Dependientes</i>	<i>Independientes</i>				
<p>La institución cuenta con herramientas dirigidas hacia el logro de sus objetivos que permiten mejorar constantemente y reflejar la calidad del servicio en la atención de salud, sin embargo, son conscientes que para reforzar las actividades relacionadas a calidad y seguridad en el trabajo y el cumplimiento de los temas normativos o legales requieren superar desafíos que se traducen en retos para la alta dirección del hospital.</p> <p>Entre esos retos detallamos la necesidad de actualizar y elaborar información documentada de forma robusta, gestionar capacitaciones que fortalecen la competencia conductual de todo el personal, específicamente en fortalecer la inteligencia emocional que permiten la correcta ejecución de las funciones, establecer la importancia de un ambiente organizacional saludable a través de una filosofía y política enfocada en gestionar zonas seguras de trabajo, empleados capacitados y concientizados que actúen eficazmente a cualquier emergencia que pueda perjudicar la integridad de los pacientes, familiares y colaboradores, conocer el grado de satisfacción de los pacientes y familiares respecto al servicio que brinda el hospital; además de conocer la opinión de los empleados de todas las áreas respecto a la seguridad y salud en el trabajo que gestiona el hospital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Falta de conocimiento de los sistemas de gestión ● Deseo de mejorar la atención al paciente ● Apoyo de la alta dirección en la ejecución de proyectos que traen beneficio al hospital ● Aspiración de contar con una estructura documental robusta en temas de gestión de la calidad y seguridad y salud en el trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Falta de recursos especializado en el tema. ● Pensamiento basado en la gestión de riesgos y aprovechamiento de oportunidades ● Apoyo de la Alta dirección para ejecutar proyectos que brinden eficiencia y eficacia en las operaciones del hospital ● Desconocimiento de como estructurar documentalmente un sistema de gestión 	<p>El Hospital Divina Providencia podría caer en un conformismo sistemático que podría generar en sus partes interesadas desmotivación por falta de proyectos estratégico</p>	<p>El hospital divina providencia, como centro de salud de tercer nivel, especializado en el cuidado paliativo, al conocer la situación respecto a los requisitos de gestión y visualizar la aplicación de un Sistema Integrado de Gestión de las normas NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018, fortalecerá la confianza en las partes interesadas, a través de ejecución segura, libre de accidentes y eficiente en sus procesos y procedimientos que redundan en atención al paciente con calidez y calidad y con espacios seguros.</p>	<p>¿Cómo incorporar requisitos de gestión de las normas NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018 para incrementar la calidad en la atención de los pacientes y mejorar las condiciones de seguridad y salud en el Hospital Divina Providencia?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál es el grado de cumplimiento de los requisitos de la NTS ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad, NTS ISO 45001:2018 Seguridad y Salud en el Trabajo, y requisitos legales en el Hospital Divina Providencia? 2. ¿Cuál es la estructura documental que posee el Hospital Divina Providencia? 3. ¿Cuál es el grado de competencia del personal de salud para cumplir los requisitos de las normas de referencia NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018? 4. ¿Cuál es el nivel de satisfacción de los pacientes y familiares respecto a la atención recibida y de los trabajadores respecto a las condiciones de seguridad y salud en el Hospital Divina Providencia?

Fuente: Adaptación de Méndez Álvarez, C., 2006. p. 170.

APÉNDICE 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA MARCO REFERENCIAL

DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTS ISO 9001:2015 Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO 45001:2018, APLICADO AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA					
DIAGNÓSTICO (PRELIMINAR)	FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN (Preguntas de investigación)	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	
				Variables	Medición
<i>Descripción o antecedentes de la situación problemática. (Problema principal)</i>	<i>Redactar el problema como una pregunta o de forma enunciativa y definir preguntas secundarias, las que serán útiles al redactar conclusiones</i>	<i>Orientan e identifican el tipo de resultados que se pretende lograr. Son las actividades de investigación.</i>	<i>Son respuestas tentativas. Se plantean como aseveraciones Por lo general, guían hacia una dirección concreta.</i>	<i>Atributos que se miden o se argumentan</i>	<i>Su operacionalización es un proceso de traslado de un nivel abstracto a un nivel empírico, observable, medible</i>
<p>La institución cuenta con herramientas dirigidas hacia el logro de sus objetivos que permiten mejorar constantemente y reflejar la calidad del servicio en la atención de salud, sin embargo, son conscientes que para reforzar las actividades relacionadas a calidad y seguridad en el trabajo y el cumplimiento de los temas normativos o legales requieren superar desafíos que se traducen en retos para la alta dirección del hospital.</p> <p>Entre esos retos detallamos la necesidad de actualizar y elaborar información documentada de forma robusta, gestionar capacitaciones que fortalecen la competencia conductual de todo el personal, específicamente en fortalecer la inteligencia emocional que permiten la correcta ejecución de las funciones, establecer la importancia de un ambiente organizacional saludable a través de una filosofía y política enfocada en gestionar zonas seguras de trabajo, empleados capacitados y concientizados que actúen eficazmente a cualquier emergencia que pueda perjudicar la integridad de los pacientes, familiares y colaboradores, conocer el grado de satisfacción de los pacientes y familiares respecto al servicio que brinda el hospital; además de conocer la opinión de los empleados de todas las áreas respecto a la seguridad y salud en el trabajo que gestiona el hospital.</p>	GENERAL				
	¿Cómo incorporar requisitos de gestión de las normas NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018 para incrementar la calidad en la atención de los pacientes y mejorar las condiciones de seguridad y salud en el Hospital Divina Providencia?	Diseñar un Sistema Integrado de Gestión de la Calidad NTS ISO 9001:2015 y de Seguridad y Salud en el Trabajo NTS ISO 45001:2018 para incrementar la calidad en la atención de los pacientes y mejorar las condiciones de seguridad y salud del en el Hospital Divina Providencia	Al incorporar los requisitos de gestión de las normas NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018 se incrementará la calidad en la atención de los pacientes y mejorará las condiciones de seguridad y salud en el Hospital Divina Providencia		
	ESPECÍFICOS				
	1. ¿Cuál es el grado de cumplimiento de los requisitos de la NTS ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad, NTS ISO 45001:2018 Seguridad y Salud en el Trabajo, y requisitos legales en el Hospital Divina Providencia?	1. Medir el grado de cumplimiento de requisitos de la NTS ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de Calidad, NTS ISO 45001:2018 Seguridad y Salud en el trabajo, y requisitos legales en el Hospital Divina Providencia	1. El cumplimiento de los requisitos de la NTS ISO 9001:2015, Sistema de Gestión de Calidad NTS ISO 45001:2018 Seguridad y Salud en el trabajo, y requisitos legales en el Hospital Divina Providencia supera el 65% de conformidad en promedio.	Cumplimiento de requisitos	Porcentaje de cumplimiento de requisitos
	2. ¿Cuál es la estructura documental que posee el Hospital Divina Providencia?	2. Identificar la estructura documental existente en el Hospital Divina Providencia.	2. El nivel de la estructura documental existente supera un 30% en promedio del cumplimiento respecto a lo solicitado en las normas de referencia NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018.	Información documentada	Porcentaje de documentos conformes
3. ¿Cuál es el grado de competencia del personal de salud para cumplir los requisitos de las normas de referencia NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018?	3. Definir el grado de competencia del personal de salud para cumplir con los requisitos de las normas de referencia NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018	3. El grado de competencia del personal de salud supera en un 60% respecto a los requisitos de los Sistemas de Gestión NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018.	Competencia del personal	Grado de competencia del personal	
4. ¿Cuál es el nivel de satisfacción de los pacientes y familiares respecto a la atención recibida y de los trabajadores respecto a las condiciones de seguridad y salud en el Hospital Divina Providencia	4. Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes y familiares respecto a la atención recibida al servicio recibido y de los trabajadores respecto a las condiciones de seguridad y salud en el Hospital Divina Providencia	4. El porcentaje de satisfacción de pacientes y familiares asciende en un 65% respecto a la atención recibida y de los empleados en un 70% en relación con las condiciones de seguridad y salud en el Hospital Divina Providencia	Servicio al cliente Desempeño de la seguridad y salud en el trabajo	Nivel de satisfacción percibida en los pacientes y familiares Nivel de satisfacción percibida en los empleados	

Fuente: Adaptación de Méndez Álvarez, C., 2006. p. 17.

APÉNDICE 3. CARTA DE VIABILIDAD TÉCNICA

San Salvador, 22 marzo de 2024.

Msc. Luis Alonso Ramírez Aguilar
Coordinador de la Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad
Facultad de Ciencias Económicas
Universidad de El Salvador.
Presente.

Por este medio **FLORES AMAYA, KARLA CAROLINA (FA12008)** y **CABRERA RUBIO, ERNESTO ANTONIO (CR20041)**, estudiantes egresados de la **MAESTRÍA EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE CALIDAD (MASIG)** de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de El Salvador, expresamos ser responsables del trabajo de graduación a realizarse en el Hospital Divina Providencia.

Los distintos módulos del postgrado nos permitieron adquirir la competencia, pericia técnica y conocimientos relativos a los sistemas integrados de gestión, por lo que nos comprometemos a finalizar el trabajo de graduación denominado preliminarmente: **“DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTS ISO 9001:2015 Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO 45001:2018, APLICADO AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA”**

Considerando un periodo de seis meses para su elaboración y entrega de productos resultantes del trabajo de graduación y/o entregables parciales del proyecto a la organización sujeto de estudio, una vez sean aprobados por la coordinación. El documento final del trabajo de graduación será de dominio público, para las consultas en la biblioteca de la Universidad de El Salvador, su página web o repositorio virtual y los lineamientos establecidos de la MASIG.

Agradeciendo su atención a la presente.

Atentamente.

FLORES AMAYA, KARLA CAROLINA (FA12008)



CABRERA RUBIO, ERNESTO ANTONIO (CR20041)



APÉNDICE 4. MATRIZ INTEGRAL METODOLÓGICA

MATRIZ INTEGRAL METODOLÓGICA DE VARIABLES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS					
Unidad de análisis	Muestra	Variables	Método	Técnica	Instrumentos
(Segmentos de población)	(Quienes)	(Qué se investiga)	(Cómo)	(A través de que)	(Con qué)
Dirección General	1 – Directora del Hospital 1 – Director Médico	– Cumplimiento de requisitos – Información Documentada	Análisis Síntesis	Entrevista estructurada	Guía de verificación o lista de chequeo
Servicios Médicos	3 – Médicos	– Competencia del personal – Desempeño de la seguridad y salud en el trabajo		Encuesta	Cuestionario
Enfermería	1 – Jefe de enfermería 4 – Coordinadores de enfermería 11 – Licenciados en enfermería 2 – Tecnólogos de enfermería 4 – Técnicos de enfermería				
Licenciados especialistas	1 – Nutricionista 1 – Fisioterapista 1 – Psicólogo 1 – Químico Farmacéutico				
Servicio Social	3 – Médicos 3 – Licenciados en enfermería 3 – Técnicos de enfermería 1 – Fisioterapista				
Hospitalización	35 – Pacientes o Familiares*	– Servicio al cliente		Encuesta	Cuestionario

* Dependiente de la capacidad instalada en el periodo de tiempo en el que se aplicaron los instrumentos de recolección. Es importante mencionar que la condición de salud de los pacientes fue determinante para seleccionar al familiar o cuidador como unidad muestral.



Fuente: Adaptación de Rojas (2013, p.202-204)

APÉNDICE 5. MATRIZ METODOLÓGICA DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTS ISO 9001:2015 Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO 45001:2018, APLICADO AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA								
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	SISTEMATIZACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES		DISEÑO METODOLÓGICO		
<p>La institución cuenta con herramientas dirigidas hacia el logro de sus objetivos que permiten mejorar constantemente y reflejar la calidad del servicio en la atención de salud, sin embargo, son conscientes que para reforzar las actividades relacionadas a calidad y seguridad en el trabajo y el cumplimiento de los temas normativos o legales requieren superar desafíos que se traducen en retos para la alta dirección del hospital.</p>	GENERAL			VARIABLES	MEDICIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de investigación: Aplicada, específica y delimitada. - Ruta de investigación: Mixta. - Tipo de estudio: Exploratorio y descriptivo. - Métodos de investigación: Análisis y síntesis. - Diseño metodológico: No experimental. - Unidad de análisis: Hospital Divina Providencia - Población: Dirección General, Servicios Médicos, Enfermería, Licenciados especialistas, Servicio Social y Hospitalización. - Muestra: Trabajadores y pacientes. - Niveles de información marco teórico: <i>Nivel 1:</i> NTS ISO 9001:2015; NTS ISO 45001:2018. <i>Nivel 2:</i> Análisis de información empírica. <i>Nivel 3:</i> Datos obtenidos por el sujeto de estudio. - Fuentes de información: Primarias y secundarias. - Técnicas e instrumentos recolección datos: Encuesta (cuestionarios), Entrevista estructurada (listas de chequeo), Sistematización bibliográfica (ficha de referencia) - Prueba piloto: Instrumentos revisados y autorizados por la Dirección General del Hospital - Tabulación de datos: tablas, gráficas y descripción de los resultados. - Redacción y presentación de resultados: Escrito técnico y documento con estructura documental contiene marco referencial, teórico, metodológico, propuesta y plan de acción, conclusiones, recomendaciones, bibliografía, anexos y apéndices. - Respuestas o refutaciones a las hipótesis formuladas: Argumentativa. Análisis de resultados para proponer alternativas de solución. 		
	¿Cómo incorporar requisitos de gestión de las normas NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018 para incrementar la calidad en la atención de los pacientes y mejorar las condiciones de seguridad y salud en el Hospital Divina Providencia?	Diseñar un Sistema Integrado de Gestión de la Calidad NTS ISO 9001:2015 y de Seguridad y Salud en el Trabajo NTS ISO 45001:2018 para incrementar la calidad en la atención de los pacientes y mejorar las condiciones de seguridad y salud del en el Hospital Divina Providencia	Al incorporar los requisitos de gestión de las normas NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018 se incrementará la calidad en la atención de los pacientes y mejorará las condiciones de seguridad y salud en el Hospital Divina Providencia					
	ESPECÍFICOS			Cumplimiento de requisitos	Porcentaje de cumplimiento de requisitos			
	¿Cuál es el grado de cumplimiento de los requisitos de la NTS ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad, NTS ISO 45001:2018 Seguridad y Salud en el Trabajo, y requisitos legales en el Hospital Divina Providencia?	Medir el grado de cumplimiento de requisitos de la NTS ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad, NTS ISO 45001:2018 Seguridad y Salud en el trabajo y requisitos legales en el Hospital Divina Providencia	El cumplimiento de los requisitos de la NTS ISO 9001:2015, Sistema de Gestión de la Calidad NTS ISO 45001:2018 Seguridad y Salud en el trabajo, y requisitos legales en el Hospital Divina Providencia supera el 65% de conformidad en promedio.					
	¿Cuál es la estructura documental que posee el Hospital Divina Providencia?	Identificar la estructura documental existente en el Hospital Divina Providencia.	El nivel de la estructura documental existente supera un 30% en promedio del cumplimiento respecto a lo solicitado en las normas de referencia NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018.				Información documentada	Porcentaje de documentos conformes
	¿Cuál es el grado de competencia del personal de salud para cumplir los requisitos de las normas de referencia NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018?	Definir el grado de competencia del personal de salud para cumplir con los requisitos de las normas de referencia NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018	El grado de competencia del personal de salud supera en un 60% respecto a los requisitos de los Sistemas de Gestión NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018.				Competencia del personal	Nivel de competencia del personal
¿Cuál es el nivel de satisfacción de los pacientes y familiares respecto a la atención recibida y de los trabajadores respecto a las condiciones de seguridad y salud en el Hospital Divina Providencia	Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes y familiares respecto a la atención recibida al servicio recibido y de los trabajadores respecto a las condiciones de seguridad y salud en el Hospital Divina Providencia	El porcentaje de satisfacción de pacientes y familiares asciende en un 65% respecto a la atención recibida y de los empleados en un 70% en relación con las condiciones de seguridad y salud en el Hospital Divina Providencia	Servicio al cliente	Nivel de satisfacción percibida en los pacientes y familiares				
			Desempeño de la seguridad y salud en el trabajo	Nivel de satisfacción percibida en los empleados				

Fuente: Fuente: Adaptación de Méndez Álvarez, C., 2006. p. 170.

APÉNDICE 6. GUÍA DE VERIFICACIÓN NTS ISO 9001:2015

		GUÍA DE VERIFICACIÓN				
Nombre de la Organización:	Hospital Divina Providencia					
Unidad:	Dirección general					
Criterios:	Requisitos de la norma NTS ISO 9001:2015					
Fecha:	Agosto 2024					
EVALUACIÓN SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD NTS ISO 9001:2015						
CRITERIOS DE EVALUACIÓN: A. No Cumple (No se evidencia, no se implementa; 0 puntos), B. Cumple parcialmente (Se evidencia indirectamente, se implementa indirectamente; 5 puntos), C. Cumple (Se evidencia, se implementa; 10 puntos)						
REQUISITOS		A	B	C	COMENTARIOS	
		0	5	10		
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN						
4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN						
1	¿La organización determina las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica?		5			
2	La organización realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.		5			
3	La organización determina si el cambio climático es una cuestión externa pertinente	-	-	-		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		50.0%				
4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS						
1	¿La organización ha determinado las partes interesadas que son pertinentes al sistema de gestión de la calidad?		5			
2	¿La organización ha determinado los requisitos pertinentes de estas partes interesadas para el sistema de gestión de la calidad?		5			
3	¿La organización realiza seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos pertinentes?			10		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		66.7%				
4.3 DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD						
1	¿La organización determina los límites y la aplicabilidad del sistema de gestión de la calidad?	0				
2	La organización ha considerado en el alcance	0				
3	a) las cuestiones externas e internas	0				
4	b) los requisitos de las partes interesadas pertinentes	0				
5	c) los productos y servicios de la organización.	0				
5	El alcance del sistema de gestión de la calidad de la organización está disponible y se mantiene como información documentada.	0				
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		0.0%				
4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS						
1	La organización establece, implementa, mantiene y mejora continuamente el sistema de gestión de la calidad		5			
2	La organización ha identificado los procesos necesarios del sistema y determina:			10		
	a) las entradas requeridas y las salidas esperadas de estos procesos					
3	b) determina la secuencia e interacción de estos procesos		5			
4	c) determina y aplica los criterios y los métodos de seguimiento, medición y los indicadores del desempeño para asegurar la operación eficaz y el control de estos procesos		5			
5	d) determina los recursos necesarios para estos procesos y asegura su disponibilidad			10		
6	e) asigna las responsabilidades y autoridades para estos procesos			10		
7	f) aborda los riesgos y oportunidades determinados		5			
8	g) evalúa estos procesos e implementa cualquier cambio necesario		5			
9	h) mejora los procesos y el sistema de gestión de la calidad.		5			
10	¿La organización conserva información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado?		5			
11	¿La organización mantiene información documentada para apoyar la operación de sus procesos?		5			
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		63.6%				
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		45.1%				

5 LIDERAZGO					
5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO					
1	¿La alta dirección demuestra liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de la calidad? a) asumiendo la responsabilidad y obligación de rendir cuentas con relación a la eficacia del sistema de gestión de la calidad		5		
2	b) asegurándose de que se establezca la política de la calidad y los objetivos de la calidad para el sistema de gestión	0			
3	c) asegurándose de la integración de los requisitos del sistema de gestión de la calidad en los procesos de negocio de la organización		5		
4	d) promoviendo el uso del enfoque a procesos y el pensamiento basado en riesgos		5		
5	e) asegurándose de que los recursos necesarios para el sistema de gestión de la calidad estén disponibles		5		
6	f) comunicando la importancia de una gestión de la calidad eficaz y de la conformidad con los requisitos del sistema de gestión de la calidad		5		
7	g) asegurándose de que el sistema de gestión de la calidad logre los resultados previstos		5		
8	h) comprometiendo, dirigiendo y apoyando a las personas, para contribuir a la eficacia del sistema de gestión de la calidad		5		
9	i) promoviendo la mejora		5		
10	con respecto al enfoque al cliente a) se determinan, se comprenden y se cumplen regularmente los requisitos del cliente, los legales y reglamentarios aplicables			10	
11	b) se determinan y se consideran los riesgos y oportunidades que pueden afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente		5		
12	c) se mantiene el enfoque en el aumento de la satisfacción del cliente.			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			54.2%		
5.2 POLÍTICA					
1	La alta dirección establece, implementa y mantiene una política de la calidad que cumpla con lo siguiente: a) sea apropiada al propósito y contexto de la organización	0			
2	b) proporciona un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de la calidad	0			
3	c) incluya un compromiso de cumplir los requisitos aplicables	0			
4	d) incluya un compromiso de mejora continua del sistema de gestión de la calidad	0			
5	¿La política de calidad está disponible y se mantiene como información documentada?	0			
6	¿Cómo se aplica, entiende y comunica la política dentro de la organización?	0			
7	¿La política está disponible para todas las partes interesadas?	0			
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			0.0%		
5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN					
1	¿La alta dirección asigna las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes en la organización?			10	
2	¿La alta dirección se asegura que los roles se comuniquen y se entiendan en toda la organización?			10	
3	¿La alta dirección asigna responsabilidad para asegurarse de? a) la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma		5		
4	b) Los procesos y la generación de salidas previstas			10	
5	c) Informar, en particular a la alta dirección, sobre el desempeño del sistema y sobre las oportunidades de mejora			10	
6	d) La promoción del enfoque al cliente en toda la organización			10	
7	e) La integridad del sistema cuando se planifican e implementan cambios		5		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			85.7%		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			46.6%		

6 PLANIFICACIÓN					
6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES					
1	¿La organización considera el contexto externo e interno, las necesidades y expectativas, los riesgos y oportunidades cuando <i>Planifican</i> las actividades pertinentes al sistema?		5		
2	La organización se asegura que lo planificado permita:		5		
3	a) Obtener los resultados previstos del sistema		5		
4	b) Aumentar los efectos deseados		5		
5	c) Prevenir o reducir los efectos no deseados		5		
6	d) Lograr la mejora		5		
6	¿La organización planifica las acciones para abordar los riesgos y oportunidades?		5		
7	¿La organización planifica la integración e implementación de acciones en sus procesos?		5		
8	¿La organización planifica la evaluación de la eficacia de las acciones integradas?		5		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			50.0%		
6.2 OBJETIVOS DE CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS					
1	¿La organización ha establecido los objetivos de calidad?	0			
2	¿Los objetivos de calidad cumplen con los siguientes criterios?	0			
3	a) Son coherentes con la política	0			
4	b) Son medibles	0			
5	c) Consideran los requisitos aplicables	0			
6	d) Son pertinentes con la conformidad de los productos y servicios	0			
7	e) Son objeto de seguimiento	0			
8	f) Son comunicados	0			
9	g) Se actualizan	0			
9	¿Los objetivos se mantienen como información documentada?	0			
10	¿En la planificación de los objetivos, la organización determina?	0			
11	a) Que hacer	0			
12	b) Que recursos se requieren	0			
13	c) Quienes son los responsables	0			
14	d) Cuando se finalizará	0			
15	e) Como evaluar los resultados	0			
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			0.0%		
6.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS					
1	¿La organización conoce los propósitos y las consecuencias de realizar cambios en el sistema de gestión de calidad?		5		
2	¿La organización dispone de procedimientos que garanticen la integridad del sistema de gestión de calidad en caso se produzcan cambios?	0			
3	¿La organización dispone de recursos necesarios para realizar cambios en el sistema de gestión en caso sea necesario?	0			
4	¿La organización dispone de un procedimiento de asignación o reasignación de responsabilidades?		5		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			25.0%		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			25.0%		
7 APOYO					
7.1 RECURSOS					
1	¿La organización determina los recursos para el establecimiento, mantenimiento y mejora del sistema de gestión?			10	
2	¿La organización considera las capacidades y limitaciones de los recursos internos existentes?			10	
3	¿La organización considera lo que necesita obtener de los proveedores externos?		5		
4	¿La organización determina y asigna a las personas necesarias para la implementación eficaz del sistema de gestión de la calidad y para la operación de los procesos y servicios?		5		
7 APOYO					
7.1 RECURSOS					
5	¿La organización determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y servicios?			10	
6	¿La organización determina, proporciona y mantiene el ambiente necesario necesaria para la operación de sus procesos y servicios?			10	
7	¿La organización determina y proporciona los recursos necesarios para asegurarse de la validez y fiabilidad de los resultados?			10	
8	¿La organización se asegura que los recursos proporcionados sean apropiados para el tipo de actividades de seguimiento y medición?			10	
9	¿Se mantienen los recursos para asegurarse de la idoneidad continua del sistema?			10	
10	¿Conservan información documentada como evidencia de los recursos de seguimiento y medición?		5		
11	¿La organización calibra o verifica a intervalos planificados (o ambas) antes de su utilización, los equipos de medición?			10	
12	¿Los equipos de medición se identifican para determinar su estado?			10	
13	¿Los equipos de medición se protegen de ajustes, daños y deterioros que puedan invalidar resultados de mediciones?			10	

14	¿La organización determina los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de productos y servicios?			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				89.3%	
7.2 COMPETENCIA					
1	¿La organización determina la competencia necesaria de las personas que realizan actividades y trabajo que afecta el desempeño y eficacia del sistema?			10	
2	¿La organización se asegura que las personas sean competentes en relación con educación, formación o experiencia?			10	
3	¿Cuándo es aplicable, se toman acciones para adquirir la competencia y evaluar la eficacia de estas?			10	
4	¿Cuentan con información documentada como evidencia de la competencia?			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				100.0%	
7.3 TOMA DE CONCIENCIA					
1	¿La organización se asegura que el personal tomen conciencia de? a) La política de calidad	0			
2	b) Los objetivos de calidad	0			
3	c) Su colaboración con la eficacia del sistema de gestión y los beneficios de la mejora en el desempeño		5		
4	d) Las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de calidad		5		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				25.0%	
7.4 COMUNICACIÓN					
1	¿La organización determina los medios de comunicación interno y externo que incluyan? a) Que comunicar			10	
2	b) Cuando comunicar			10	
3	c) A quien comunicar		5		
4	d) Como comunicar			10	
5	e) Quien comunica			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				90.0%	
7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA					
1	¿La organización incluye en el sistema de gestión la información documentada requerida por la norma?		5		
2	¿La organización cuenta con la información documentada necesaria para demostrar eficacia del sistema?		5		
3	¿La organización al crear y actualizar la información documentada, se asegura de que la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia) sean las apropiadas?	0			
4	¿La organización al crear y actualizar la información documentada, se asegura que el formato y medios de soporte sean adecuados?	0			
5	¿La organización al crear y actualizar la información documentada, se asegura de establecer la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación?		5		
6	¿La información documentada requerida se encuentra disponible donde y cuando se necesite?			10	
7	¿La información se encuentra protegida adecuadamente contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad?			10	
8	¿El control de la información documentada incluye y aborda actividades de? a) Distribución, acceso, recuperación y uso			10	
9	b) Almacenamiento y preservación			10	
10	c) Control de cambios	0			
11	d) Conservación y disposición			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				59.1%	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				72.7%	
8 OPERACIÓN					
8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL					
1	¿La planificación y control de las operaciones se realiza considerando? a) Los requisitos de los productos y servicios			10	
2	b) Los criterios para los procesos y aceptación de los productos o servicios			10	
3	c) Los recursos necesarios para lograr la conformidad de los requisitos de los productos y servicios			10	
4	d) El control de los procesos		5		
5	e) La determinación, mantenimiento y conservación de la información documentada que demuestre confianza que los procesos se lleven a cabo según lo planificado en conformidad con los requisitos			10	
6	¿La organización controla los cambios planificados y revisa las consecuencias de los cambios no previstos?		5		
7	¿La organización se asegura que los procesos contratados externamente sean controlados?			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				85.7%	
8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS					
1	¿La comunicación con los clientes incluye? a) Información relativa de los productos y servicios			10	
2	b) Consultas, contratos, incluyendo los cambios			10	
3	c) La retroalimentación de los clientes incluyendo las quejas		5		
4	d) El control de la propiedad del cliente			10	

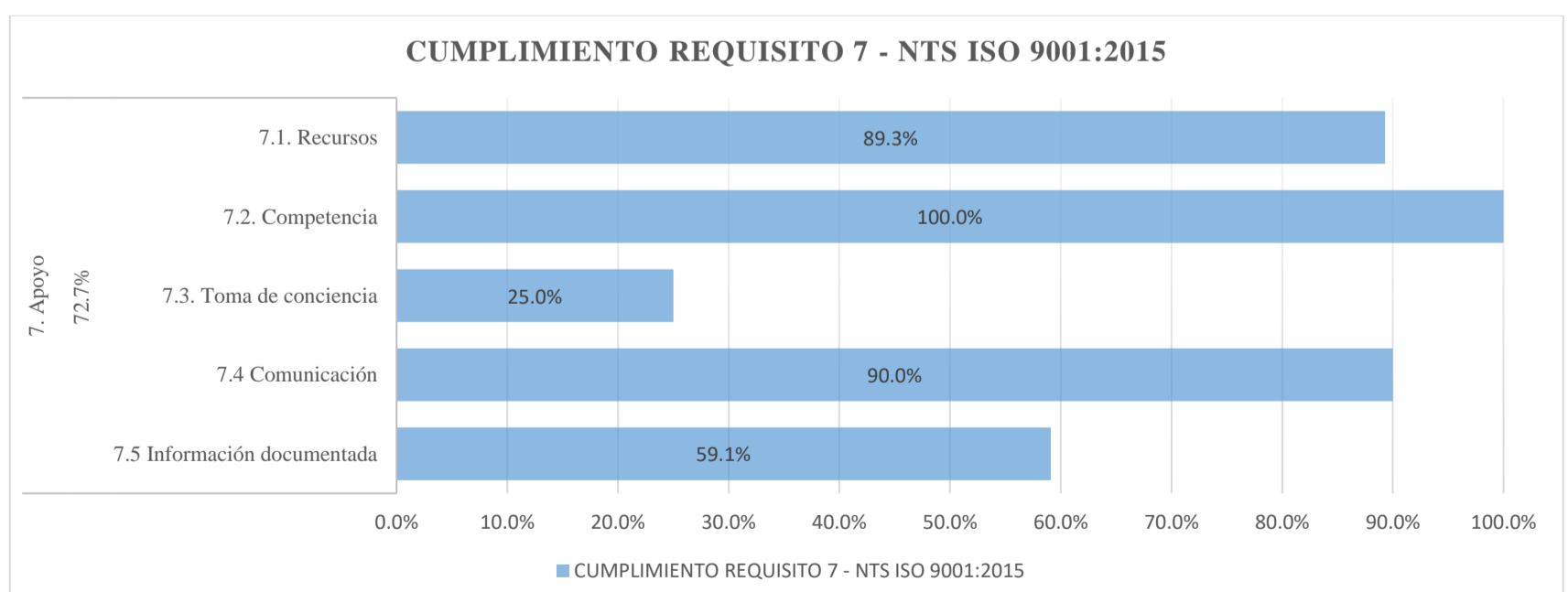
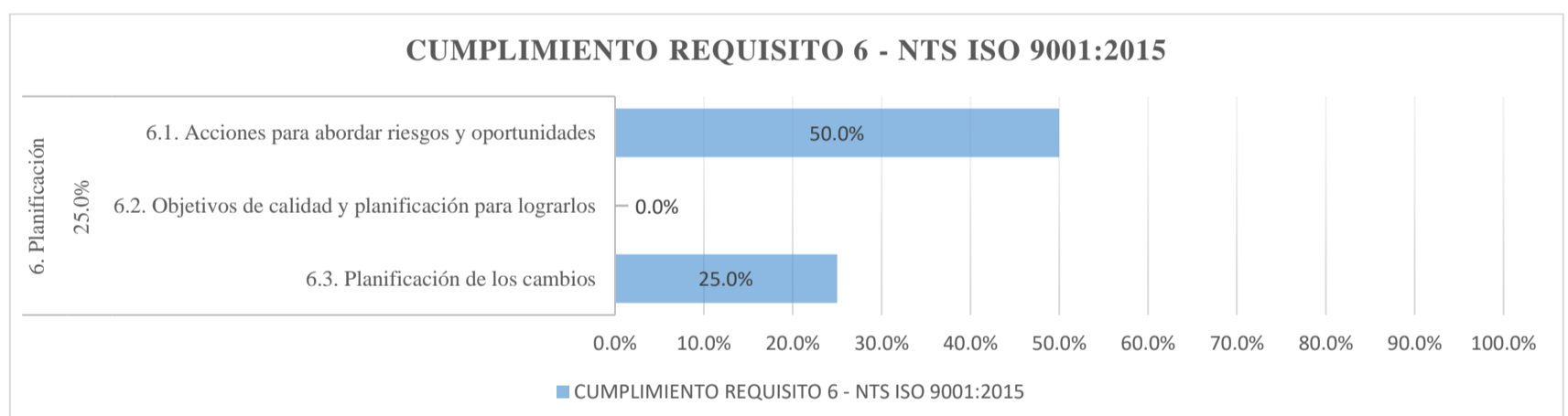
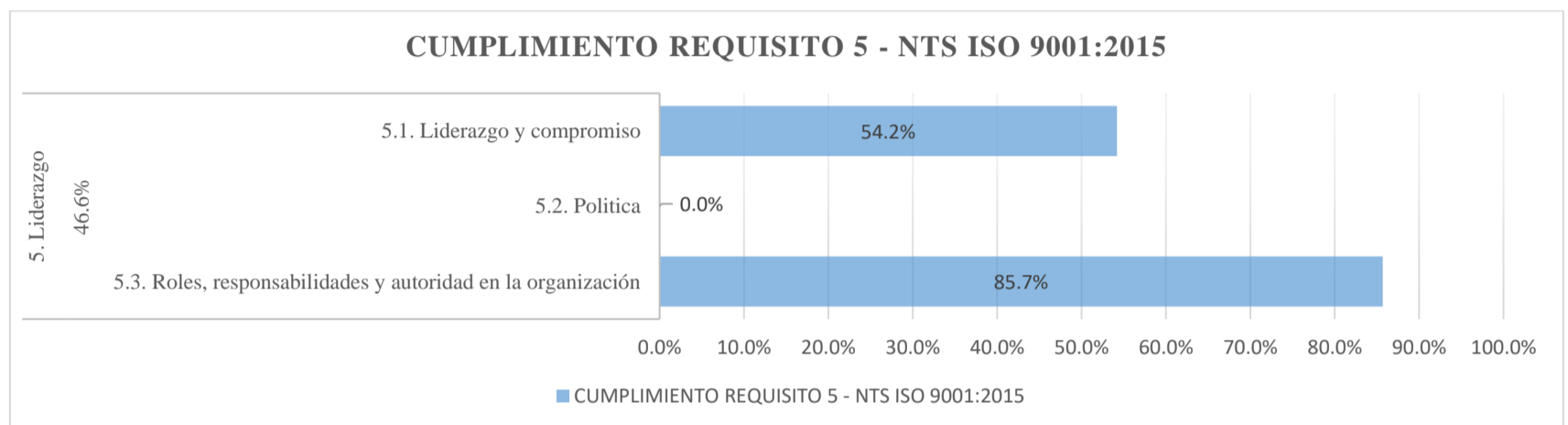
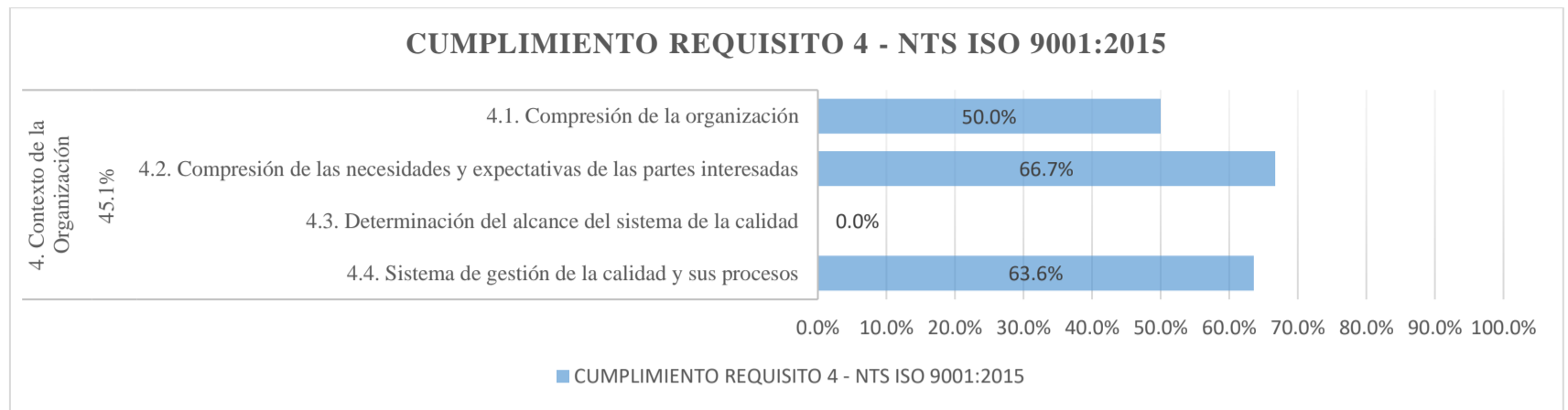
5	e) Los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sean pertinentes			10	
6	¿La organización ha determinado los requisitos relativos a productos, servicios, requisitos legales o aplicables y otros necesarios por la organización?			10	
7	¿La organización cumple con las declaraciones acerca de los productos y servicios que ofrece?			10	
8	¿La organización lleva a cabo revisiones antes de comprometerse a suministrar productos y servicio a un cliente?			10	
9	¿Se confirman los requisitos especificados por lo clientes incluyendo las actividades de entrega y posteriores a las misma?			10	
10	¿Se asegura de incluir los requisitos que no son establecidos por los clientes, pero si necesarios para el uso previsto?			10	
11	¿La organización se asegura de resolver las diferencias existentes entre los requisitos del contrato y los expresados previamente?			10	
12	¿La organización conserva información documentada sobre resultados de la revisión y sobre cualquier requisito nuevo para los productos y servicios?			10	
13	¿Al realizar cambios en los requisitos de los productos o servicios se documentan y se asegura que las personas sean conscientes de las modificaciones?			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				96.2%	
8.3 DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS					
REQUISITOS EXCLUIDOS					REQUISITO NO APLICABLE
8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE					
1	¿La organización se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos?			10	
2	¿La organización cuenta con procesos de control para los productos y servicios suministrados externamente?			10	
3	¿Los controles se realizan cuándo? a) Los productos y servicios de proveedores externos se incorporan a los propios de la organización			10	
4	b) Los productos y servicios son proporcionados directamente a los clientes por medio de proveedores externos en nombre de la organización			10	
5	c) Un proceso o una parte de él, es proporcionado a un proveedor externo	0			
6	¿La organización aplica criterios de evaluación, seguimiento, selección y reevaluación de proveedores externos?	0			
7	¿La organización cuenta con información documentada de las actividades de control y de cualquier acción necesaria que surja de las evaluaciones?	0			
8	¿La organización se asegura que los procesos y servicios suministrados externamente no afecten de manera adversa la capacidad de la organización?			10	
9	¿Cómo se aseguran de la adecuación de los requisitos antes de ser comunicados al proveedor externo?		5		
10	¿La comunicación con los proveedores externos incluye? a) Los procesos, productos y servicios a proporcionar			10	
11	b) La aprobación de los productos y servicios, los métodos y equipos, la liberación de los productos y servicios			10	
12	c) La competencia requerida de las personas			10	
13	d) Las interacciones del proveedor externo con la organización			10	
14	e) El seguimiento y control del desempeño del proveedor externo	0			REQUISITO NO APLICABLE
15	f) Las actividades de verificación o validación que la organización o cliente pretende llevar a cabo en las instalaciones del proveedor externo	0			REQUISITO NO APLICABLE
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				63.3%	
8.5 PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO					
8.5.1 CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PROVISIÓN DEL SERVICIO					
1	¿La organización produce y proporciona servicios bajo condiciones controladas?			10	
2	¿Las condiciones controladas incluyen? a) La disponibilidad de la información documentada de las características de los productos y servicios, así como de los resultados a alcanzar			10	
3	b) La disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición			10	
4	c) La implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas			10	
5	d) El uso de la infraestructura y el entorno de operación de los procesos			10	
6	e) La designación de personas competentes			10	
7	f) La validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar resultados planificados, cuando las salidas no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posterior		5		
8	g) La implementación de acciones para prevenir errores humanos			10	
9	h) La implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				94.4%	

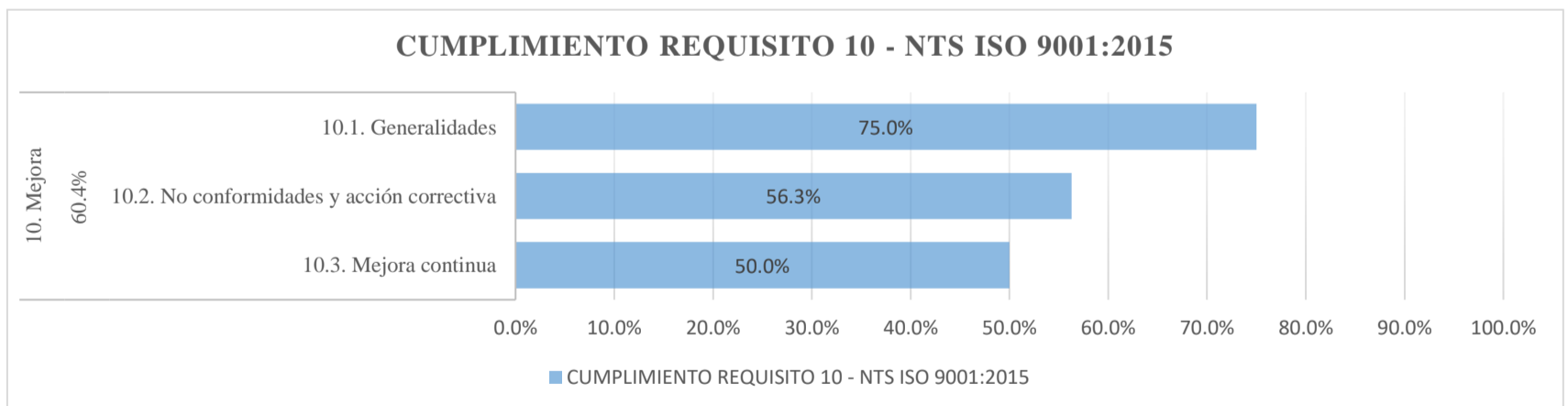
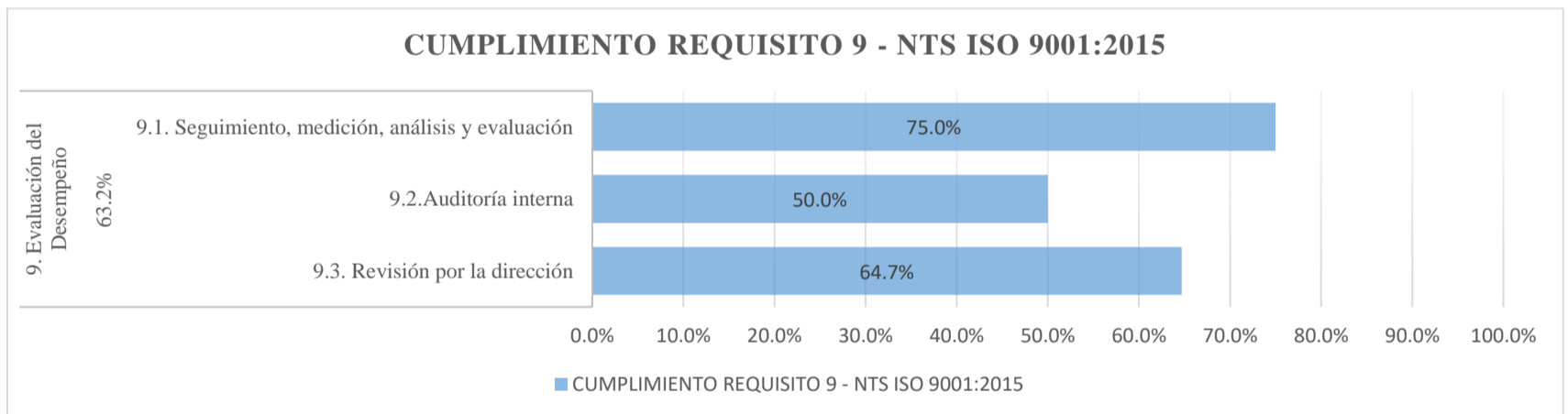
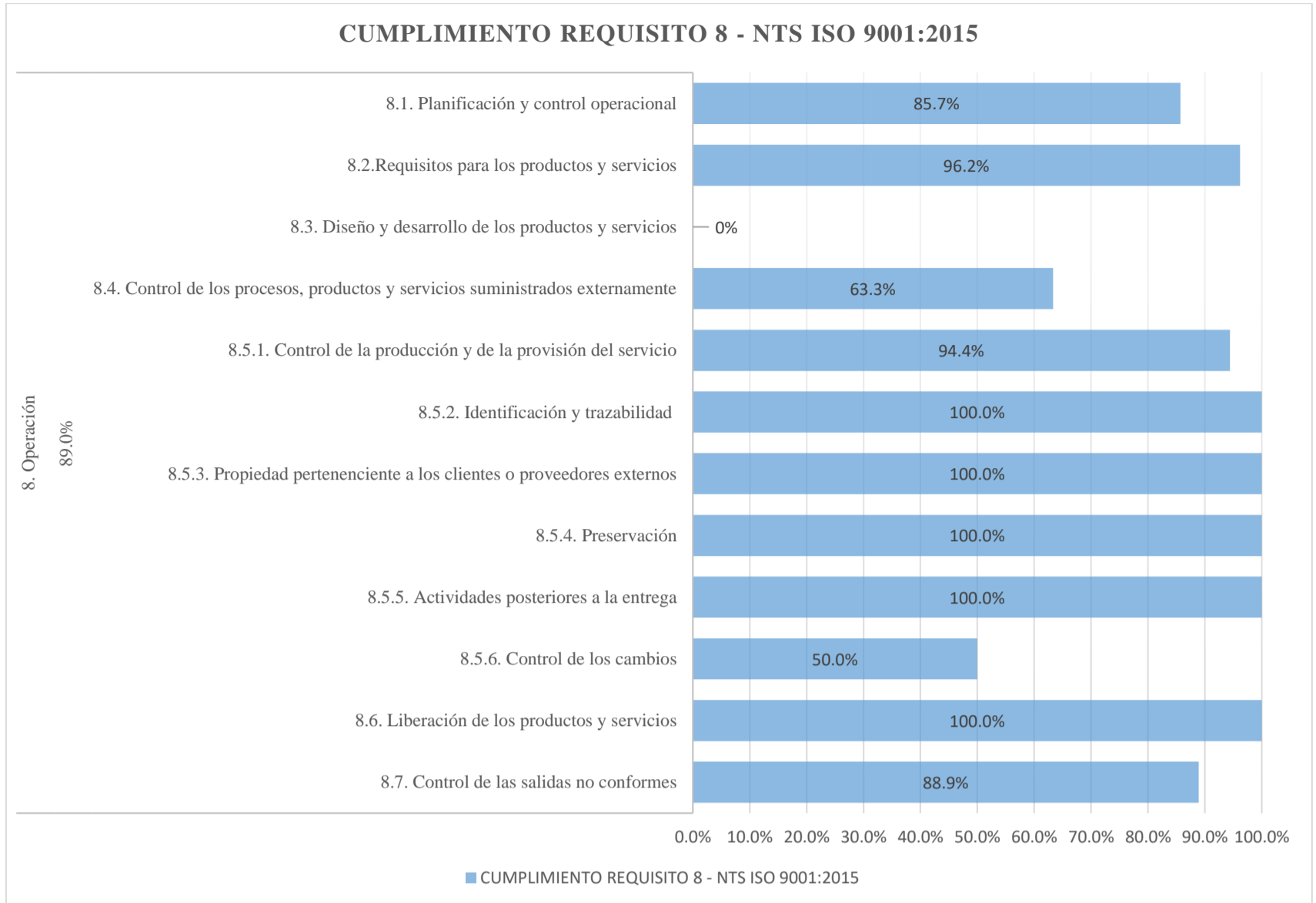
8.5.2 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD					
1	¿La organización utiliza los medios adecuados para identificar las salidas y asegurar la conformidad de los productos y servicios?			10	
2	¿La organización identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de la producción y prestación del servicio?			10	
3	¿La organización conserva la información documentada necesaria para permitir la trazabilidad cuando este sea un requisito?			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			100.0%		
8.5.3 PROPIEDAD PERTENECIENTE A LOS CLIENTES O PROVEEDORES EXTERNOS					
1	¿La organización cuida la propiedad perteneciente de los clientes o proveedores mientras están bajo el control de la organización?			10	
2	¿La organización identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación dentro de los productos y servicios?			10	
3	¿La organización informa al cliente o proveedor externo sobre la pérdida o deterioro de la propiedad perteneciente a los mismos, igualmente, conserva información documentada sobre lo ocurrido?			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			100.0%		
8.5.4 PRESERVACIÓN					
1	¿La organización preserva las salidas de la prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los requisitos?			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			100.0%		
8.5.5 ACTIVIDADES POSTERIORES A LA ENTREGA					
1	¿La organización cumple con los requisitos establecidos relativos a las actividades posteriores a la entrega de productos y servicios?			10	
2	¿El alcance de las actividades posteriores a la entrega considera? a) Requisitos legales y reglamentarios			10	
3	b) Consecuencias potenciales no deseadas asociadas a los productos y servicios			10	
4	c) La naturaleza, el uso y la vida útil prevista de los productos y servicios			10	
5	d) Requisitos del cliente			10	
6	e) Retroalimentación del cliente			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			100.0%		
8.5.6 CONTROL DE LOS CAMBIOS					
1	¿La organización revisa y controla los cambios para la producción y prestación del servicio?		5		
2	¿Conservan la información documentada que describa los resultados de la revisión de los cambios, las personas que autorizan los cambios y cualquier acción que surja de la revisión?		5		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			50.0%		
8.6 LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS					
1	¿Se implementan disposiciones planificadas en etapas adecuadas para verificar que se cumplen con los requisitos de los productos y servicios?			10	
2	¿La organización conserva la información documentada sobre la liberación de productos y servicios?			10	
3	¿Conservan información como evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación?			10	
4	¿La información documentada incluye a las personas que autorizan la liberación?			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			100.0%		
8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES					
1	¿La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega?		5		
2	¿La organización trata las salidas no conformes considerando? a) Corrección			10	
3	b) Separación, contención, devolución o suspensión de provisión de productos y servicios			10	
4	c) Información al cliente			10	
5	d) Obtención de autorización para su aceptación bajo concesión				REQUISITO NO APLICABLE
6	¿Al corregir las salidas no conformes se verifica la conformidad con los requisitos?		5		
7	¿La organización conserva información documentada qué? a) Describa las no conformidades			10	
8	b) Describa las acciones tomadas			10	

9	c) Describa las concesiones obtenidas			10	
10	d) Identifique la autoridad que decide la acción respecto a la no conformidad			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				88.9%	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				89.0%	
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO					
9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN					
1	¿La organización ha determinado? a) Qué necesita seguimiento y medición			10	
1	b) Métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios			10	
2	c) Cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y medición			10	
3	d) Cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición			10	
4	¿La organización evalúa el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad?	0			
5	¿La organización conserva información documentada como evidencia de los resultados?		5		
6	¿La organización realiza seguimiento de las percepciones de los clientes y el grado en el que se cumplen con sus necesidades y expectativas?			10	
7	¿La organización cuenta con métodos para obtener, realizar seguimiento y revisar la información relativa a la satisfacción del cliente?			10	
8	¿La organización analiza y evalúa los datos y la información que surgen por el seguimiento y la medición?			10	
9	¿Los resultados del análisis son utilizados para evaluar? a) La conformidad de los productos y servicios			10	
10	b) El grado de satisfacción del cliente			10	
11	c) El desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad		5		
12	d) Si lo planificado se ha implementado de forma eficaz		5		
13	e) La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades		5		
14	f) El desempeño de los proveedores externos		5		
15	g) La necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad		5		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				75.0%	
9.2 AUDITORÍA INTERNA					
1	¿Lleva a cabo la organización auditorías internas que proporcionen información acerca del sistema de gestión de la calidad?		5		
2	¿Las auditorías proporcionan información sobre el sistema de gestión de la calidad? a) conforme con los requisitos de la organización y los requisitos de la norma ISO 9001:2015	0			
3	b) Respecto a la implementación y mantenimiento eficaz del sistema	0			
4	¿La organización demuestra? a) Planificación, establecimiento, implementación y mantenimiento de programas de auditoría		5		
5	b) Establecimiento de criterios de auditoría y el alcance para cada una		5		
6	c) Selección de auditores		5		
7	d) Aseguramiento que los resultados de las auditorías se informan a la alta dirección			10	
8	e) Implementación de correcciones y toma de acciones correctivas adecuadas sin demora injustificada		5		
9	f) Información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y sus resultados			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				50.0%	
9.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN					
1	¿La alta dirección revisa el sistema de gestión de calidad a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua?	0			
2	¿La revisión por la dirección incluye? a) El estado de las acciones de las revisiones previas	0			
3	b) Los cambios en las cuestiones externas e internas		5		
4	c) La información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de calidad relativas a 1) La satisfacción del cliente y la retroalimentación			10	
5	2) El grado en el que se han logrado los objetivos	0			
6	3) El desempeño de los procesos y conformidad de los servicios		5		
7	4) Las no conformidades y acciones correctivas		5		
8	5) Los resultados de seguimiento y medición			10	
9	6) Los resultados de las auditorías			10	
10	7) El desempeño de los proveedores externos		5		
11	d) La adecuación de los recursos			10	
12	e) La eficacia de las acciones para abordar riesgos y oportunidades		5		
13	f) Las oportunidades de mejora		5		



14	¿En las salidas de la revisión por la dirección se incluyen decisiones relacionadas con las oportunidades de mejora?			10	
15	¿En las salidas de la revisión por la dirección se incluyen decisiones y acciones relacionadas a cualquier necesidad de cambio con el sistema?			10	
16	¿En las salidas de la revisión por la dirección se incluyen decisiones y acciones relacionadas a las necesidades de recursos?			10	
17	¿La organización conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección?			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				64.7%	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				63.2%	
10 MEJORA					
10.1 GENERALIDADES					
1	¿La organización determina y seleccionar las oportunidades de mejora?			10	
2	¿La organización implementa acciones necesarias que incluyan? a) Mejoras de productos y servicios			10	
3	b) Corrección, prevención o reducción de efectos no deseados		5		
4	c) Mejoras en el desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad		5		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				75.0%	
10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA					
1	¿Ante una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización? a) Reacciona ante la no conformidad		5		
2	b) Evalúa la necesidad de acciones para eliminar la causa de la no conformidad		5		
3	c) Implementa acciones necesarias		5		
4	d) Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva		5		
5	e) Actualiza los riesgos y oportunidades si es necesario		5		
6	f) Realiza cambios al sistema de gestión de la calidad si es necesario	0			
7	¿La organización conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades?			10	
8	¿La organización conserva información documentada como evidencia de los resultados de cualquier acción correctiva?			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				56.3%	
10.3 MEJORA CONTINUA					
1	¿Se mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad?		5		
2	¿Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora?		5		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				50.0%	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				60.4%	

APÉNDICE 7. GRÁFICAS DE RESULTADOS PARA NTS ISO 9001:2015





APÉNDICE 8. GUÍA DE VERIFICACIÓN NTS ISO 45001:2018

		GUÍA DE VERIFICACIÓN				
Nombre de la Organización:	Hospital Divina Providencia					
Unidad:	Dirección general					
Criterios:	Requisitos de la norma NTS ISO 45001:2018					
Fecha:	Agosto 2024					
EVALUACIÓN SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD NTS ISO 45001:2018						
CRITERIOS DE EVALUACIÓN: A. No Cumple (No se evidencia, no se implementa; 0 puntos), B. Cumple parcialmente (Se evidencia indirectamente, se implementa indirectamente; 5 puntos), C. Cumple (Se evidencia, se implementa; 10 puntos)						
REQUISITOS		A	B	C	COMENTARIOS	
		0	5	10		
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN						
4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN						
1	¿La organización determina las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y que afectan la capacidad de alcanzar los resultados del sistema de gestión SST?		5			
2	La organización determina si el cambio climático es una cuestión externa pertinente	-	-	-		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		50.0%				
4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS TRABAJADORES Y DE OTRAS PARTES INTERESADAS						
1	¿La organización ha determinado las partes interesadas que son pertinentes sistema de gestión de SST?		5			
2	¿La organización ha determinado las necesidades y expectativas de los trabajadores y de otras partes interesadas?		5			
3	¿La organización ha determinado las necesidades y expectativas que son o podrían convertirse en requisitos legales?			10		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		66.7%				
4.3 DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO						
1	¿La organización determina los límites y la aplicabilidad del sistema de gestión de SST?	0				
2	La organización ha considerado en el alcance	0				
3	a) las cuestiones externas e internas	0				
4	b) los requisitos de las partes interesadas pertinentes	0				
5	c) Las actividades relacionadas con el trabajo, planificadas o realizadas	0				
5	El alcance del sistema de gestión de la calidad de la organización está disponible y se mantiene como información documentada.	0				
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		0.0%				
4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO						
1	La organización establece, implementa, mantiene y mejora continuamente el sistema de gestión de SST	0				
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		0.0%				
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		29.2%				
5 LIDERAZGO Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES						
5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO						
1	¿La alta dirección demuestra liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de SST? a) asumiendo la responsabilidad y rendición de cuentas para la prevención de lesiones y deterioro de la salud relacionados con el trabajo, así como la provisión de lugares de trabajo seguro y saludables			10		
2	b) asegurándose de que se establezca la política de SST y los objetivos relacionados con la SST	0				
3	c) asegurándose de la integración de los requisitos sistema de gestión de SST en los procesos de negocio de la organización	0				
4	d) asegurándose de que los recursos necesarios para sistema de gestión de SST estén disponibles			10		
5	e) comunican la importancia de una gestión de SST y de la conformidad con los requisitos del sistema de gestión de SST		5			
6	f) asegurándose de que el sistema de gestión de SST logre los resultados previstos		5			
7	g) dirigen y apoyan a las personas, para contribuir a la eficacia del sistema de gestión de SST		5			
8	h) aseguran y promueven la mejora			10		
9	i) apoyan otros roles pertinentes de la dirección		5			
10	j) desarrollan, lideran y promueven una cultura que apoye los resultados previstos del sistema de gestión de SST		5			

11	k) protegen a los trabajadores de represalias al informar de incidentes, peligros, riesgos y oportunidades			10	
12	l) se aseguran de establecer e implementar los procesos de consulta y participación de los trabajadores			5	
13	m) apoyan el establecimiento y funcionamiento de comités de seguridad y salud			5	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				57.7%	
5.2 POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO					
1	La alta dirección establece, implementa y mantiene una política de SST que: a) incluya un compromiso para proporcionar condiciones de trabajo seguras y saludables	0			
2	b) proporcione un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de SST	0			
3	c) incluya un compromiso de cumplir los requisitos legales y otros requisitos	0			
4	d) incluya un compromiso para eliminar peligros y reducir los riesgos para la SST	0			
5	e) incluya un compromiso para la mejora continua del sistema de gestión de SST	0			
6	f) incluya un compromiso para la consulta y la participación de los trabajadores	0			
7	¿La política de SST está disponible como información documentada?	0			
8	¿La política de SST se comunica dentro de la organización?	0			
9	¿La política de SST está disponible para las partes interesadas?	0			
10	¿La política de SST es pertinente y apropiada para la organización?	0			
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				0.0%	
5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN					
1	¿La alta dirección asigna las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes del sistema de gestión de SST?			10	
2	¿La alta dirección se asegura que los roles se asignen y comuniquen a todos los niveles de la organización?			10	
3	¿Se mantiene información documentada de los roles y responsabilidades del sistema de gestión de SST?			10	
4	¿La alta dirección asigna responsabilidad para asegurarse de? a) la conformidad del sistema de gestión de SST con los requisitos de la norma			5	
5	c) Informar a la alta dirección, sobre el desempeño del sistema de gestión de SST			5	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				80.0%	
5.4 CONSULTA Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES					
1	¿La alta dirección establece, implementa y mantiene procesos de consulta y participación de los trabajadores?			5	
2	La organización: a) proporciona mecanismos, tiempo, formación y recursos necesarios para la consulta y participación			5	
3	b) proporciona el acceso oportuno a información clara, comprensible y pertinente sobre el sistema de gestión de SST			5	
4	c) determina y elimina las barreras a la participación y minimiza aquellas que no se pueden eliminar			10	
5	d) enfatiza la consulta de los trabajadores no directivos sobre lo siguiente - La determinación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas			5	
6	- El establecimiento de la política de SST	0			
7	- La asignación de roles, responsabilidades y autoridades de la organización			10	
8	- La determinación de como cumplir los requisitos legales y otros requisitos			10	
9	- El establecimiento de objetivos de SST y la planificación para lograrlos	0			
10	- La determinación de los controles aplicables para la contratación externa, compras y contratistas			5	
11	- La determinación que necesita seguimiento, medición y evaluación			5	
12	- La planificación, el establecimiento, la implementación y mantenimiento de programas de auditoría			5	
13	- El aseguramiento de la mejora continua			5	
14	d) enfatiza la participación de los trabajadores sobre - La determinación de los mecanismos para consulta y participación			10	
15	- La identificación de los peligros y evaluación de los riesgos y oportunidades			10	
16	- La determinación de acciones para eliminar los peligros y reducir los riesgos para el SST			10	
17	- La determinación de los requisitos de competencia y necesidades de formación			10	
18	- La determinación de que información se necesita comunica y como debe comunicarse			5	
19	- La determinación de medidas de control, implementación y uso eficaz			5	
20	- La investigación de los incidentes, no conformidades y determinación de acciones correctivas			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				65.0%	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				50.7%	

6 PLANIFICACIÓN					
6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES					
6.1.1 GENERALIDADES					
1	¿La organización considera el contexto externo e interno, las necesidades y expectativas, los riesgos y oportunidades cuando <i>Planifican</i> las actividades pertinentes al sistema?		5		
2	La organización se asegura que lo planificado permita: a) Obtener los resultados previstos del sistema		5		
3	b) Prevenir o reducir efectos no deseados			10	
4	c) Lograr la mejora			10	
5	Al determinar los riesgos y oportunidades para el sistema de SST la organización toma en cuenta		5		
6	- Los peligros		5		
7	- Los riesgos para el SST y otros riesgos		5		
8	- Las oportunidades para el SST y otras oportunidades		5		
9	- Los requisitos legales y otros requisitos		5		
9	¿La organización, en sus procesos de planificación determina y evalúa los riesgos y oportunidades pertinentes al sistema de SST?		5		
10	¿La organización mantiene información documentada sobre los riesgos y oportunidades?		5		
11	¿La organización mantiene información documentada sobre los procesos y acciones necesarias para determinar y abordar los riesgos y oportunidades?		5		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			59.1%		
6.1.2 IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES					
6.1.2.1 IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS					
1	¿La organización establece, implementa y mantiene procesos de identificación continua y proactiva de los peligros?		5		
2	¿Los procesos de identificación de peligros consideran? a) como se organiza el trabajo, los factores sociales, liderazgo y la cultura de la organización	0			
3	b) las actividades y las situaciones rutinarias y no rutinarias, incluyendo los peligros que surjan de la infraestructura, equipos, materiales, diseño de productos y servicios, factores humanos y de cómo se realiza el trabajo			10	
4	c) los incidentes pasados internos o externos de la organización, incluyendo emergencias y causas		5		
5	d) las situaciones de emergencia potenciales		5		
6	e) las personas, incluyendo trabajadores, contratistas y visitantes		5		
7	f) cuestiones de diseño de áreas de trabajo, procesos, instalaciones, maquinaria, situaciones que ocurren en las inmediaciones del lugar de trabajo y situaciones no controladas por la organización que puedan causar lesiones y deterioro de la salud			10	
8	g) los cambios a realizar o propuestos en la organización, operaciones, procesos, actividades y sistema de SST		5		
9	h) los cambios en el conocimiento y la información sobre los peligros		5		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			55.6%		
6.1.2.2 EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS PARA LA SST Y OTROS RIESGOS PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN SST					
1	¿La organización establece, implementa y mantiene procesos para? a) evaluar los riesgos para la SST a partir de los peligros identificados		5		
2	b) determinar y evaluar los otros riesgos relacionados con el abastecimiento, implementación, operación y mantenimiento del sistema de SST	0			
3	¿Las metodologías y criterios para la evaluación de riesgos del sistema de SST consideran el alcance, naturaleza y momento en el tiempo para asegurarse que son proactivas y sistemáticas?		5		
4	¿Las metodologías y criterios para la evaluación de riesgos del sistema de SST se mantienen y conservan como información documentada?		5		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			37.5%		
6.1.2.3 EVALUACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES PARA LA SST Y OTRAS OPORTUNIDADES PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN SST					
1	¿La organización establece, implementa y mantiene procesos para evaluar? a) las oportunidades que permitan mejorar el desempeño de la SST, teniendo en cuenta las oportunidades para adaptar el trabajo, la organización y el ambiente a los trabajadores y las oportunidades de eliminar los peligros y reducir los riesgos para la SST		5		
2	b) otras oportunidades para mejorar el sistema de gestión de la SST	0			
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			25.0%		
6.1.3 DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS					
1	¿La organización establece, implementa y mantiene procesos para? a) determinar y tener acceso a los requisitos legales y otros requisitos actualizados que sean aplicables a los peligros y riesgos para la SST		5		
2	b) determinar cómo los requisitos legales y otros requisitos aplican a la organización y que necesitan comunicarse		5		

3	c) considerar los requisitos legales para mejorar de manera continua el sistema de gestión de SST		5		
4	¿La organización mantiene y conserva información documentada sobre los requisitos legales y otros requisitos?		5		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			50.0%		
6.1.4 PLANIFICACIÓN DE ACCIONES					
1	¿La organización planifica las acciones para abordar los riesgos y oportunidades?		5		
2	¿La organización planifica las acciones para abordar los requisitos legales y otros requisitos?		5		
3	¿La organización planifica las acciones para prepararse y responder ante situaciones de emergencia?		5		
4	¿La organización planifica la manera para integrar e implementar acciones en sus procesos del sistema de gestión de SST?	0			
5	¿La organización planifica la manera para evaluar la eficacia de estas acciones?	0			
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			30.0%		
6.2 OBJETIVOS DE LA SST Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS					
1	¿La organización ha establecido los objetivos de SST?	0			
2	¿Los objetivos de SST cumplen con los siguientes criterios?	0			
3	a) Son coherentes con la política de SST	0			
4	b) Son medibles o evaluables en términos de desempeño	0			
5	c) Tienen en cuenta los requisitos aplicables, resultados de la evaluación de riesgos y oportunidades y los resultados de la consulta con los trabajadores	0			
6	d) Son objeto de seguimiento	0			
7	e) Son comunicados	0			
8	f) Se actualizan	0			
9	¿En la planificación de los objetivos de SST, la organización determina?	0			
10	a) Que hacer	0			
11	b) Que recursos se requieren	0			
12	c) Quienes son los responsables	0			
13	d) Cuando se finalizará	0			
14	e) Como evaluar los resultados, incluyendo los indicadores de seguimiento	0			
15	f) como integrar las acciones para lograr los objetivos de la SST en los procesos de negocio de la organización	0			
16	¿La organización mantiene y conserva información documentada sobre los objetivos de la SST y los planes para lograrlos?	0			
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			0.0%		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			36.7%		
7 APOYO					
7.1 RECURSOS					
1	¿La organización determina los recursos para el establecimiento, mantenimiento y mejora del sistema de gestión de SST?			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			100.0%		
7.2 COMPETENCIA					
1	¿La organización determina la competencia necesaria de los trabajadores que afecta o puede afectar a su desempeño de las SST?			10	
2	¿La organización se asegura que los trabajadores sean competentes basándose en educación, formación o experiencia apropiada?			10	
3	¿Cuándo es aplicable, se toman acciones para adquirir y mantener la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas?		5		
4	¿Conservan la información documentada apropiada como evidencia de la competencia?			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			87.5%		
7.3 TOMA DE CONCIENCIA					
1	¿La organización se asegura que el personal tomen conciencia de?	0			
2	a) La política de SST y los objetivos de la SST		5		
3	b) Su contribución a la eficacia del sistema de gestión de SST y los beneficios de la mejora del desempeño		5		
4	c) Las implicaciones y las consecuencias potenciales de no cumplir los requisitos del sistema de SST			10	
5	d) Los incidentes y los resultados de investigaciones que sean pertinentes			10	
6	e) Los peligros, los riesgos para la SST y las acciones determinadas que sean pertinentes			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			66.7%		
7.4 COMUNICACIÓN					
1	¿La organización determina los medios de comunicación interno y externo que incluyan?			10	
2	a) Que comunicar			10	
3	b) Cuando comunicar		5		
4	c) A quien comunicar internamente, entre contratistas y visitantes, entre otras partes interesadas			10	
5	d) Como comunicar			10	
6	¿La organización considera aspectos de diversidad al considerar las necesidades de comunicación?			10	
7	¿La organización considera los puntos de vista de las partes interesadas externas para establecer los procesos de comunicación?		5		

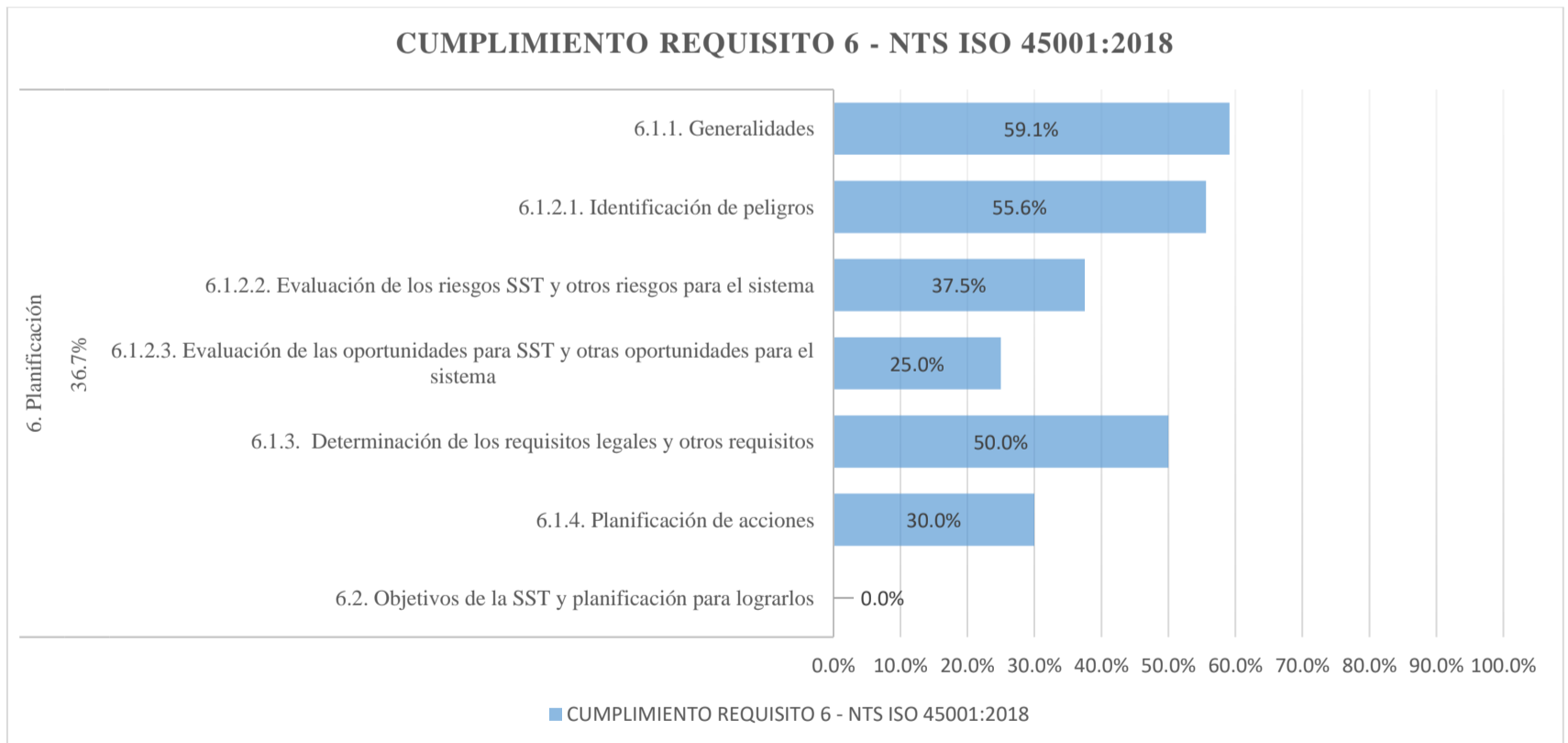
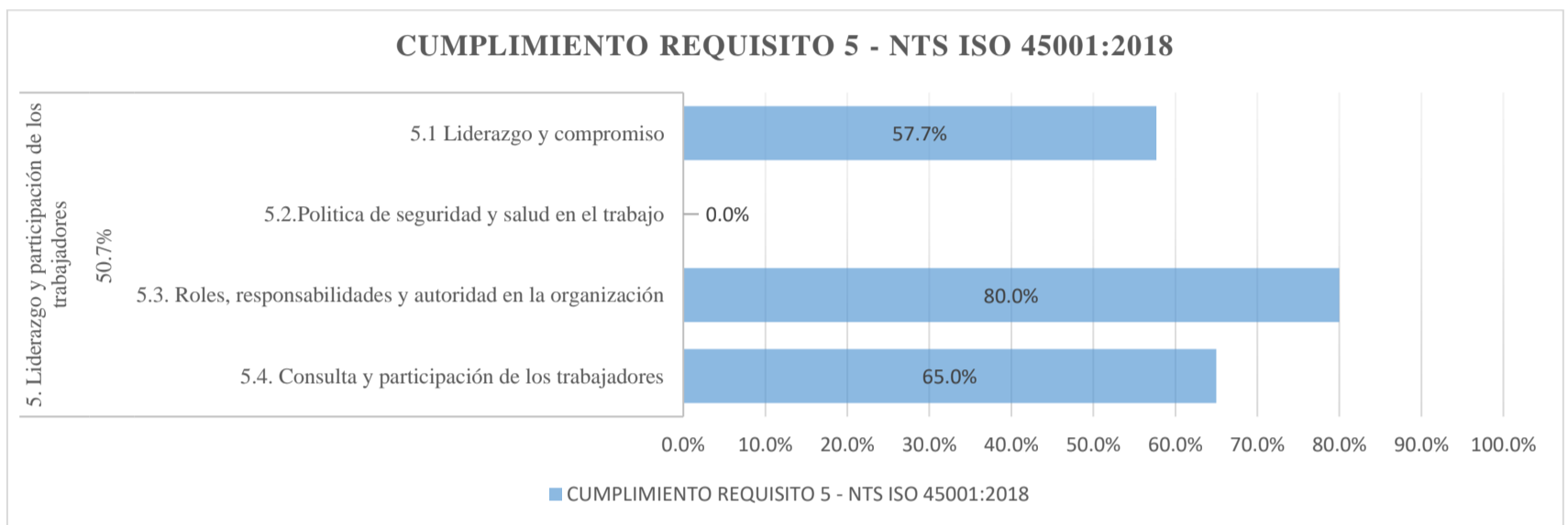
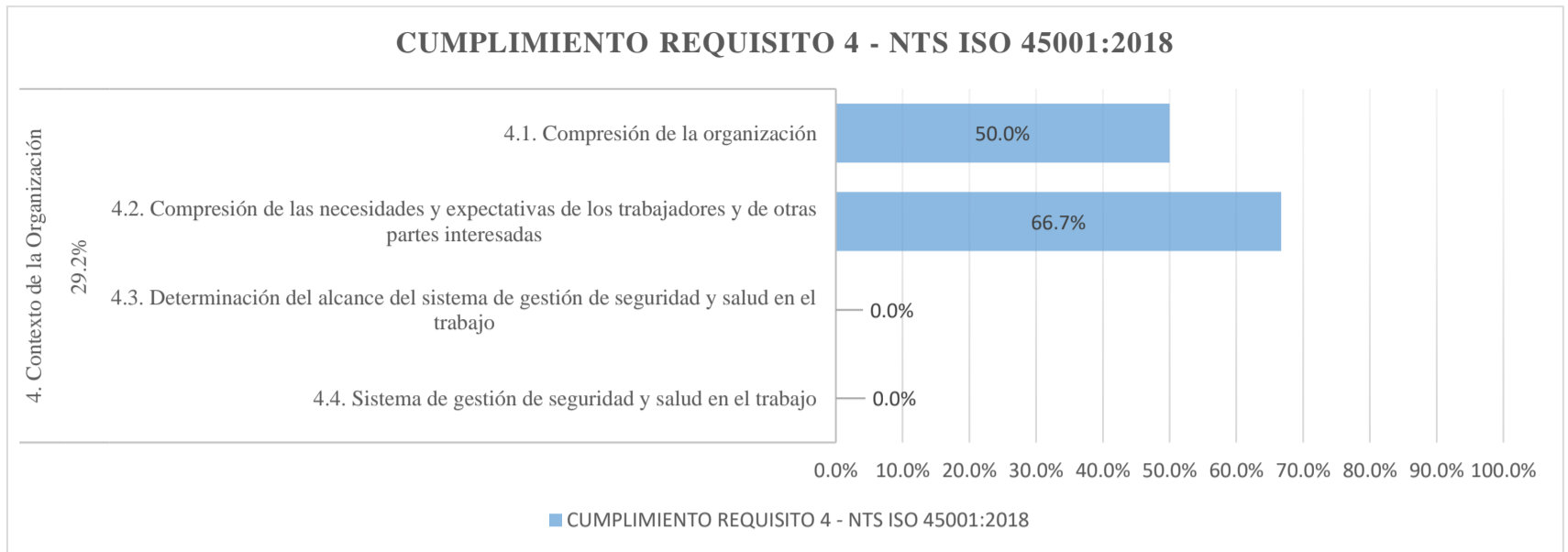
7	¿Los procesos de comunicación consideran los requisitos legales y otros requisitos?			10	
8	¿Los procesos de comunicación aseguran que la información a comunicar sea coherente y fiable respecto al sistema de SST?			10	
9	¿La organización conserva información documentada como evidencia de sus comunicaciones?		5		
10	¿La organización comunica internamente la información pertinente para el sistema de gestión de SST entre los diversos niveles y funciones de la organización, incluyendo los cambios?		5		
11	¿La organización se asegura que los procesos de comunicación permitan que los trabajadores contribuyan a la mejora continua?		5		
12	¿La organización comunica externamente la información pertinente para el sistema de gestión de SST, de acuerdo con los procesos de comunicación y teniendo en cuenta los requisitos legales?		5		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			75.0%		
7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA					
1	¿La organización incluye en el sistema de gestión la información documentada requerida por la norma?		5		
2	¿La organización cuenta con la información documentada necesaria para demostrar eficacia del sistema?		5		
3	¿La organización al crear y actualizar la información documentada, se asegura de que la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia) sean las apropiadas?	0			
4	¿La organización al crear y actualizar la información documentada, se asegura que el formato y medios de soporte sean adecuados?	0			
5	¿La organización al crear y actualizar la información documentada, se asegura de establecer la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación?		5		
6	¿La información documentada requerida se encuentra disponible, idónea para su uso donde y cuando se necesite?			10	
7	¿La información se encuentra protegida adecuadamente contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad?			10	
8	¿El control de la información documentada incluye y aborda actividades de?			10	
9	a) Distribución, acceso, recuperación y uso			10	
10	b) Almacenamiento y preservación	0			
11	c) Control de cambios			10	
	d) Conservación y disposición			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			59.1%		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			77.7%		
8 OPERACIÓN					
8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL					
8.1.1 GENERALIDADES					
1	¿La organización planifica, implementa, controla y mantiene los procesos para implementar acciones mediante?		5		
2	a) El establecimiento de criterios para los procesos		5		
3	b) La implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios			10	
4	c) El mantenimiento y conservación de la información documentada que demuestre confianza que los procesos se lleven a cabo según lo planificado			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			75.0%		
8.1.2 ELIMINAR PELIGROS Y REDUCIR RIESGOS PARA LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO					
1	¿La organización establece, implementa y mantiene los procesos para la eliminación de los peligros y la reducción de los riesgos para la SST?		5		
2	¿Se utiliza la siguiente jerarquía de los controles?		5		
3	a) Eliminar el peligro		5		
4	b) Sustituir con procesos, operaciones, materiales o equipos menos peligrosos		5		
5	c) Utilizar controles de ingeniería y reorganización del trabajo		5		
6	d) Utilizar controles administrativos, incluyendo la formación			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			58.3%		
8.1.3 GESTIÓN DEL CAMBIO					
1	¿La organización establece procesos para la implementación y control de cambios planificados temporales y pertinentes que impactan al sistema de SST?	0			
2	¿Los procesos de gestión de cambios incluyen?		5		
3	a) los servicios y procesos o los cambios de servicios y procesos existentes incluyendo las ubicaciones, la organización, las condiciones de trabajo, los equipos y la fuerza de trabajo		5		
4	b) cambios en los requisitos legales y otros requisitos				
5	c) cambios en el conocimiento o la información sobre los peligros y riesgos para la SST	0			
6	d) desarrollos en conocimiento y tecnología	0			
6	¿La organización revisa las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso?	0			
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			16.7%		

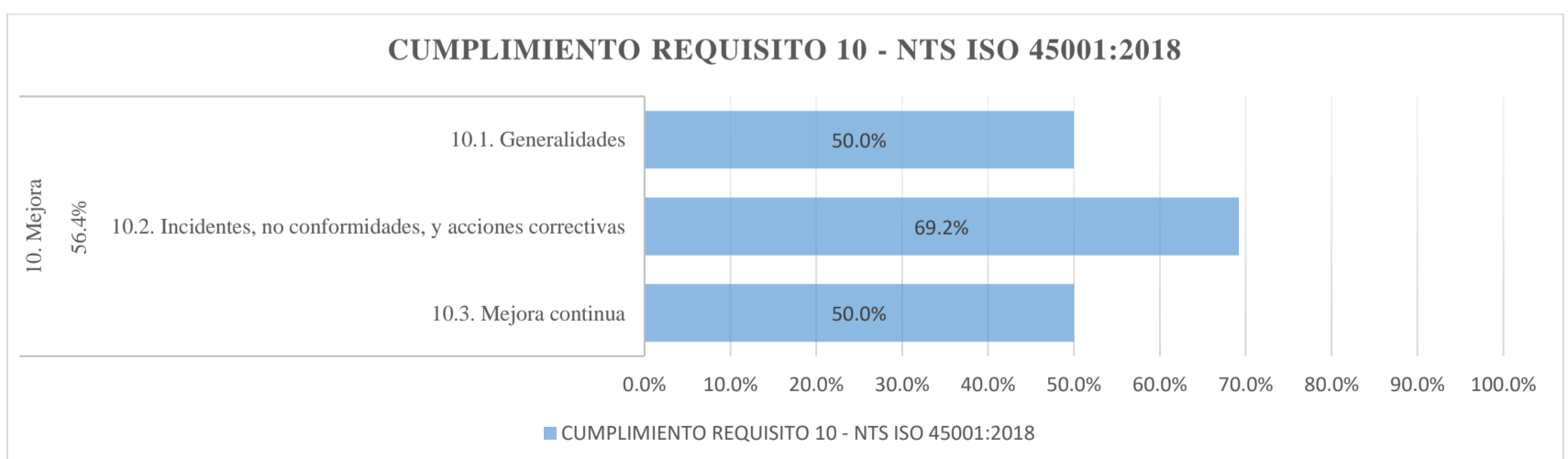
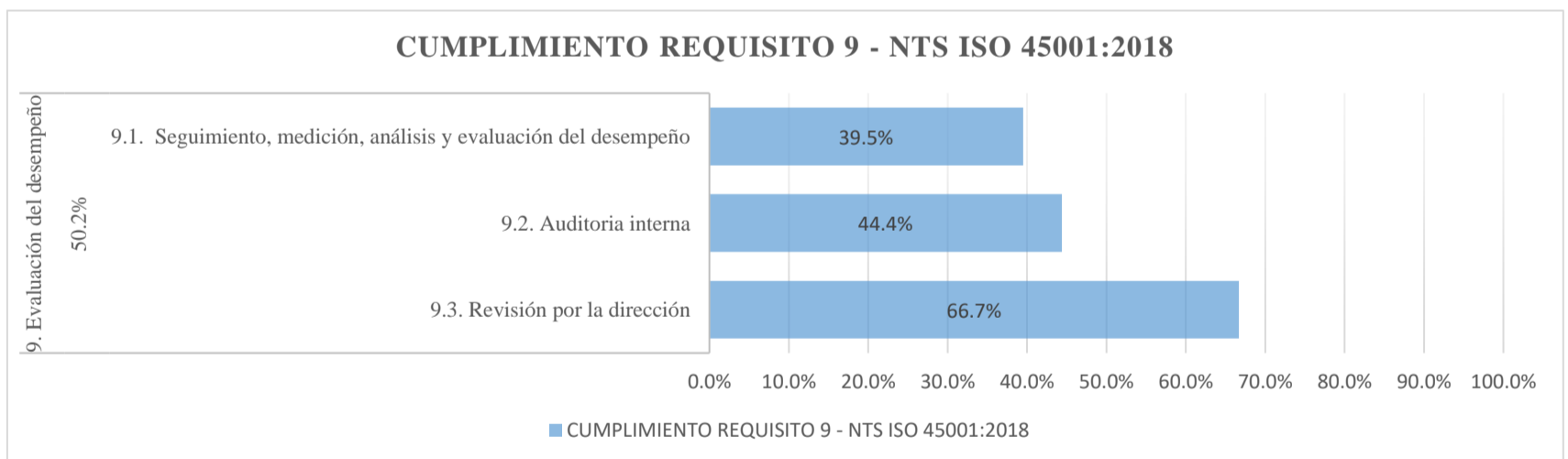
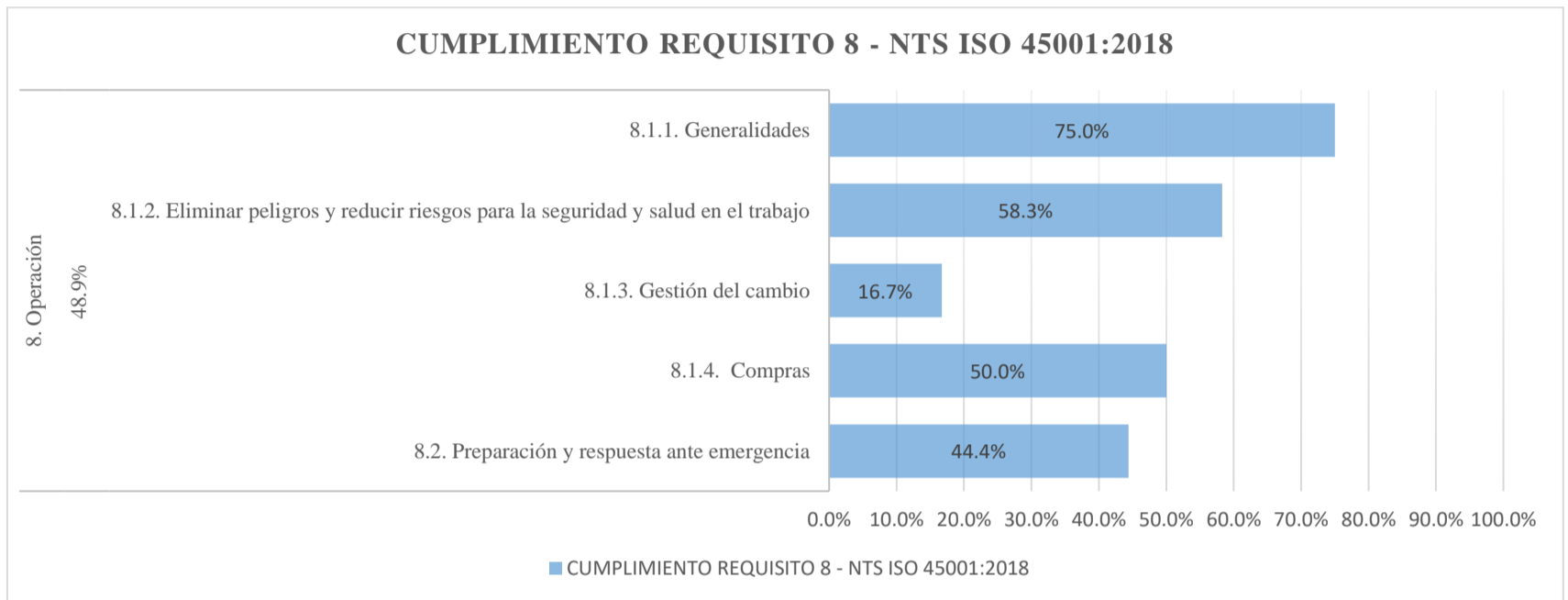
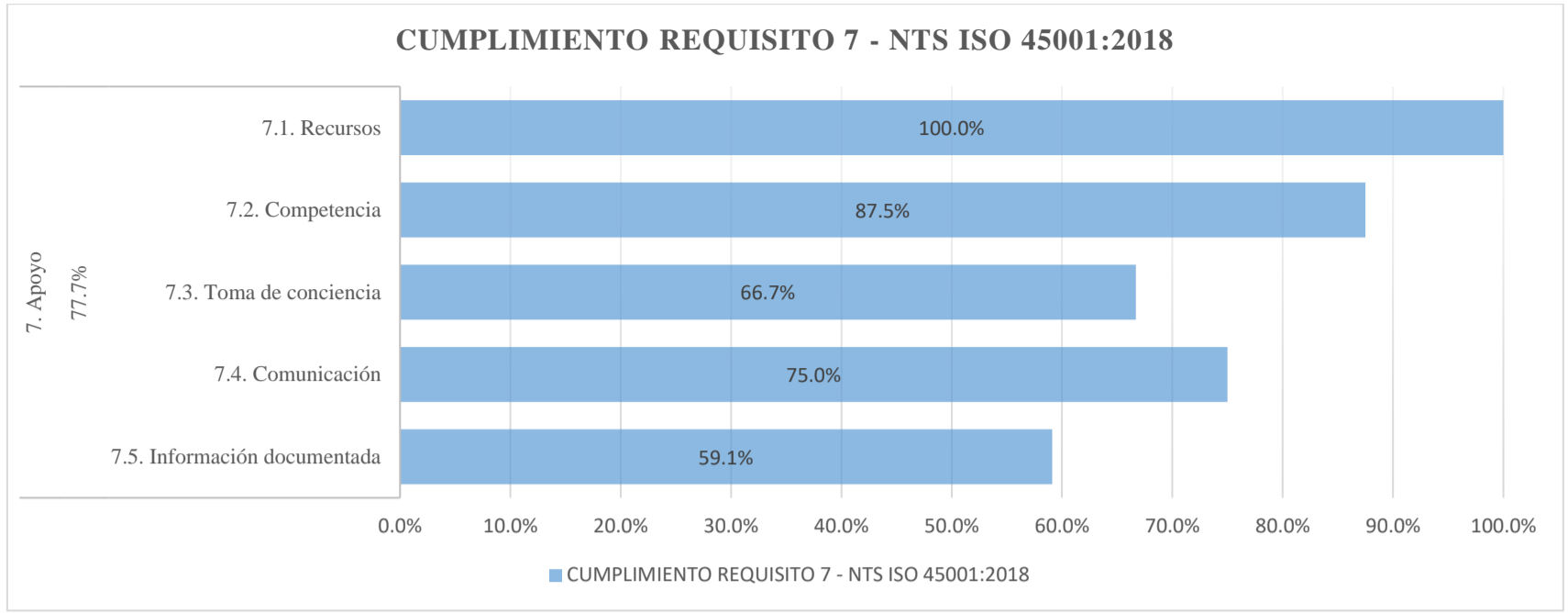
8.1.4 COMPRAS					
1	¿La organización establece, implementa y mantiene procesos para controlar la compra de productos y servicios de forma que se asegure la conformidad con el sistema de gestión de SST?		5		
2	¿La organización coordina sus procesos de compra con contratistas para evaluar y controlar los riesgos de SST que surjan de? a) Las actividades y operaciones de los contratistas que impacten a la organización	0			
3	b) Las actividades y operaciones de la organización que impactan a los trabajadores de los contratistas	0			
4	c) Las actividades y operaciones de los contratistas que impactan en otras partes interesadas en el lugar de trabajo	0			
5	¿La organización se asegura que los requisitos del sistema de gestión de SST se cumplan por los contratistas y por los trabajadores?		5		
6	¿Los procesos de compra definen y aplican los criterios de la seguridad y salud en el trabajo para la selección de contratistas?			10	
7	¿La organización asegura el control sobre las funciones y los procesos contratados externamente?			10	
8	¿La organización se asegura que los acuerdos en materia de contratación externa sean coherentes con los requisitos legales y otros requisitos?			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			50.0%		
8.2 PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS					
1	¿La organización establece, implementa y mantener procesos necesarios para prepararse y para responder ante situaciones de emergencia potenciales?		5		
2	Los procesos de preparación y respuesta incluyen: a) El establecimiento de una respuesta planificada a las situaciones de emergencia incluyendo prestación de primeros auxilios		5		
3	b) La provisión de formación para la respuesta planificada		5		
4	c) Las pruebas periódicas y el ejercicio de la capacidad de respuesta planificada		5		
5	d) La evaluación del desempeño y cuando sea necesario la recisión de la respuesta planificada		5		
6	e) La comunicación y provisión de la información pertinente a todos los trabajadores sobre los deberes y responsabilidades		5		
7	f) La comunicación de la información pertinente a los contratistas, visitantes, servicios de respuesta ante emergencias, autoridades gubernamentales y cuando aplique a la comunidad local	0			
8	g) Las necesidades y capacidades de todas las partes interesadas pertinentes y asegurando que se involucren en la respuesta planificada	0			
9	¿La organización mantiene y conserva información documentada sobre los procesos y planes de respuesta ante situaciones de emergencia potencial?			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			44.4%		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			48.9%		
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO					
9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO					
1	¿La organización establece, implementa y mantiene procesos para el seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño?		5		
2	¿La organización ha determinado? a) Qué necesita seguimiento y medición, incluyendo		5		
3	1) El grado en que se cumplen los requisitos legales		5		
4	2) Actividades y operaciones relacionadas con los peligros, riesgos y oportunidades identificadas		5		
5	3) El progreso en el logro de objetivos de SST	0			
6	4) La eficacia de los controles operacionales y de otros controles	0			
7	b) Métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios		5		
8	c) Los criterios frente a los que la organización evaluara el desempeño de SST	0			
9	d) Cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y medición	0			
10	e) Cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición	0			
11	¿La organización evalúa el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de SST?	0			
12	¿La organización se asegura que el equipo de seguimiento y medición se calibra o verifica según sea aplicable?			10	
13	¿La organización conserva información documentada como evidencia de los resultados de seguimiento, medición análisis y evaluación del desempeño?			10	
14	¿La organización conserva información documentada sobre el mantenimiento, calibración o verificación de los equipos de medición?			10	

15	¿La organización establece, implementa y mantiene procesos para evaluar el cumplimiento con los requisitos legales y otros requisitos?		5		
16	La organización: a) determina la frecuencia y los métodos para la evaluación del cumplimiento	0			
17	b) evalúa el cumplimiento y toma acciones si es necesario		5		
18	c) mantienen el conocimiento y la comprensión de su estado de cumplimiento con los requisitos legales y otros requisitos		5		
19	d) conserva información documentada de los resultados de la evaluación del cumplimiento		5		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			39%		
9.2 AUDITORÍA INTERNA					
1	¿Lleva a cabo la organización auditorías internas que proporcionen información acerca del sistema de gestión de SST?		5		
2	¿Las auditorías proporcionan información sobre el sistema de gestión de SST? a) conforme con los requisitos de la organización y los requisitos de la norma ISO 45001:2018	0			
3	b) Respecto a la implementación y mantenimiento eficaz del sistema	0			
4	¿La organización demuestra? a) Planificación, establecimiento, implementación y mantenimiento de programas de auditoría		5		
5	b) Establecimiento de criterios de auditoría y el alcance para cada una		5		
6	c) Selección de auditores		5		
7	d) Aseguramiento que los resultados de las auditorías se informan a la alta dirección			10	
8	e) Implementación de acciones para abordar las no conformidades y mejorar continuamente el sistema de gestión de SST		5		
9	f) Conservan información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y sus resultados		5		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			44%		
9.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN					
1	¿La alta dirección revisa el sistema de gestión de SST a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua?	0			
2	¿La revisión por la dirección incluye? a) El estado de las acciones de las revisiones previas	0			
3	b) Los cambios en las cuestiones externas e internas, que incluyan 1) Las necesidades y expectativas de las partes interesadas		5		
4	2) Los requisitos legales y otros requisitos			10	
5	3) Los riesgos y oportunidades		5		
6	c) El grado en el que se han cumplido la política y los objetivos del SST	0			
7	d) La información sobre el desempeño del sistema de SST, incluyendo: 1) Los incidentes, no conformidades, acciones correctivas y mejora continua			10	
8	2) Los resultados de seguimiento y medición			10	
9	3) Los resultados de la evaluación de cumplimiento con los requisitos legal y otros requisitos		5		
10	4) Los resultados de la auditoría			10	
11	5) La consulta y participación de los trabajadores			10	
12	6) Los riesgos y oportunidades		5		
13	e) La adecuación de los recursos			10	
14	f) La comunicación pertinente con las partes interesadas		5		
15	g) La mejora continua		5		
16	¿En las salidas de la revisión por la dirección se incluyen decisiones relacionadas con la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de SST?			10	
17	¿En las salidas de la revisión por la dirección se incluyen decisiones relacionadas con las oportunidades de mejora?			10	
18	¿En las salidas de la revisión por la dirección se incluyen decisiones relacionadas con los recursos necesarios?			10	
19	¿En las salidas de la revisión por la dirección se incluyen decisiones relacionadas con las acciones?			10	
20	¿La alta dirección comunica a los trabajadores los resultados pertinentes de las revisiones?	0			
21	¿La organización conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección?			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			66.7%		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			50.2%		



10 MEJORA					
10.1 GENERALIDADES					
1	¿La organización determina las oportunidades de mejora e implementa las acciones necesarias para alcanzar los resultados previstos del sistema de gestión de SST?		5		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			50.0%		
10.2 INCIDENTES, NO CONFORMIDAD Y ACCIONES CORRECTIVAS					
1	¿La organización establece, implementa y mantiene procesos para determinar y gestionar los incidentes y las no conformidades?		5		
2	¿Ante un incidente o una no conformidad, la organización? a) Reacciona de manera oportuna tomando acciones para controlar y corregir el incidente y hacer frente a las consecuencias		5		
3	b) Evalúa, con la participación de los trabajadores, la necesidad de acciones para eliminar la causa del incidente o la no conformidad mediante 1) investigación del incidente o la revisión de la no conformidad			10	
4	2) Determinación de las causas de los incidentes o de la no conformidad			10	
5	3) Determinación si ha ocurrido incidentes similares, si existen no conformidades o si potencialmente pudiesen ocurrir			10	
6	c) Revisa las evaluaciones existentes de los riesgos para la SST		5		
7	d) Determina e implementa cualquier acción necesaria de acuerdo con la jerarquía y gestión de cambios		5		
8	e) Evalúa los riesgos de la SST que se relacionan con los peligros nuevos o modificados antes de tomar acciones		5		
9	f) Revisa la eficacia de cualquier acción tomada incluyendo las acciones correctivas		5		
10	g) Realiza los cambios necesarios del sistema de gestión de SST	0			
11	¿La organización conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de los incidentes o de las no conformidades?			10	
12	¿La organización conserva información documentada como evidencia de los resultados de cualquier acción correctiva?			10	
13	¿La organización comunica la información documentada de los incidentes y no conformidades a los trabajadores y otras partes interesadas pertinentes?			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			69.2%		
10.3 MEJORA CONTINUA					
1	¿Se mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de SST para? a) mejorar el desempeño de la SST		5		
2	b) promover una cultura que apoye al sistema de gestión de SST		5		
3	c) promover la participación de los trabajadores en la implementación de acciones de mejora del sistema			10	
4	d) comunicar los resultados pertinentes de la mejora continua a los trabajadores		5		
5	e) mantener y conservar la información documentada como evidencia de la mejora continua	0			
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			50.0%		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			56.4%		

APÉNDICE 9. GRÁFICAS DE RESULTADOS PARA NTS ISO 45001:2018





APÉNDICE 10. GUÍA DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO LEGAL

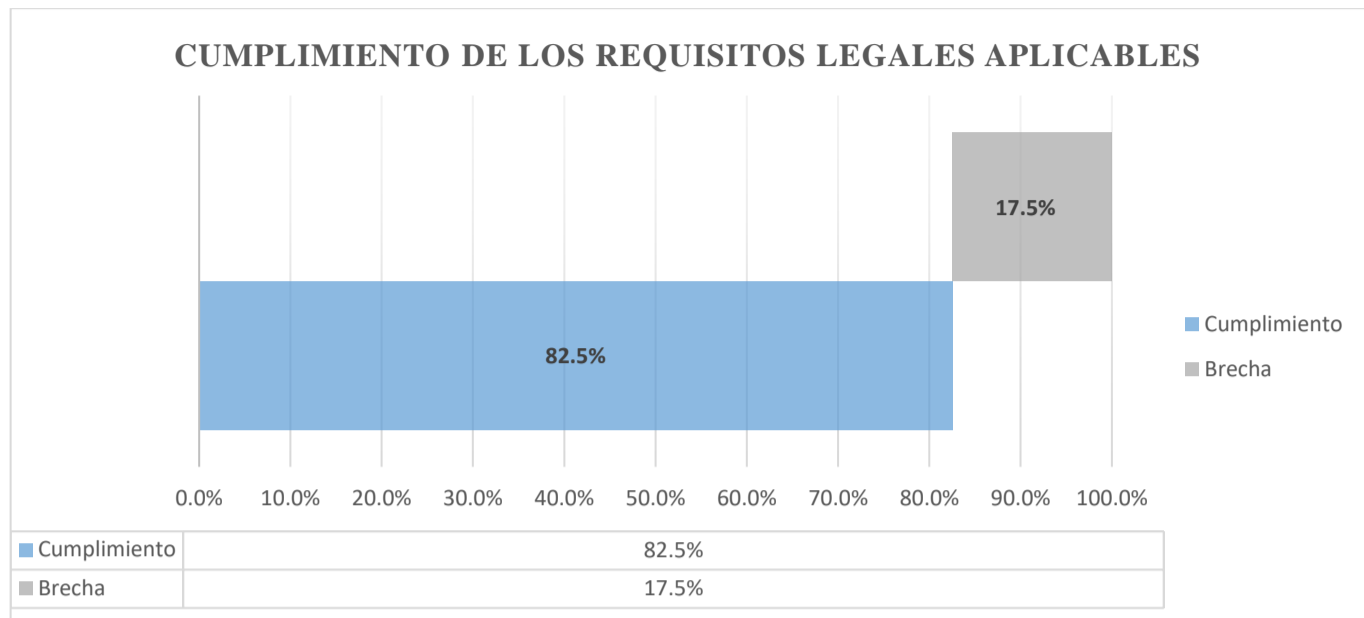
		GUÍA DE VERIFICACIÓN				
Nombre de la Organización:	Hospital Divina Providencia					
Unidad:	Dirección general					
Fecha:	Agosto 2024					
EVALUACIÓN LEGAL Y REGLAMENTARIA						
CRITERIOS DE EVALUACIÓN: A. No Cumple (No se evidencia, no se implementa; 0 puntos), B. Cumple parcialmente (Se evidencia indirectamente, se implementa indirectamente; 5 puntos), C. Cumple (Se evidencia, se implementa; 10 puntos)						
REQUISITOS		A	B	C	COMENTARIOS	
		0	5	10		
DECRETO 955. CÓDIGO DE SALUD						
1	El ejercicio de cada profesión comprende la prescripción, elaboración, administración, indicación o aplicación de cualquier procedimiento directo o indirecto destinado al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades			10		
2	Son obligaciones de los profesionales relacionados con la salud, e) Cumplir con las disposiciones vigentes sobre la prescripción de estupefacientes, psicotrópicos y agregados			10		
3	Toda defunción ocurrida es certificada conforme a la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción, durante las primeras 24 - 72 horas			10		
4	La institución contrata profesionales autorizados por la junta de vigilancia respectiva.			10		
5	El personal se somete a los exámenes clínicos para dedicarse a la manipulación y preparación de alimentos			10		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		100%				
RTA CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS						
1	Cuentan con un portafolio de servicios			10		
2	Se ha seleccionado un Regente Medico, con especialidad en cuidados paliativos			10		
3	Disponen del manual administrativo			10		
4	Disponen de manuales de procedimientos			10		
5	Cuentan con planes de trabajo			10		
6	Se encuentran definidas los lineamientos para el control de infecciones en la atención sanitaria			10		
7	La lista de protocolos existentes incluyen: - Protocolo de sedación - Protocolo de manejo de opioides -Protocolo de manejo de síntomas			10		
8	Cuentan con un protocolo de supervisión y monitoreos de enfermería			10		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		100%				
DECRETO 20. REGLAMENTO DE ESTUPEFACIENTES, PSICOTRÓPICOS, PRECURSORES, SUSTANCIAS Y PRODUCTOS QUÍMICOS Y AGREGADOS						
1	Cuentan con el permiso correspondiente para el uso, manejo y control de estupefacientes, psicotrópicos y agregados			10		
2	Los medicamentos con prescripción facultativa son prescritos por profesionales médicos o habilitados para el ejercicio de la profesión, informando al paciente sobre la acción terapéutica, modo de uso, indicaciones, efectos secundarios y posibles efectos adversos			10		
3	La prescripción de estupefacientes, psicotrópicos o agregados se realizan utilizando los Recetarios Especiales proporcionados por la SRS			10		
4	En las prescripciones de estupefaciente, psicotrópico o agregado, se indica: la dosis necesaria para un tratamiento, cantidades en letras y números, dosis diaria y concentración del medicamento,			10		
5	Cuentan con un Libro o Sistema de Control para el registro diario de la dispensación de este tipo de medicamentos			10		
6	Estampan en el original y duplicado las recetas con un sello que indique "DISPENSADA" y fecha.			10		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		100%				

DECRETO 307. LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD				
1	Todo procedimiento de atención médica es de mutuo acuerdo con el paciente o representante, lo que deberá constar por escrito y firmado en el formulario autorizado para tal fin			10
2	Existe un proceso para recibir sugerencias, consultas, quejas o reclamos respecto a la atención de salud que reciben los pacientes, familiares o representantes		5	
3	d) Cuentan con las medidas técnicas y procedimientos adecuados para el resguardo y protección de los expedientes, así como de los datos contenidos en los mismos			10
4	Se han establecido y comunicado las acciones consideradas como infracciones graves, menos graves y leves, aplicables a los profesionales de salud			10
5	Cuentan con un procedimiento para la aplicación de sanciones al personal que sustraiga información, datos del expediente, medicamentos e insumos médicos de la institución de salud		5	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			80.0%	
DECRETO 14. REGLAMENTO DE LA LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD				
1	Cuentan con un reglamento interno autorizado por el MINSAL			10
2	Cuentan con el Comité de Ética Asistencial			10
3	El Comité de Ética Asistencial conoce las funciones y atribuciones que le conciernen			10
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			100%	
DECRETO 1008. LEY DE MEDICAMENTOS				
1	Los medicamentos con prescripción facultativa son prescritos por profesionales médicos o habilitados para el ejercicio de la profesión			10
2	Toda receta contiene la siguiente información. Datos del médico y paciente Nombre del medicamento Presentación Dosis con detalle de la concentración del medicamento Vía de administración Días de tratamiento y cantidad prescrita en números Lugar, fecha, firma y sello del prescriptor			10
3	La supervisión y responsabilidad de la Dispensación de medicamentos lo realiza un profesional Químico Farmacéutico			10
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			100%	
RTS 13.03.01:14 REGLAMENTO TÉCNICO SALVADOREÑO PARA EL MANEJO DE LOS DESECHOS BIOINFECCIOSOS				
1	Los desechos bioinfecciosos y comunes son clasificados			10
2	Cuentan con procedimiento para el manejo, control, almacenamiento y ruta de traslado de los desechos bioinfecciosos y comunes			10
3	La empresa que recolecta y transporta los desechos bioinfecciosos hasta el sitio de tratamiento y disposición final tiene permiso del Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales vigente.			10
4	Se cuenta con un procedimiento de desinfección de contenedores recolectores de DB			10
5	El personal conoce y utiliza el equipo de protección personal necesario para el manejo de DB			10
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			100%	
RTS 11.02.02:16 PRODUCTOS FARMACÉUTICOS. MEDICAMENTOS PARA USO HUMANO. FARMACOVIGILANCIA.				
1	Se cuenta con un mecanismo institucional de vigilancia de la seguridad de los medicamentos			10
2	b) El personal recibe capacitaciones referentes a la Farmacovigilancia		5	
3	c) Se ha establecido un profesional referente de farmacovigilancia			10
4	d) Se realizan investigaciones en caso de sospecha de riesgo para la salud de los pacientes atendidos			10
5	f) Cuentan con un esquema de gestión del riesgo cuando se detectan problemas con un medicamento			10
6	h) Informan al CNFV las sospechas de problemas relacionados a medicamentos que comprometa la práctica habitual para la salud pública.			10
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			91.7%	



CÓDIGO DE TRABAJO				
1	Cada trabajador ha firmado un contrato individual de trabajo			10
2	Los trabajadores son sometidos a exámenes médicos requeridos por la ley			10
3	cuentan con un reglamento interno de trabajo, previamente aprobado por el Director General de Trabajo			10
4	Se lleva registro de planillas o recibos de pago que consten los salarios ordinarios y extraordinarios por cada trabajador			10
5	La jornada de trabajo diurno no excede las ocho horas diarias, y semanalmente no excede cuarenta y cuatro horas			10
6	La jornada de trabajo nocturno no excede las siete horas diarias, y semanalmente no excede treinta y nueve			10
7	Se concede al personal los asuetos, licencias y remuneraciones anuales previstos en la Ley			10
8	Se concede a la trabajadora embarazada la licencia por maternidad, remunerada legalmente y respetando su estabilidad laboral			10
9	¿Se consideran medidas adecuadas de seguridad e higiene del trabajo para proteger la vida, la salud y la integridad corporal de los empleados?			10
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				100%
DECRETO 254. LEY GENERAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LOS LUGARES DE TRABAJO (LGPRLT)				
1	¿Formulan y ejecutan el programa de gestión de prevención de riesgos ocupacionales?	0		
2	Cuentan con un comité de seguridad y salud ocupacional		5	
3	Los delegados de prevención nombrados por el comité estarán constituidos en proporción al número de trabajadores de conformidad a la escala de Ley	0		
4	El Ministerio de Trabajo ha proporcionado la capacitación inicial de los miembros del comité		5	
5	Cuentan con un sistema de señalización de seguridad que sea visible y de comprensión general		5	
6	Los empleados cuentan con equipo de protección personal, ropa de trabajo, herramientas especiales y medios técnicos de protección colectiva			10
7	Los equipos utilizados reciben mantenimiento constante (si lo requiere) para prevenir riesgos de mal funcionamiento, y cuentan con una programación de revisión y limpieza periódica			10
8	Cuentan con un inventario de sustancias químicas existentes, clasificadas en función del tipo y grado de peligrosidad		5	
9	Cuentan con planes de emergencia y evacuación en casos de accidentes o desastres, así como, todo el personal lo conoce y está capacitado para llevar a cabo las acciones que contemplan el plan		5	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				50.0%
DECRETO 86. REGLAMENTO DE GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LOS LUGARES DE TRABAJO				
1	El comité de seguridad y salud ocupacional está conformado representantes del empleador y por elección de los trabajadores		5	
2	El empleador se asegura que haya presencia de al menos un miembro del comité en las diferentes jornadas de trabajo	0		
3	El periodo de funciones del comité se ha establecido de acuerdo con la Ley	0		
4	Todos los miembros del comité han recibido el curso básico impartido por la Dirección General de Prevención Social		5	
5	Cuentan con un mapa de riesgos, que por medio de un plano localice los riesgos y las condiciones de trabajo	0		
6	Cuentan con un registro de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y sucesos peligrosos			10
7	El empleador garantiza que los trabajadores reciban entrenamiento teórico y práctico en materia de seguridad y salud en el trabajo, de acuerdo con el Plan Anual		5	
8	Se cuentan con programas complementarios que incluyan el establecimiento de medidas educativas y de sensibilización sobre temas de alcohol, drogas, ETS, VIH/SIDA, salud mental y reproductiva	0		
9	El programa de gestión de prevención de riesgos es actualizado anualmente	0		
10	Se ha formulado una política en materia de seguridad y salud ocupacional	0		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)				25.0%

DECRETO 89. REGLAMENTO GENERAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LOS LUGARES DE TRABAJO				
1	Se evalúan los riesgos existentes de acuerdo con los puestos de trabajo		5	
2	Se utilizan los colores de seguridad en la señalización de acuerdo con la clasificación de la ley		5	
3	Cuentan con las clases y la cantidad de extintores, para el tipo de fuego a prevenir de acuerdo con la clasificación de la ley			10
4	Las sustancias químicas se almacenan en lugares diferentes a los de trabajo y la bodega permanece limpia, ventilada, iluminada y convenientemente señalizando los productos químicos			10
5	Dentro de las instalaciones se encuentran instaladas duchas de emergencia y/o lavaojos	0		
6	Cuentan con un protocolo de evaluación del personal y controles de los factores de riesgos por agentes biológicos	0		
7	Se implementan medidas para prevenir, identificar, eliminar o reducir los riesgos psicosociales	0		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			42.9%	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			82.5%	

Nota: Los requisitos legales considerados en este instrumento de verificación fueron abordados y autorizados en reuniones de trabajo con los representantes del sujeto de estudio. Los incisos vertidos son únicamente con fines académicos y se evaluó una muestra de los pertinentes al quehacer de la organización.



APÉNDICE 11. GRÁFICA DE RESULTADOS SOBRE LOS REQUISITOS LEGALES

APÉNDICE 12. GUÍA DE VERIFICACIÓN DOCUMENTAL NTS ISO 9001:2015

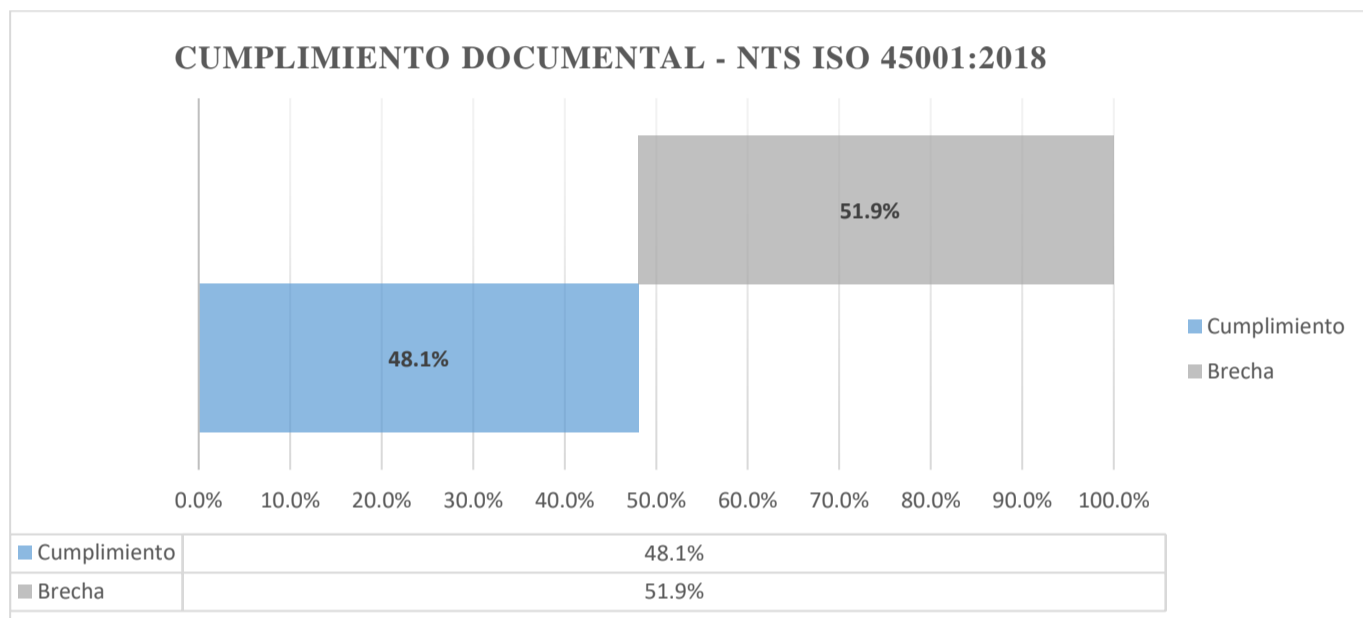
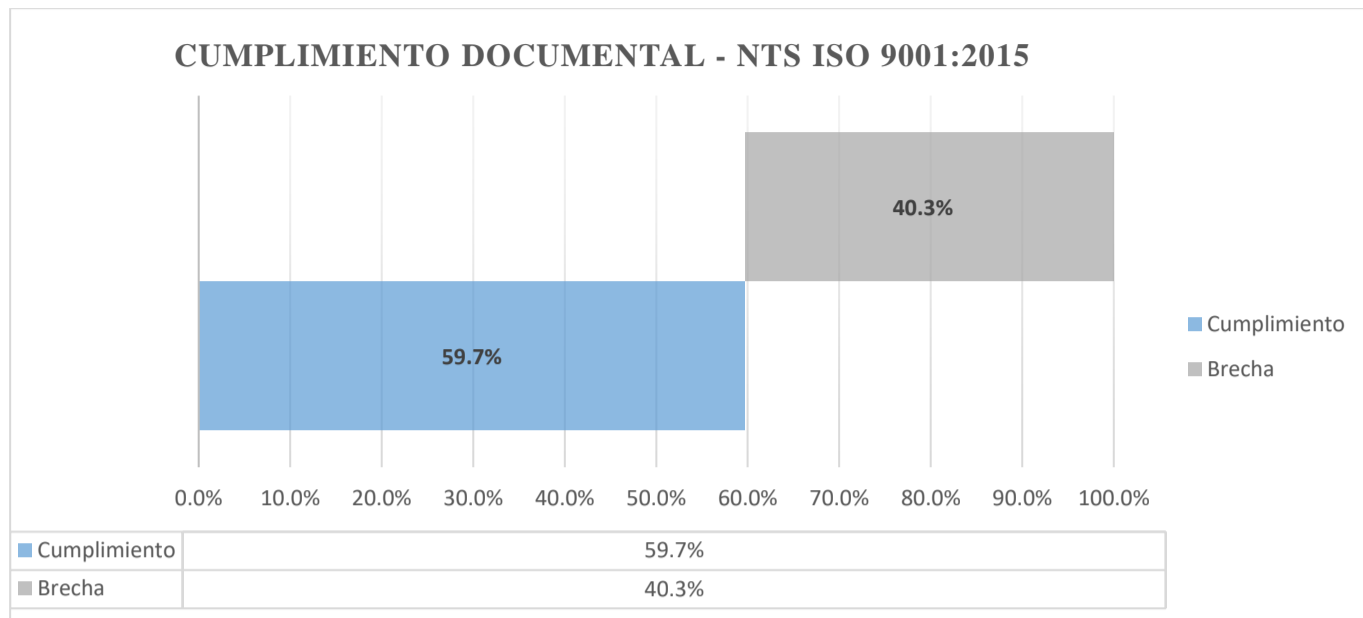
		GUÍA DE VERIFICACIÓN				
Nombre de la Organización:	Hospital Divina Providencia					
Unidad:	Dirección general					
Criterios:	Requisitos de la norma NTS ISO 9001:2015					
Fecha:	Agosto 2024					
EVALUACIÓN DOCUMENTAL DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD NTS ISO 9001:2015						
CRITERIOS DE EVALUACIÓN: A. No Cumple (No se evidencia, no se implementa; 0 puntos), B. Cumple parcialmente (Se evidencia indirectamente, se implementa indirectamente; 5 puntos), C. Cumple (Se evidencia, se implementa; 10 puntos)						
REQUISITOS	CLASIFICACIÓN	A	B	C	COMENTARIOS	
	Mt: Mantenerse Cs: Conservarse D: Disponible	0	5	10		
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN						
4.3	Alcance del SGC	D – Mt	0			
4.4.2	a) Información de apoyo para la operación de procesos	Mt		5		
4.4.2	b) Información para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado	Cs		5		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C)/100)			33.3%			
5. LIDERAZGO						
5.2.1	Política de calidad	Mt	0			
5.3	Evidencia de las responsabilidades, roles, asignación y autoridades del sistema dentro de la organización	Mt		10		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C)/100)			50.0%			
6. PLANIFICACIÓN						
6.2.1	Objetivos de calidad	Mt	0			
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C)/100)			0.0%			
7. APOYO						
7.1.5.1	Evidencia de que los recursos de seguimiento y medición son idóneos para los propósitos definidos	Cs		5		
7.1.5.2	Información documentada referente a las bases utilizadas para calibraciones o verificaciones	Cs		10		
7.2	Evidencia de la competencia del personal	Cs		10		
7.5.3	Evidencia del control de la información documentada (distribución, acceso, almacenamiento, versiones, conservación y disposición)	D – Cs		5		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C)/100)			75.0%			
8. OPERACIÓN						
8.1	e) 1 - Información documentada de la planificación de procesos	Mt – Cs		10		
	e) 2 - Información documentada de la conformidad de los servicios con los requisitos establecidos	Mt – Cs		10		
8.2.3.2	a) Resultados de la revisión	Cs		10		
8.2.3.2	b) Nuevos requisitos para los servicios	Cs		10		
8.3	Información sobre las entradas del diseño y desarrollo	Cs	-	-	-	
8.4.1	Información documentada de los procesos, productos y servicios suministrados externamente	Cs	0			
8.4.1	Información documentada de las evaluaciones realizadas a los procesos, productos y servicios suministrados externamente	Cs	0			

8.5.1	información documentada de las características de los productos y servicios, así como de los resultados a alcanzar	D			10	
8.5.2	Documentos que permitan trazabilidad cuando este sea un requisito	Cs			10	
8.5.3	Propiedad perteneciente a los clientes (identificación, verificación, protección, pérdida o extravió)	Cs			10	
8.5.6	Información documentada sobre resultados de la revisión del control de cambios	Cs		5		
8.6	Información sobre la liberación de servicios, que incluya evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación	Cs			10	
8.6	Información sobre la liberación de servicios, que incluya trazabilidad de quienes autorizan la liberación	Cs			10	
8.7.2	a) Información documentada que describa la no conformidad de las salidas NC	Cs			10	
8.7.2	b) Información documentada que describa las acciones tomadas sobre las salidas NC	Cs			10	
8.7.2	c) Información documentada que describa las concesiones obtenidas de las salidas NC	Cs			10	
8.7.2	d) Información documentada que identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la NC	Cs			10	
Valor Estructura: % Obtenido $((A+B+C)/100)$					84.4%	
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO						
9.1.1	Evidencia de los resultados de seguimiento, medición, análisis y evaluación	Cs		5		
9.2.2	Programa de auditoría	Mt		5		
9.2.2	f) Información documentada como evidencia de los resultados de las auditorías	Cs			10	
9.3.3	Evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección	Cs			10	
Valor Estructura: % Obtenido $((A+B+C)/100)$					75.0%	
10. MEJORA						
10.2.2	a) información documentada como evidencia de las no conformidades y acciones posteriores	Cs			10	
10.2.2	b) información documentada como evidencia de los resultados de las acciones correctivas	Cs			10	
Valor Estructura: % Obtenido $((A+B+C)/100)$					100%	
Valor Estructura: % Obtenido $((A+B+C)/100)$					59.7%	



APÉNDICE 13. GUÍA DE VERIFICACIÓN DOCUMENTAL NTS ISO 45001:2018

		GUÍA DE VERIFICACIÓN				
Nombre de la Organización:	Hospital Divina Providencia					
Unidad:	Dirección general					
Criterios:	Requisitos de la norma NTS ISO 45001:2018					
Fecha:	Agosto 2024					
EVALUACIÓN DOCUMENTAL DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD NTS ISO 45001:2018						
CRITERIOS DE EVALUACIÓN: A. No Cumple (No se evidencia, no se implementa; 0 puntos), B. Cumple parcialmente (Se evidencia indirectamente, se implementa indirectamente; 5 puntos), C. Cumple (Se evidencia, se implementa; 10 puntos)						
REQUISITOS	CLASIFICACIÓN	A	B	C	COMENTARIOS	
	Mt: Mantenerse Cs: Conservarse D: Disponible	0	5	10		
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN						
4.3	Alcance del SST	D	0			
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		0.0%				
5. LIDERAZGO Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES						
5.2	Política de seguridad y salud en el trabajo	Mt - D	0			
5.3	Evidencia de las responsabilidades, roles, asignación y autoridades del sistema dentro de la organización	Mt		5		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		25.0%				
6. PLANIFICACIÓN						
6.1.1	Información sobre riesgos y oportunidades	Mt		5		
6.1.1	Procesos y acciones para determinar y abordar riesgos y oportunidades	Mt		5		
6.1.2.2	Metodologías y criterios para la evaluación de riesgos	Mt - Cs		5		
6.1.3	Información sobre requisitos legales y otros requisitos, así como la actualización	Mt - Cs		5		
6.2.2	Objetivos del SST	Mt - Cs	0			
6.2.2	Planes de acción para el logro de objetivos	Mt - Cs	0			
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		33.3%				
7. APOYO						
7.2	d) Evidencia de la competencia del personal	Cs			10	
7.4.1	Evidencia de las comunicaciones pertinentes al sistema	Cs		5		
7.5.3	Evidencia del control de la información documentada (distribución, acceso, almacenamiento, versiones, conservación y disposición)	D - Cs		5		
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		66.7%				
8. OPERACIÓN						
8.1.1	c) información documentada de la planificación de procesos	Mt - Cs		5		
8.2	Planes de respuesta ante situaciones de emergencia	Mt - Cs			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		75.0%				
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO						
9.1.1	Evidencia de los resultados de seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño	Cs		5		
9.1.1	Evidencia sobre el mantenimiento, calibración o verificación de equipos de medición	Cs			10	
9.1.2	Resultados de la evaluación del cumplimiento con requisitos legales	Cs		5		
9.2.2	f) información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y sus resultados	Cs		5		
9.3	Evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección	Cs			10	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		70.0%				
10. MEJORA						
10.2	procesos para determinar y gestionar los incidentes y las no conformidades	Cs		5		
10.2	información documentada como evidencia de los incidentes o las no conformidades y acciones posteriores	Cs			10	
10.2.2	información documentada como evidencia de los resultados de las acciones correctivas	Cs			10	
10.3	Evidencia de la mejora continua del SST	Mt - Cs	0			
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		66.7%				
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		48.1%				



APÉNDICE 14. GRÁFICAS DE RESULTADOS DE CUMPLIMIENTO DOCUMENTAL





APÉNDICE 15. GUÍA DE VERIFICACIÓN DE PERFIL DEL PUESTO

		<p align="center">GUÍA DE VERIFICACIÓN</p>			
Nombre de la Organización:		Hospital Divina Providencia			
Fecha:		Agosto 2024			
EVALUACIÓN DEL PERFIL DEL PUESTO					
OBJETIVO: Estudiar elementos fundamentales que la organización debe considerar para establecer el grado de competencia del personal.					
INDICACIONES: Marcar con una X los elementos en los que se evidencie cumplimiento o incumplimiento.					
ELEMENTOS		Cumple	No cumple	% de cumplimiento	Observaciones y oportunidades de mejora
1	Nivel académico	X		9.09 %	
2	Formación profesional	X		9.09 %	
3	Experiencia laboral	X		9.09 %	
4	Funciones del puesto	X		9.09 %	
5	Línea jerárquica	X		9.09 %	
6	Objetivo del puesto	X		9.09 %	
7	Resultados esperados	X		9.09 %	
8	Legislación aplicable	X		9.09 %	
9	Competencias técnicas	X		9.09 %	
10	Competencias conductuales y habilidades	X		9.09 %	
11	Relación de los elementos del descriptor con las normas NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018		X	0.00 %	
Porcentaje de cumplimiento global:				91.0 %	

APÉNDICE 16. CUESTIONARIO DE CLIMA ORGANIZACIONAL

 CUESTIONARIO 						
Nombre de la Organización:	Hospital Divina Providencia					
Fecha:	Agosto 2024					
EVALUACIÓN DEL CLIMA ORGANIZACIONAL						
OBJETIVO: Conocer el grado de satisfacción del personal que labora en el Hospital Divina Providencia						
INDICACIONES: Contestar según su opinión, marcando con una X cada uno de los ítems que se le presentan a continuación.						
CRITERIOS DE EVALUACIÓN: A. Nada Satisfecho (0 puntos), B. Poco Satisfecho (5 puntos), C. Totalmente Satisfecho (10 puntos)						
INTERROGANTES		SI	NO	GRADO DE SATISFACCIÓN		
				A	B	C
				0	5	10
CONDICIONES DE TRABAJO						
1	¿Dispone de recursos materiales y equipo para llevar a cabo sus funciones?	X				X
2	¿Cuenta con el equipo de protección personal adecuado para minimizar la exposición a peligros en su puesto de trabajo?	X				X
3	¿Las instalaciones están señalizadas para guiar a todo el personal en caso de emergencia?	X				X
4	¿Le han indicado las ubicaciones de los extintores, así como el tipo de extintor para ser utilizado en caso de incendio?	X				X
5	¿Conoce sus derechos y deberes como trabajador?	X				X
6	¿Las condiciones de ruido, temperatura, iluminación, limpieza y orden en su área de trabajo le permiten desempeñar las actividades que le han sido asignadas?	X				X
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)						
RELACIONES INTERPERSONALES						
7	¿Se fomenta y desarrolla el trabajo en equipo?	X				X
8	¿Sus compañeros de trabajo actúan con respeto y profesionalismo?	X				X
9	¿Cuenta con la colaboración de sus compañeros incluso cuando pertenezcan a diferentes áreas de trabajo?	X				X
10	¿Considera que los jefes o coordinadores escuchan y atienden cualquier sugerencia respecto a las funciones que realiza?	X				X
11	¿Considera que los conflictos o diferencias interpersonales son resueltas con prontitud?	X				X
Puntaje Obtenido						
COMUNICACIÓN INTERNA						
12	¿Considera que la comunicación interna en la organización es una actividad permanente y planificada?	X				X
13	¿Recibe retroalimentación sobre las labores que realiza, incluyendo acciones para mejorar su desempeño?	X				X
14	¿Mantienen medios de comunicación efectiva?	X				X
15	¿La dirección comunica abiertamente los proyectos o actividades a ejecutar?	X				X
16	¿Considera que la forma en la que comunican cambios o modificaciones en las actividades pertinentes a sus funciones es adecuada?	X				X
Puntaje Obtenido						
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL						
17	¿Sus funciones están claramente definidas?	X				X
18	¿Conoce a quienes acudir jerárquicamente ante cualquier situación no rutinaria?	X				X
19	¿Conoce la misión y visión de la institución?	X				X
Puntaje Obtenido:						
FORMACIÓN PROFESIONAL						
20	¿Recibe capacitaciones para fortalecer sus conocimientos profesionales?	X				X
21	¿Recibe capacitaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo?	X				X
22	¿Recibe capacitaciones en materia de desarrollo personal y actitudinal?	X				X
23	¿Le han realizado evaluaciones periódicas que permitan la retroalimentación de sus funciones, actitudes y desarrollo?	X				X
Puntaje Obtenido:						
DIMENSIÓN PSICOSOCIAL						
24	¿Realizan actividades de esparcimiento que promuevan la disminución del grado de estrés laboral?	X				X
25	¿La carga laboral y el estrés se ha convertido en una de sus preocupaciones diarias?	X				X
26	¿Se siente motivado para realizar su trabajo?	X				X
27	¿Dispone de espacios habilitados dentro de la institución para descansar, comer y relajarse?	X				X
28	¿La jornada de trabajo casi siempre se prolonga más de las horas diarias establecidas en el contrato?	X				X
29	¿Considera que su trabajo es repetitivo, rutinario y aburrido?	X				X
30	¿Enfrenta problemas con el comportamiento de sus compañeros?	X				X
31	¿Considera que usted o algún compañero de trabajo sufre de discriminación, falta de respeto o maltrato?	X				X
Puntaje Obtenido						

APÉNDICE 17. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN PARA USUARIOS DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

 CUESTIONARIO 						
Nombre de la Organización:	Hospital Divina Providencia					
Unidad:	Pacientes y familiares					
Fecha:	Agosto 2024					
SATISFACCIÓN PARA USUARIOS DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA						
OBJETIVO: Conocer la percepción de los pacientes o familiares del servicio y atención que brinda el Hospital Divina Providencia						
INDICACIONES: Contestar según su opinión, marcando con una X cada uno de los ítems que se le presentan a continuación. Si el paciente no se encuentran en condiciones para responder el cuestionario puede realizarlo el familiar o cuidador.						
CRITERIOS DE EVALUACIÓN: A. Nada Satisfecho (0 puntos), B. Poco Satisfecho (5 puntos), C. Totalmente Satisfecho (10 puntos)						
INTERROGANTES	SI	NO	GRADO DE SATISFACCIÓN			
			A	B	C	
			0	5	10	
1	¿El personal proporcionó inducción sobre las instalaciones?	X				X
2	¿El personal informó sobre los deberes y derechos dentro del Hospital?	X				X
3	¿Le informaron sobre las actividades de esparcimiento que realizan?	X				X
4	¿Los familiares fueron informados sobre trámites, condiciones del servicio y procedimientos que realiza el Hospital?	X				X
5	¿Le proporcionaron insumos para su cuidado?	X				X
6	¿Los baños se mantienen disponibles y limpios en todo momento?	X				X
7	¿Recibe alimentos por parte del Hospital?	X				X
8	¿Cuándo surgen dudas o consultas, el personal ha explicado correctamente hasta solucionar las interrogantes?	X				X
9	¿Ha recibido tratamiento para el dolor?	X				X
10	¿Le realizaron la toma de signos vitales diariamente?	X				X
11	¿Las condiciones de salud del paciente son informados a los familiares?	X				X
12	¿Se explicó cada procedimiento en el momento de realizarlo (canalización, inyecciones, exámenes, entre otros)?	X				X
13	¿Le informaron a su familiar sobre las medidas, indicaciones y cuidados a considerar cuando sea remitido a su casa?	X				X
14	¿Las rondas incluyen preguntan sobre sus síntomas, grado o nivel de dolor y condiciones de mejora o evaluación?	X				X
15	¿Cuándo realizan modificaciones en su tratamiento le comunican los cambios?	X				X
16	¿Considera que el personal se refiere a usted o familiares con cordialidad, respeto y empatía?	X				X
17	¿Le realizan visitas para atender su salud espiritual?	X				X
18	¿Se siente satisfecho de la atención hospitalaria que recibe?	X				X
19	¿Recibe buena atención por parte del personal de servicio social?	X				X
20	¿Considera que las instalaciones del hospital son adecuadas, incluso para desplazarse en silla de ruedas, andadera, muletas u otros dispositivos de asistencia de movilidad?	X				X
Puntaje Obtenido:						

APÉNDICE 18. PROPUESTA DOCUMENTAL PARA EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

NTS ISO 9001:2015	NTS ISO 45001:2018	Requisito	Código	Documentado en Nombre del documento
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN				
4.1	4.1	Comprensión de la organización y contexto	MSIG-01-F01	Matriz del contexto interno y externo
4.2	4.2	Comprensión de las necesidades y expectativas	MSIG-01-F02*	Matriz de partes interesadas
4.3	4.3	Alcance	MSIG-01*	Manual del Sistema Integrado de Gestión
4.4	4.4	Sistema de gestión y sus procesos	N/A	Mapa procesos
			MSIG-01-F03*	Fichas de procesos
5. LIDERAZGO				
5.1	5.1	Liderazgo y compromiso	MSIG-01*	Manual del Sistema Integrado de Gestión
5.1.2		Enfoque al cliente	PR-05-F01*	Encuesta de satisfacción del servicio
			PR-08	Procedimiento de inducción a pacientes y familiares
5.2	5.2	política	MSIG-01*	Manual del Sistema Integrado de Gestión
5.3	5.3	Roles, responsabilidades y autoridades	M-01	Manual de funciones de trabajo
	5.4	Consulta y participación de los trabajadores	MSIG-01-F04*	Matriz de comunicación, participación y consulta de los trabajadores
6. PLANIFICACIÓN				
6.1	6.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	PR-01*	Procedimiento de riesgos y oportunidades
			PR-01-F01*	Identificación de riesgos y oportunidades
			PR-01-F02*	Matriz de evaluación de riesgos y oportunidades
	6.1.1	Generalidades	MSIG-01-F05*	Metodología de identificación de peligros y evaluación de riesgos (IPER)
	6.1.2	Identificación de peligros y evaluación de los riesgos y oportunidades		
	6.1.3	Determinación de los requisitos legales y otros requisitos	PR-07*	Procedimiento de Identificación y Evaluación de Requisitos legales y otros requisitos
			PR-07-F01*	Matriz de Identificación y evaluación de requisitos legales y otros requisitos
6.2	6.2	Objetivos y planificación para lograrlos	MSIG-01*	Manual del Sistema Integrado de Gestión
6.3		Planificación de los cambios	PR-08	Procedimiento de control de cambios del Sistema
			PR-08-F01	Matriz de planificación de cambios del Sistema
7. APOYO				
7.1	7.1	Recursos	PR-09	Procedimiento de mobiliario y equipo
			PR-04*	Procedimiento de compras
7.1.2		Personas	PR-03*	Procedimiento de personal
			M-01	Manual de Funciones de trabajo
7.1.3		Infraestructura	PR-10-F01	Programa de mantenimiento de instalaciones
			PR-10-F02	Programa de control de plagas
7.1.4		Ambiente para la operación de los procesos	PR-10	Procedimiento de mantenimiento de condiciones físicas y ambientales
7.1.5		Recursos de seguimiento y medición	PR-09-IT01	Instrucción de trabajo para el uso y manejo de equipos e insumos médicos
			PR-09-F01	Programa de mantenimiento y calibración de equipos
7.1.6		Conocimientos de la organización	PR-03-F01*	Plan de capacitación
7.2	7.2	Competencia	M-01	Manual de Funciones de trabajo
			PR-03*	Procedimiento de personal
			PR-03-F02*	Programación de supervisión de la eficacia de la formación
7.3	7.3	Toma de conciencia	PR-11	Procedimiento de concientización de personal
			PR-11-F01	Programa de concientización anual
7.4	7.4	Comunicación	MSIG-01-F06	Matriz de comunicación interna y externa
	7.4.2	Comunicación interna		
	7.4.3	Comunicación externa		
7.5	7.5	Información documentada	PR-02*	Procedimiento de gestión documental
			PR-02-F01*	Lista maestra de control de documentos internos
			PR-02-F02*	Lista maestra de control de documentos externos
			PR-02-F03*	Lista de control de cambios de documentos
			PR-02-F04*	Lista de documentos vigentes
8. OPERACIÓN				
8.1	8.1.1	Planificación y control operacional	MSIG-01*	Manual del Sistema Integrado de Gestión
			MSIG-01-F07	Plan anual operativo
			MSIG-01-F03*	Fichas de procesos
	8.1.2	Eliminar peligros y reducir riesgos del SST	MSIG-01-F05*	Metodología de identificación de peligros y evaluación de riesgos (IPER)
	8.1.3	Gestión del cambio	PR-08	Procedimiento para planificación de cambios del sistema
			PR-08-F01	Matriz de planificación de cambios del Sistema
	8.1.4	Compras	PR-04*	Procedimiento de compras
8.2		Requisitos para los productos y servicios	MSIG-01*	Portafolio de servicios
			PR-12	Procedimiento de atención hospitalaria
			PR-07*	Procedimiento de Identificación y Evaluación de Requisitos legales y otros requisitos
	8.2	Preparación y respuesta ante emergencias	PR-13	Procedimiento para diseñar el plan de emergencia y evacuación
			PEE-01*	Plan de emergencia y evacuación
			PR-14	Procedimiento de gestión de botiquín de primeros auxilios
			PEE-01-F01*	Ficha de evaluación de simulacro
			PEE-01-F02*	Programa de ejecución de simulacros
8.3		Diseño y desarrollo		REQUISITO EXCLUIDO

NTS ISO 9001:2015	NTS ISO 45001:2018	Requisito	Código	Documentado en Nombre del documento
8.4		Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente	PR-04* PR-04-F01* PR-04-F02* PR-04-F03*	Procedimiento de compras Plan anual de compras Solicitud de pedidos Evaluación de proveedores
8.5		Producción y provisión del servicio	PR-20 PR-21* PR-12 PR-27 PR-22 PR-23 PR-24 M-02 PR-25 PR-26* N/A	Procedimiento de limpieza de cubículo Procedimiento de ingreso de paciente Procedimiento de atención hospitalaria Procedimiento de egreso de paciente Procedimiento de dispensación de medicamentos Procedimiento de entrega de alimentos Procedimiento de interconsultas Manual de procedimientos de enfermería Procedimiento de esterilización de material para curación Procedimiento de solicitud de prueba de laboratorio Programa de actividades de esparcimiento y recreación
8.5.1		Control de la producción y provisión del servicio	MSIG-01-F03* PR-21-IT01	Ficha de procesos Instrucción para la autorización médica y notas de enfermería del expediente
8.5.2		Identificación y trazabilidad	PR-21-F01* PR-21-F02 PR-21-F04 PR-22-F01 PR-27-F01	Registro de ingreso de pacientes Expedientes clínicos Exámenes de laboratorio Control de dispensación de medicamentos Registro de salida de paciente
8.5.3		Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos	PR-15 PR-15-F01 PR-15-F02	Procedimiento de seguridad y vigilancia Bitácora digital de seguridad y vigilancia Control de ingresos al Hospital
8.5.5		Actividades posteriores a la entrega	N/A	Programa de encuentros
8.5.6		Control de cambios	PR-12	Procedimiento de atención hospitalaria
8.6		Liberación de los productos y servicios	PR-12-F01 PR-12-F02	Consentimiento informado Certificado médico de defunción
8.7		Control de las salidas no conformes	PR-06*	Procedimiento de no conformidad, incidentes y acciones correctivas
9. EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO				
9.1	9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación	PR-15 PR-15-F01 PR-09-F01 PR-15-F02	Procedimiento de evaluación del desempeño Plan de evaluación del desempeño Programa de mantenimiento y calibración de equipos Seguimiento de planes
9.1.2		Satisfacción del cliente	PR-05* PR-05-F01* PR-05-F02* PR-05-F03*	Procedimiento de medición de satisfacción y gestión de quejas Encuesta de satisfacción de servicio Recepción de quejas Análisis y evaluación de quejas
	9.1.2	Evaluación del cumplimiento	PR-15 PR-09-F01	Procedimiento de evaluación del desempeño Programa de mantenimiento y calibración de equipos
9.2	9.2	Auditoría Interna	PR-16* PR-16-F01* PR-16-F02*	Procedimiento de auditoría interna Programa de auditoría interna Informe de auditoría interna
9.3	9.3	Revisión por la dirección	PR-17 PR-17-F01	Procedimiento de revisión por la dirección Informe de revisión por la dirección
10. MEJORA				
10.1		Generalidades	PR-06*	Procedimiento de no conformidad, incidentes y acciones correctivas
10.2		No conformidad y acción correctiva	PR-06-F01*	Matriz de no conformidades, incidentes y acciones correctivas
	10.2	Incidentes, no conformidades y acciones correctivas	PR-06-F01*	Matriz de no conformidades, incidentes y acciones correctivas
10.3	10.3	Mejora continua	PR-18	Procedimiento de mejora continua
*: Indica los documentos elaborados por los maestrantes y se presentan dentro del trabajo de investigación.				

APÉNDICE 19. MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN




HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

**MANUAL
DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN**

MSIG - 01


Noviembre de 2024

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p align="center">MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 2 de 58</p>
--	---	---

Aprobación del Documento

		Firma
Elaboró	Gestor de la Calidad.	
Revisó	Subdirector de Educación.	
Aprobó	Directora del Hospital Divina Providencia	

Fecha de aprobación del documento: San Salvador, noviembre de 2024

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p>MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 3 de 58</p>
--	--	---

1. OBJETO Y ALCANCE DEL MANUAL

1.1. Objetivo

Establecer los lineamientos para implementar, mantener y mejorar el Sistema Integrado de Gestión de Calidad NTS ISO 9001:2015 y de Seguridad y Salud en el trabajo NTS ISO 45001:2018 aplicables al Hospital Divina Providencia.

1.2. Alcance

Incluye los requisitos de las normas de referencia aplicables a todo el personal, operaciones y servicios que el Hospital Divina Providencia brinda a los usuarios y partes interesadas pertinentes.

2. REFERENCIAS NORMATIVAS

NTS ISO 9000:2015. *Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario.*

NTS ISO 9001:2015. *Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.*

NTS ISO 45001:2018. *Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Requisitos.*

NTS ISO 10013:2021. *Sistemas de gestión de la calidad. Orientación para la información documentada.*


3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Aplicables los términos y definiciones incluidos en la NTS ISO 9000:2015 Sistemas de gestión de la calidad, fundamentos y vocabulario, NTS ISO 9001:2015. Sistemas de gestión de la calidad y NTS ISO 45001:2018. Sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

4.1. Comprensión de la organización y su contexto

El Hospital Divina Providencia realiza el análisis del contexto interno y externo pertinente al funcionamiento de la institución mediante la herramienta FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) y su posterior análisis permite determinar los factores que afectan o intervienen en el cumplimiento de los objetivos del Sistema Integrado de Gestión. (Matriz del contexto interno y externo MSIG-01-F01)

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 4 de 58
---	---	--

4.2. Comprensión de la necesidades y expectativas de las partes interesadas

La Matriz de partes interesadas MSIG-01-F02 permite identificar, analizar y comprender las necesidades y expectativas de los pacientes, familiares, personal, proveedores, autoridades y otros actores importantes para el desempeño de actividades relativas al Sistema Integrado de Gestión (**anexo 1**).

4.3. Determinación del alcance del sistema integrado de gestión de la calidad

El alcance del Sistema Integrado de Gestión cubre las operaciones del Hospital Divina Providencia ubicado en la Colonia Miramonte, Final Calle Toluca. Av. Bernal San Salvador, y comprende los procesos de: Dirección estratégica, gestión integrada, recepción de pacientes hospitalización, atención paliativa, egreso de pacientes, compras, atención farmacéutica, apoyo espiritual, mantenimiento, secretaria y gestión de personal.

Incluye la aplicación de los requisitos de las normas de referencia NTS ISO 9001:2015. Sistemas de gestión de la calidad y NTS ISO 45001:2018 Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo. exceptuando los descritos a continuación:

- Sección de la cláusula 4.1 NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018. Acciones relativas al cambio climático, debido a que el cambio climático no es una cuestión externa pertinente relacionada a los objetivos institucionales y no es un factor dependiente de los requisitos de las partes interesadas.
- Cláusula 8.3 NTS ISO 9001:2015. Diseño y desarrollo de los productos y servicios, a razón que el Hospital Divina Providencia no realiza actividades de innovación.

4.4. Sistema de gestión de la calidad, seguridad y salud en el trabajo y sus procesos

El Hospital Divina Providencia establece, implementa y mejora continuamente el Sistema Integrado de Gestión conforme con los requisitos de la NTS ISO 9001:2015 Sistemas de gestión de la calidad y NTS ISO 45001:2018. Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

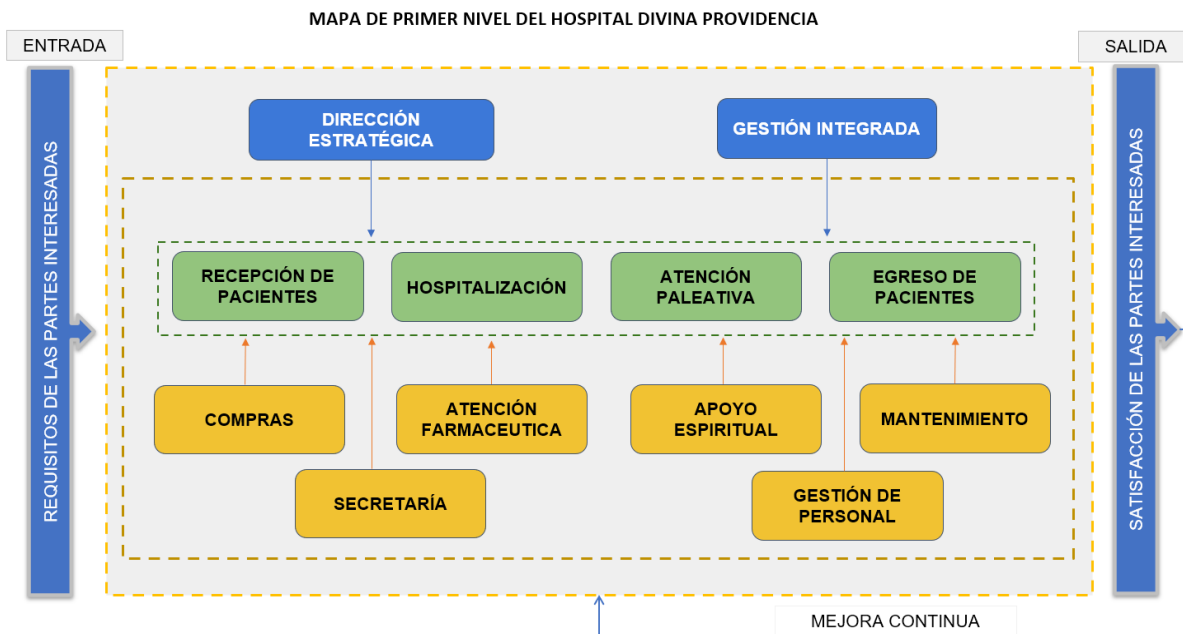
Los procesos relacionados se clasificaron de acuerdo con las siguientes categorías:

- Procesos estratégicos: Se encargan de tomar decisiones de gestión para el desarrollo y funcionamiento del Hospital Divina Providencia, con la finalidad de alcanzar los objetivos. Se determinaron como procesos estratégicos: Dirección estratégica, Gestión integrada

- Procesos misionales: Son la razón de ser la institución y que generan las actividades para generar el servicio que brinda el Hospital. Se plantearon como procesos misionales: Recepción de pacientes, hospitalización, atención paliativa y egreso de pacientes
- Procesos de apoyo: Son los encargados de proporcionar los recursos necesarios para el funcionamiento de los procesos, se determinaron los siguientes: compras, secretaria, atención farmacéutica, apoyo espiritual, mantenimiento, gestión de personal.

Se esquemataron en el Mapa de Procesos de primer nivel que se muestra en la figura 1, así mismo las correspondientes fichas MSIG-01-F03 se ubican en el **anexo 2**.

Figura 1. Mapa de procesos de primer Nivel Hospital Divina Providencia




Fuente: Elaboración propia

5. LIDERAZGO

5.1. Liderazgo y compromiso

5.1.1. Generalidades

El Hospital Divina Providencia se compromete al establecimiento, implantación y mejora del Sistema Integrado por medio de:

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 6 de 58
---	---	--


- Asumir la responsabilidad y la rendición de cuentas con la relación a la eficacia del Sistema Integrado de Gestión ante el personal y autoridades correspondientes.
- Asegurar la determinación de la política y objetivos del Sistema Integrado de Gestión (ver 5.2 y 6.2 respectivamente) y su correlación con la dirección estratégica y contexto de la organización
- Asegurar la integración de los requisitos del Sistema Integrado de Gestión en los procesos de la organización (ver figura 1 y anexo 1)
- Asegurar el enfoque a los procesos y pensamiento basado en riesgos (procedimiento de riesgos y oportunidades PR-01)
- Proveer oportunamente los recursos necesarios para lograr la eficacia del sistema
- Comunicar la importancia de un Sistema Integrado de Gestión eficaz
- Asegurar que el Sistema Integrado de Gestión logre los resultados previstos dirigiendo y apoyando a las personas.
- Promover la mejora continua por la revisión del Sistema Integrado de Gestión.

5.1.2. Enfoque a los usuarios (calidad)

El Hospital Divina Providencia demuestra liderazgo y compromiso con enfoque a los pacientes, familiares y usuarios asegurándose de lo siguiente:

- Se determinan, se comprenden y se cumplen regularmente los requisitos de pacientes, familiares y usuarios; asimismo, aquellos requisitos legales y reglamentarios aplicables. (matriz de partes interesadas MSIG-01-F02)
- Se determinan y se consideran los riesgos y oportunidades que pueden afectar la conformidad del servicio y la capacidad de aumentar la satisfacción de los usuarios (procedimiento de riesgos y oportunidades PR-01)
- Se mantiene el enfoque en el aumento de la satisfacción de pacientes, familiares y usuarios por medio de la realización de una encuesta dirigida a los usuarios. (Encuesta de satisfacción de usuarios PR-05-01)

El Procedimiento de inducción a pacientes y familiares PR-08, permite establecer los lineamientos y directrices de orientación para proporcionar el servicio a los usuarios.

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 7 de 58
---	---	--

5.2. Política del sistema integrado

El Hospital Divina Providencia adquiere compromiso con la calidad, salud y seguridad ocupacional por medio del establecimiento de la siguiente política del Sistema Integrado de Gestión:

En el Hospital Divina Providencia nos comprometemos en brindar un servicio que satisfaga las expectativas de nuestros pacientes diagnosticados con cáncer en etapa avanzada y sus familiares a través de la atención en cuidados paliativos, la espiritualidad de las hermanas Carmelitas Misioneras de Santa Teresa, donaciones de nuestros benefactores y el profesionalismo de nuestro equipo interdisciplinario, cumpliendo la legislación y otros requisitos aplicables a nuestros quehacer, eficiencia y eficacia de nuestros procesos y procedimientos, enfocándonos en mantener un ambiente libre de peligros y reduciendo los riesgos con la participación de nuestros trabajadores en busca de la mejora continua en nuestra cultura organizacional.

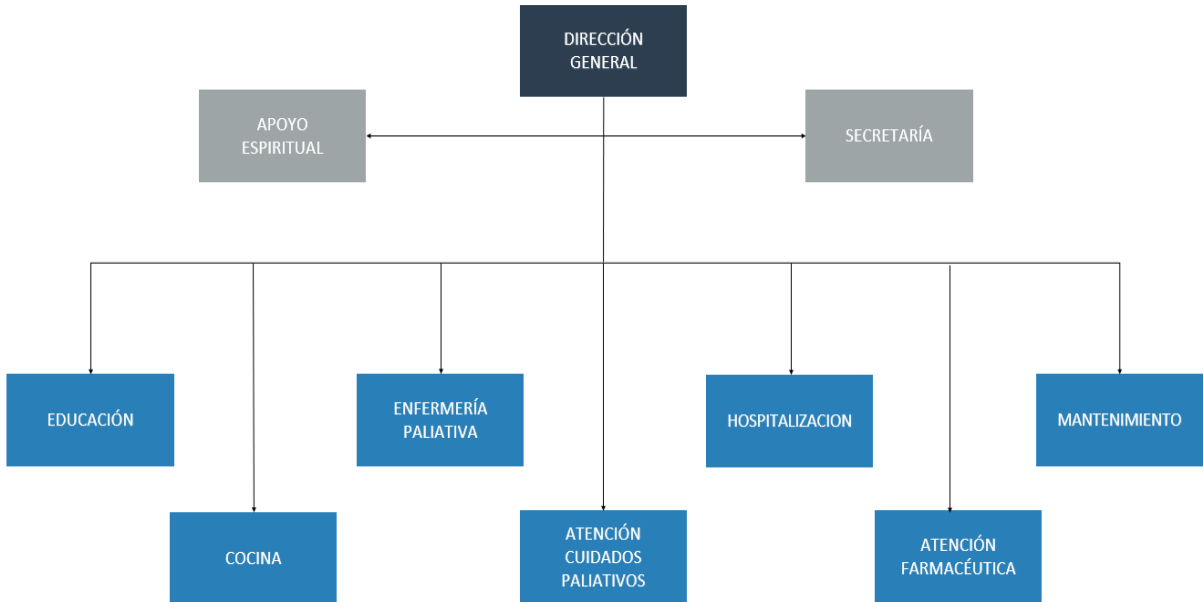
La política del Sistema Integrado de Gestión se mantiene como información documentada y disponible para las partes interesadas pertinentes, asimismo, se comunica a todo el personal mediante la socialización y explicación de esta en reuniones y actividades de formación o capacitación.

5.3. Roles, responsabilidades y autoridades en la organización

El Hospital Divina Providencia ha determinado las responsabilidades y autoridades pertinentes para desempeñar los roles que preserven y mantienen el Sistema Integrado de Gestión. El manual de funciones de trabajo M-01 describe las funciones y requisitos de competencia para la realización de actividades del personal.

La figura 2 ubica el organigrama funcional del Hospital Divina Providencia y representa gráficamente de forma sintetizada los puestos de trabajo y la participación de los empleados en la estructura institucional.

Figura 2. Organigrama propuesto del Hospital Divina Providencia




Fuente: Elaboración propia

5.4. Consulta y participación de los trabajadores (SST)

La Dirección General del Hospital Divina Providencia establece, implementa y mantiene procesos de consulta y participación de los trabajadores (Matriz de comunicación, participación y consulta de los trabajadores MSIG-01-F04, Anexo 5) por medio de los niveles jerárquicos establecidos en el organigrama, además, realizan consulta activa con el personal para:

- Determinar las necesidades y expectativas de las partes interesadas
- Establecer la política del Sistema Integrado de Gestión
- Asignar roles, responsabilidades y autoridades de la organización
- Determinar la manera de cumplir los requisitos legales y otros requisitos
- Establecer los objetivos del Sistema Integrado de Gestión y planificación para lograrlos
- Determinar los controles para las contrataciones externas, las compras y los contratistas
- Determinar qué necesita seguimiento, medición y evaluación
- Planificar, establecer, implementar y mantener activos los programas de auditoría.
- Asegurar la mejora continua
- Evaluar el clima laboral por medio de la Encuesta de satisfacción del personal (Procedimiento de personal PR-03)

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 9 de 58
---	---	--

El compromiso de la Dirección General del Hospital Divina Providencia comprende la participación de los trabajadores en los procesos de:

- Determinación de los mecanismos para consulta y participación de los empleados
- Identificación de los peligros y evaluación de riesgos y oportunidades
- Determinación para eliminar los peligros y reducir los riesgos
- Determinación de los requisitos de competencia, necesidades, ejecución y evaluación de la formación.
- Determinación de la información que se necesita comunicar y cómo hacerlo
- Determinación de las medidas de control, implementación y uso
- Investigación de los incidentes, no conformidades y acciones correctivas

6. PLANIFICACIÓN


6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades

6.1.1. Gestión de análisis del riesgo

El Hospital Divina Providencia al planificar ha considerado las cuestiones referidas en el apartado 4.1 análisis de contexto, 4.2 partes interesadas y 4.3 alcance del sistema, así mismos factores que pueden afectar la capacidad para aumentar los efectos deseables, prevenir o reducir efectos no deseados, lograr la mejora y resultados previstos en el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad y Seguridad y Salud en el Trabajo. (Procedimiento de riesgos y oportunidades PG01-F01; Identificación de riesgos y oportunidades PR-01-F01; Matriz de evaluación de riesgos y oportunidades PR-01-F02)

6.1.2. Identificación de peligros y evaluación de los riesgos y oportunidades

La identificación de peligros y evaluación de los riesgos y oportunidades se definen en la Metodología de identificación de peligros y evaluación de riesgos (IPER) MSIG-01-F05, en el que se establecen los posibles peligros relacionados a la seguridad y salud en el trabajo que puedan afectar la ejecución del Sistema Integrado de Gestión, así mismo establece los niveles para la categorización del nivel de riesgo, que permita establecer oportunidades y acciones de mejora del desempeño para el sistema (**anexo 3**).

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 10 de 58
---	---	---

6.1.3. Determinación de los requisitos legales y otros requisitos (SST)

Los requisitos de carácter legal son fundamentales para garantizar el cumplimiento de requisitos gubernamentales y evitar complicaciones o sanciones relativas a la seguridad y salud en el trabajo, de esta manera el Hospital Divina Providencia garantiza la operación de funciones de manera ética y reglamentaria (Procedimiento de Identificación y Evaluación de Requisitos legales y otros requisitos PR-07). La Dirección General ha establecido las directrices aplicables, las cuales se enlistan a continuación:

- Código de Salud. Decreto No.955 (1988).
- RTA Centro de Cuidados Paliativos
- RTS 13.03.01:14 Manejo de los desechos bioinfecciosos (2015).
- Ley general de prevención de riesgos en los lugares de trabajo. Dec.No.254 (2010).
- Reglamento de gestión de la prevención de riesgos en los lugares de trabajo. Dec. No.86 (2012).
- Reglamento general de prevención de riesgos en los lugares de trabajo y sus reglamentos Decreto No.89 (2012)

6.1.4. Planificación de acciones (SST)

El Hospital Divina Providencia aborda los riesgos y oportunidades por medio de la planificación de acciones para responder y prepararse ante situaciones de emergencia, los elementos comprendidos incluyen recursos humanos, recursos materiales, requisitos legales y reglamentarios, actividades de seguimiento y verificación, asignación de responsabilidades y tiempos o periodicidad de ejecución. La Metodología de identificación de peligros y evaluación de riesgos (IPER) MSIG-01-F05 permite diseñar la planificación. (ver anexo 3)

6.2. Objetivos del Sistema Integrado de Gestión y planificación para lograrlos

Los objetivos del Sistema Integrado de Gestión del Hospital Divina Providencia declaran coherencia con la política integrada, son medibles, acordes con los requisitos aplicables, son objeto de seguimiento, comunicados en todos los niveles jerárquicos y pertinentes al grado de conformidad del servicio hospitalario. Los objetivos se describen en la tabla **1**.


 <p>Hospital Divina Providencia</p>	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 11 de 58
--	---	---


Tabla 1. Objetivos del Sistema Integrado de Gestión

No.	Nombre del Objetivo	Meta	Fórmula	Frecuencia	Responsable
Ob ₁	Cumplir con los requisitos legales pertinentes al quehacer del Hospital	Cumplir con el 90% del marco legal y regulatorio vigente	Numero de requisitos legales cumplidos/ número de requisitos del marco legal x 100	Anualmente	Subdirector de educación
Ob ₂	Mantener un nivel de aceptación positivo en los pacientes y familiares con relación al servicio brindado	Mayor al 90% de aceptación del servicio	Cantidad de encuestas con respuesta excelente / cantidad de encuestas completadas por los pacientes y/o familiares x 100	Anualmente	Directora General Subdirector de educación
Ob ₃	Cumplir con el programa de formación	Ejecución superior al 70% de lo programado	Cantidad de eventos de formación realizadas / cantidad de formaciones programadas x 100	Anual	Subdirector de Educación
Ob ₄	Mejorar el ambiente laboral del Hospital	Clima laboral mayor del 85%	Cantidad de encuestas con respuesta excelente / cantidad de encuestas completadas por los trabajadores x 100	Anualmente	Directora General Subdirector de educación
Ob ₅	Especializar a los profesionales de la salud en el área de cuidados paliativos	80% del personal de salud especializado en cuidados paliativos	Cantidad de personal de salud especializado en cuidados paliativos / Cantidad de personal en salud * 100	Anualmente	Directora General Subdirector de educación
Ob ₆	Mantener un ambiente libre de peligros y reducir los riesgos con la participación de los trabajadores	70% de reducción de riesgos y peligros	Cantidad de riesgos y peligros resueltos/ Cantidad de riesgos y peligros identificados * 100	Anualmente	Directora General Comité de SST Todo el personal
Ob ₇	Capacitar en temas de seguridad y salud en el trabajo al personal del Hospital	75% del personal capacitado en temas de SST	Cantidad de personal capacitado / total del personal del Hospital x 100	Anualmente	Subdirector de Educación

Fuente: elaboración propia

6.3. Planificación de los cambios(calidad)

Los cambios son planificados considerando el motivo, consecuencias y resultados potenciales asociados a la integridad del Sistema Integrado de Gestión y se llevan a cabo siguiendo las directrices establecidas en el Procedimiento de control de cambios del Sistema PR-08 y Matriz de planificación de cambios del Sistema PR-08-F01

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 12 de 58
---	---	---

7. APOYO

7.1. Recursos

7.1.1.Generalidades

El Hospital Divina Providencia determina y proporciona los recursos necesarios para mantener las actividades de los procesos, establecer, implementar y mejorar continuamente el Sistema Integrado de Gestión considerando las limitaciones y las capacidades existentes (Procedimiento de mobiliario y equipo PR-09; Procedimiento de compras PR-04)

7.1.2.Personas


La implementación, mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión requiere de la gestión del talento humano, para ello, el Hospital Divina Providencia:

- Determina la competencia necesaria de los trabajadores que afecta su desempeño en el SIG, a partir del desarrollo de los perfiles de puesto de trabajo. (Manual de funciones de trabajo M-01)
- Se asegura que los trabajadores sean competentes para las funciones que ha sido contratados; esto incluye la capacidad de identificar peligros, necesidades y expectativas de los clientes; fundamentado en la educación, formación y experiencias
- Cuando sea aplicable, toman acciones para adquirir y mantener la competencia necesaria y evalúan la eficacia de las acciones

La Dirección General determina y establece las personas necesarias que contribuyen en el desarrollo del Sistema Integrado de Gestión, así mismo, realizan procesos de contratación, formación inicial y continua de acuerdo con el Procedimiento de Personal PR-03.

7.1.3.Infraestructura

El Hospital Divina Providencia determina y proporciona la infraestructura necesaria para las operaciones de los procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios. Las instalaciones se han adecuado para proporcionar atención de acuerdo con el portafolio de servicios que brinda el Hospital e incluyen áreas de hospitalización, enfermería, farmacia, mantenimiento, cocina, área de recreación, consultorio de médicos, salón de usos múltiples, capilla y ludoteca, así mismo, las condiciones de trabajo incluyen mobiliaria y equipo que generan confort en los trabajadores. (Programa de mantenimiento de instalaciones PR-10-F01).

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 13 de 58
---	---	---

7.1.4. Ambiente para la operación de los procesos

La Dirección General del Hospital Divina Providencia gestiona los recursos necesarios considerando factores ambientales como:

- Físicos: Iluminación, temperatura, ruido, humedad
- Sociales: trabajo en equipo, inclusión, no discriminación
- Psicológicos: estrés y carga laboral

El procedimiento de Mantenimiento de condiciones físicas y ambientales PR-10 determina las especificaciones de control y verificación de factores que intervienen en los procesos del Hospital Divina Providencia.

7.1.5. Recursos y seguimiento de medición

7.1.5.1. Generalidades

La institución determina y proporciona los recursos necesarios para asegurar la validez y fiabilidad de los resultados al realizar actividades de seguimiento o mediciones que verifican la conformidad del servicio hospitalario con los requisitos de las leyes, reglamentos y normas de referencia aplicables.


7.1.5.2. Trazabilidad de las mediciones

El Hospital Divina Providencia genera confiabilidad y validez de los resultados por medio del control de equipos de medición de acuerdo con las directrices establecidas en la Instrucción de trabajo para el uso y manejo de equipos e insumos médicos PR-09-I01

Con el establecimiento de planes de mantenimiento y calibración de equipos el Hospital se asegura de proporcionar resultados confiables y establecer una trazabilidad metrológica, la planificación se describe en el Programa de mantenimiento y calibración de equipos PR-09-F01.

7.1.6. Conocimiento de la organización

La institución determina los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y lograr la conformidad del servicio hospitalario, así mismo, cuando se presentan necesidades y cambios consideran el acceso y adquisición de conocimientos adicionales a las actualizaciones requeridas (Plan de capacitación PR-03-F01).

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 14 de 58
---	---	---

- Los conocimientos de la organización son conocimientos específicos que la organización adquiere generalmente con la experiencia.
- Los conocimientos de la organización pueden basarse en: fuentes internas (por ejemplo, propiedad intelectual; conocimientos adquiridos con la experiencia; lecciones aprendidas de los fracasos y de proyectos de éxito; capturar y compartir conocimientos y experiencia no documentados; los resultados de las mejoras en el servicio); fuentes externas (por ejemplo, normas; conferencias; capacitaciones externas)

7.2. Competencia

El Hospital Divina Providencia ha determinado las competencias necesarias para llevar a cabo las actividades relativas al Sistema Integrado de Gestión de la Calidad, Seguridad y Salud en el Trabajo que permitan el cumplimiento de los requisitos legales y requisitos aplicables de las normas de referencia.


El manual de funciones de trabajo M-01 es el documento que contiene los descriptores de puestos de trabajo del Hospital y permite clarificar las responsabilidades de cada miembro de la institución. Los elementos que lo componen incluyen la denominación del puesto, el área de dependencia, el objetivo del puesto, las funciones a ejecutar, los productos esperados y las competencias requeridas.

El procedimiento de personal PR-03 incluye los aspectos requeridos para la contratación a partir del cual se elabora el expediente de los empleados que contiene los niveles académicos y evidencias de la formación. Así mismo, el procedimiento describe las necesidades de entrenamiento, inducción y capacitación requeridas para mejorar el desempeño del Sistema Integrado y en general las funciones de la institución. Los documentos generados por la aplicación del procedimiento se conservan como información documentada.

7.3. Toma de conciencia

Las actividades enfocadas a crear y reforzar la conciencia del personal en temas relacionados al Sistema Integrado de Gestión, beneficio del cumplimiento de los objetivos y política integrada e implicaciones del incumplimiento de los requisitos, consiste, pero no se limita a:

- Comunicar a todos los niveles jerárquicos sobre los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión incluyendo la política, objetivos, beneficios y mejora del desempeño.
- Involucrar al personal en el mantenimiento del Sistema

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 15 de 58
---	---	---

- Incentivar y fomentar la participación del personal en el análisis de riesgo asociados al Sistema Integrado de Gestión
- Sensibilizar al personal sobre las consecuencias y efectos del incumplimiento de requisitos legales y aplicables.

El Gestor del Sistema y los líderes de los procesos preparan un programa de concientización anual PR-11-F01 a partir del procedimiento de concientización de personal PR-11, los temas son dirigidos a los empleados, con la finalidad de generar orientación en el mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión de Calidad, Seguridad y Salud en el Trabajo.

7.4. Comunicación

El Hospital Divina Providencia establece los mecanismos para informar o notificar la información relativa al Sistema Integrado de Gestión por medio de la Matriz de comunicación interna y externa MSIG-01-F06 considera elementos del qué, cómo y cuándo se comunica; y a quién y quién realiza la comunicación. Los medios utilizados comprenden elementos de las TIC debido a que facilitan la transmisión de información por diferentes canales de comunicación.

7.5. Información documentada


El Procedimiento de gestión documental PR-02 del Hospital Divina Providencia describe la metodología para la creación, actualización y control de la información documentada necesaria para el desarrollo de actividades propias y aplicables al Sistema Integrado de Gestión de Calidad, Seguridad y Salud en el Trabajo, requeridas por las normas NTS ISO 9001:2015, NTS ISO 45001:2018 y requisitos legales de carácter reglamentario. El procedimiento estandariza el mecanismo de identificación, codificación, formato, responsables de la elaboración, revisión y actualización de los documentos, así mismo, el control de la distribución, acceso, almacenamiento, conservación y control de los cambios.

8. OPERACIÓN

8.1. Planificación y control operacional

8.1.1. Generalidades

El Hospital Divina Providencia establece: criterios para los procesos; controles de acuerdo con los principios de Calidad, Seguridad y Salud en el Trabajo, mantiene y conserva la información documentada que garantiza que los procesos se ejecutan según lo planificado (Plan anual Operativo MSIG-01-F07).

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 16 de 58
--	---	---

Las fichas de los procesos MSIG-01-F03 permiten su ejecución partiendo de la identificación, los recursos necesarios, las entradas y salidas, indicadores, controles, periodicidad de medición, información documentada asociada, autorización y control de cambios. De esta manera el Hospital planifica y controla la provisión de servicios e implementa acciones para abordar riesgos y oportunidades.

8.1.2. Eliminar peligros y reducir riesgos (SST)

Los procesos para la eliminación de peligros y reducir los riesgos favorecen el funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión, para ello se emplean actividades enfocadas a:

- Eliminar el peligro
- Sustituir con materiales, procesos, operaciones o equipos menos peligrosos
- Controlar la reorganización e ingeniería del trabajo
- Utilización de equipo de protección personal


Así mismo el comité de seguridad y salud ocupacional planifica el desarrollo de simulacros para la evacuación por incendios, catástrofes y terremotos. Así mismo, se programan exámenes médicos para dar cumplimiento a los requisitos legales aplicables. El Hospital Divina Providencia proporciona equipo de protección personal de acuerdo con las actividades ejecutadas y requeridas por cada puesto de trabajo. (Metodología de identificación de peligros y evaluación de riesgos MSIG-01-F05)

8.1.3. Gestión del cambio (SST)

El Hospital Divina Providencia establece que la implementación y control de cambios temporales o permanentes debe existir una validación por parte de Dirección General y representantes del Sistema Integrado de Gestión, el análisis del cambio debe considerar la revisión de actividades, ubicación, equipos, fuerza laboral, condiciones de trabajo, requisitos legales y otros requisitos, conocimiento de peligros y riesgos, recursos y gestión.

8.1.4. Compras (SST)

La institución establece, implementa y mantiene procesos para controlar la compra de productos e insumos, de manera que aseguren la integridad y conformidad con el Sistema Integrado de Gestión. Las requisiciones de los procesos para llevar a cabo las compras considera la declaración de las especificaciones técnicas, legales y necesarias para adquirir insumos, equipo de protección personal, maquinaria y otros materiales (Procedimiento de compras PR-04)

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 17 de 58
---	---	---

8.2. Requisitos para los productos y servicios (Calidad)

8.2.1. Comunicación con los usuarios

El Hospital Divina Providencia proporciona información a los pacientes y familiares relativa al portafolio de servicios y Procedimiento de atención hospitalaria PR12, sobre el ingreso y atención a pacientes oncológicos y pacientes con enfermedades crónicas terminales, cuidados de enfermería, fisioterapia, atención psicológica, nutrición y dietas. Así mismo, comunican sobre la gestión de quejas y reclamos disponible para los usuarios.

8.2.2. Determinación de los requisitos para el servicio


Los requisitos para brindar los servicios incluidos en el portafolio están descritos en cada procedimiento interno del Hospital Divina Providencia y se establecen en el Procedimiento de atención hospitalaria PR12 en el que se consideran:

- Comunicación con pacientes y familiares para proporcionar información relativa a los servicios, condiciones, resolución de dudas y establecimiento de requisitos específicos para tomar acciones de contingencia cuando aplique
- Consideración de los requisitos legales y reglamentarios para el servicio hospitalario en cuidados paliativos y aquellos considerados como propios de la institución.
- La revisión de los requisitos para resolver cualquier cambio antes de brindar el servicio
- La conservación de información documentada cuando se desarrollen cambios de los requisitos, así como los resultados de la revisión.

8.2 Preparación y respuesta ante emergencias (SST)

El Hospital Divina Providencia ha determinado una serie de respuestas que permiten reaccionar en casos de emergencia y poseen planes, programas y procedimientos que garantizan resultados óptimos ante situaciones fortuitas, entre ellos:

- Procedimiento para diseñar el plan de emergencia y evacuación PR-13
- Plan de emergencia y evacuación PEE-01 (**anexo 4**)
- Procedimiento de gestión de botiquín de primeros auxilios PR-14
- Programa de ejecución de simulacros PEE-01-F02
- Ficha de evaluación de simulacro PEE-01-F01

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 18 de 58
---	---	---

8.3. Diseño y desarrollo de los productos y servicios

Los requisitos del apartado 8.3 de la NTS ISO 9001:2015, no son aplicables debido a que no se diseñan y desarrollan servicios, por lo tanto, no se incluyen en el presente manual.

8.4. Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente

El Hospital Divina Providencia se asegura que los productos y servicios suministrados externamente se realice de acuerdo con los criterios establecidos en el procedimiento de compras PR-04 que describe la selección, evaluación de proveedores y contratistas además de considerar directrices en las etapas de recepción de insumos, medicamentos, equipos, donaciones, productos y servicios como calibración, mantenimiento de equipos, mantenimiento de áreas físicas y disposición final de desechos hospitalarios.

8.5. Producción y provisión del servicio


8.5.1. Control de la producción y provisión del servicio

La organización implementa la provisión del servicio Hospitalario bajo condiciones controladas y considera:

- Las características las actividades a desempeñar y los resultados
- La disponibilidad y el uso de los recursos de seguimiento y medición adecuados
- 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
- La designación de personas competentes
- La validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados de prestación del servicio
- La implementación de acciones para prevenir los errores humanos
- La implementación de actividades posteriores a la entrega, por medio del programa encuentros que permite dar seguimiento y manejo del duelo a través del apoyo espiritual.

8.5.2. Identificación y trazabilidad

El Hospital Divina Providencia utiliza los medios apropiados para la identificación de las salidas con una identificación única para asegurar la conformidad de los servicios e identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de la prestación del servicio con la siguiente documentación:

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 19 de 58
---	---	---

Registros de ingreso de pacientes PR-21-F01; Expedientes clínicos PR-21-F02; Exámenes de laboratorio PR-21-F04; Registro de salida de pacientes PR-27-F01; Control de dispensación de medicamentos PR-22-F01

8.5.3. Propiedad perteneciente a los usuarios o proveedores externos

Para custodiar la propiedad perteneciente a los pacientes, familiares, usuarios y proveedores el Hospital Divina Providencia mantiene un sistema de video vigilancia que permite el control por medio de imágenes en tiempo real monitoreadas constantemente. (procedimiento de seguridad y vigilancia PR-15; Bitácora digital de seguridad y vigilancia PR15-F01; Control de ingresos al Hospital PR15-F02)

8.5.4. Preservación


El Hospital Divina Providencia preserva las salidas durante la prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos, los documentos consideran certificados de calibración, mantenimiento de equipos médicos, exámenes clínicos de los pacientes, expedientes y cualquier información que sustente el servicio hospitalario brindado a los pacientes, familiares y usuarios.

8.5.5. Actividades posteriores a la entrega

La institución cumple los requisitos para las actividades posteriores a la entrega del servicio en el cual se consideran los requisitos legales y reglamentarios, las consecuencias potenciales no deseadas, los requisitos y la retroalimentación de pacientes, familiares y usuarios. El alcance del servicio que brinda el hospital finaliza cuando el paciente decide retirarse o fallece, cuando esto último sucede el hospital conserva información documentada en el expediente clínico de forma digital y física según lo establece la normativa interna y la legislación competente; así mismo, el programa encuentros con los familiares es parte del seguimiento y manejo del duelo a través del apoyo espiritual.

8.5.6. Control de cambios

Los cambios requeridos en la prestación del servicio se realizan de acuerdo con las directrices establecidas en el procedimiento de atención hospitalaria PR-12. El Hospital Divina Providencia conserva información documentada de los resultados obtenidos de dichos cambios y de cualquier acción necesaria que surge de la revisión.

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 20 de 58
---	---	---

8.6. Liberación de servicios

El Hospital Divina Providencia implementa las disposiciones planificadas en las etapas adecuadas para verificar que se cumplan los requisitos del servicio hospitalario. La liberación de los servicios no se lleva a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas, así mismo, conserva información documentada que incluye:

- La evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación acordados previamente por el Consentimiento informado PR-12-F01
- La trazabilidad a las personas que autorizan la liberación por medio de los certificados médicos de defunción PR-12-F02

8.7. Control de las salidas no conformes

El Hospital Divina Providencia asegura que las salidas que no son conformes con los requisitos se identifiquen y controlen por acciones en base a la naturaleza de las no conformidades y efectos en el servicio en la detección previa, durante o posterior a su provisión. Los medios para tratar las salidas no conformes se concentran generalmente en llevar a cabo correcciones en el servicio e información a pacientes o familiares. Para evitar las salidas no conformes los líderes de los procesos supervisan la ejecución de las actividades previniendo desviaciones y si existen, proponen alternativas para la continuidad y mejora (Procedimiento de no conformidad, incidentes y acciones correctivas PR-06).

9. EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO


9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación

9.1.1.Generalidades

El Hospital Divina Providencia realiza actividades de seguimiento y medición del Sistema Integrado de Gestión para determinar el nivel de desempeño. La institución conserva información documentada relativa a la evidencia de los resultados. (Procedimiento de evaluación del desempeño PR-15; Plan de evaluación del desempeño PR-15-F01)

9.1.2.Satisfacción de usuarios.

El seguimiento de las percepciones y alcance de las expectativas de los pacientes, familiares y usuarios se determina por el procedimiento de medición de satisfacción y gestión de quejas PR-05, en el que se describen los instrumentos y la metodología de recolección de datos de:

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 21 de 58
---	---	---

- Encuesta de satisfacción de servicio PR-05-F01
- Recepción de quejas PR-05-F02
- Análisis y evaluación de quejas PR-05-F03

9.1.3. Análisis y evaluación

El Hospital Divina Providencia analiza y evalúa la información obtenida del seguimiento y la medición.

Los resultados del análisis se permite determinar:

- La conformidad de los servicios hospitalarios
- El grado de satisfacción de los usuarios
- El desempeño y la eficacia del Sistema Integrado de Gestión
- Si lo planificado se ha implementado de forma eficaz

9.1.2 Evaluación del cumplimiento (SST)


La institución mantiene en constante evaluación el cumplimiento del marco legal vigente de Seguridad y Salud en el Trabajo por medio de:

- Revisión en los cambios de la legislación y su aplicabilidad para la organización
- Actualización de los requerimientos legales en caso existan y posteriormente informados al personal utilizando los medios de comunicación respectivos
- Se evalúa el estado del equipo de protección personal y se realizan los cambios respectivos cuando ameriten. (Programa de mantenimiento y calibración de equipos PR-09-F01)
- Revisión de los cambios pertinentes a las mediciones, parámetros ambientales y uso de equipo de protección personal.

9.2. Auditoría interna

El Hospital Divina Providencia realiza auditorías para verificar el cumplimiento de buenas prácticas hospitalarias, seguridad y salud en el trabajo relacionadas con el marco legal aplicable y requisitos establecidos en las normas de referencia para el Sistema Integrado de Gestión.

La periodicidad, planificación, alcance, responsabilidades, recursos y directrices a seguir para realizar las auditorías internas se definen en el procedimiento de auditoría interna PR-16. Los resultados son presentados en el reporte de auditoría interna PR-16-F01 y documentado como evidencia de la implementación del programa de auditoría PR-16-F02.

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 22 de 58
--	---	---

9.3. Revisión por la dirección

9.3.1.Generalidades

Para asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia la Dirección General del Hospital Divina Providencia realiza anualmente la revisión correspondiente al estado del Sistema Integrado de Gestión según lo establece el procedimiento de Revisión por la Dirección PR-17.

Las reuniones anuales incluyen el análisis y evaluación del cumplimiento de los objetivos del sistema, contexto de la organización, presupuestos, compras, retroalimentación de los usuarios, clima laboral y condiciones de seguridad que han surgido en tiempo actual para retomar, implementar o mejorar actividades en el siguiente periodo, y se elabora el Informe de revisión por la dirección PR-17-F01.

9.3.2.Entrada de la revisión por la dirección


Las entradas para la revisión por la Dirección del Hospital Divina Providencia considera, pero no se limita a:

- Análisis de Riesgos y Oportunidades del SIG
- Reporte de auditorías internas del Sistema integrado de Gestión
- Informe de resultados de planes de acciones correctivas.
- Reportes de inspecciones del Consejo Provincial y Consejo Superior de Salud
- Acta de inspecciones del Ministerio de Trabajo y Previsión Social
- Acta de reunión previa de Revisión por la Dirección
- Resultados de la encuesta de satisfacción del personal
- Resultados de la encuesta de satisfacción
- Reporte de quejas y reclamos
- Reporte de Compras y análisis de rotación de inventarios

9.3.3.Salidas de la revisión por la dirección

Los resultados se resguardan en el acta de correspondiente al procedimiento Revisión por la Dirección e incluyen las decisiones y acciones relacionadas con:

- Oportunidades de mejora
- Cambios en el Sistema Integrado de Gestión
- Gestión de cambios y necesidades de recursos para optimizar los procesos

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 23 de 58
---	---	---

- Gestión de cambios y necesidades de recursos para prevenir peligros y mitigar riesgos que mejoren las condiciones de seguridad y salud en el trabajo de la institución.

10. MEJORA

10.1. Generalidades

El Hospital Divina Providencia determina y selecciona las oportunidades de mejora, así como las acciones para cumplir con los requisitos de pacientes, familiares, usuarios y trabajadores e incluyen lo siguiente:

- Mejorar procesos para cumplir las necesidades y expectativas de los usuarios
- Corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados
- Mejorar el desempeño y la eficacia del Sistema Integrado de Gestión
- Ejecutar acciones preventivas y de contención
- Disminuir las causas raíz de los incidentes y accidentes de trabajo

10.2. No conformidad, incidentes y acciones correctivas

La institución establece y mantiene procesos para determinar, implementar y mantener directrices de gestión ante una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas e incidentes de trabajo. El procedimiento no conformidad, incidentes y acciones correctivas PR-06 describe la metodología de investigación sobre la causa raíz de los problemas para definir la acción procedente más idónea con la finalidad de prevenir la ocurrencia y la aparición de efectos potenciales como desviaciones operativas.

Las acciones tomadas se registran y evalúan de acuerdo con la planificación establecida en los planes de acción. (Matriz de no conformidades, incidentes y acciones correctivas PR-06-F01)


10.3. Mejora continua

El Hospital Divina Providencia considera los resultados de la revisión por la dirección, auditorías internas y externas para continuamente mejorar la conveniencia, adecuación y eficacia del Sistema Integrado de Gestión (Ver procedimiento de mejora continua PR-18)


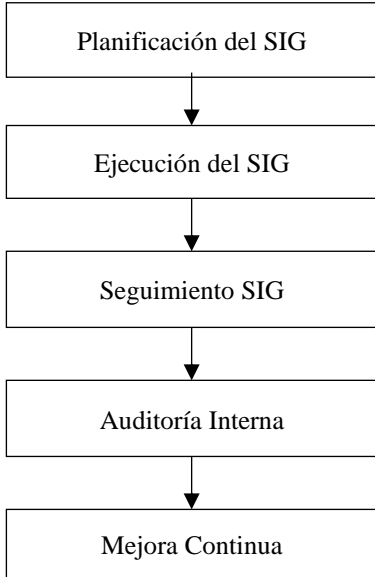
ANEXO 1. MATRIZ DE PARTES INTERESADAS

MATRIZ PARTES INTERESADAS MSIG-01-F02								
No.	PARTES INTERESADAS		REQUISITOS / NECESIDADES Y EXPECTATIVAS	IMPACTO (CAPACIDAD DE AFECTAR A LA ORGANIZACIÓN)				Mecanismos de seguimiento
	GRUPOS	SUB-GRUPOS		Estratégico	Servicio	Regulaciones	Operacional	
1	Usuarios	Pacientes	-Ser atendidos con calidez en un entorno seguro -Aliviar el dolor -Contar con espacios de recreación -Disponer de alimentos -Apoyo espiritual -Contar con medicamentos -Apoyo en gestión de exámenes médicos y consultas en hospitales de cabecera	x	x		x	-Seguimiento a quejas. -Evaluaciones de satisfacción al paciente y familiar
		Familiares	-Atención con calidez en un entorno seguro -Reglas claras para el ingreso del paciente -Comunicación de la evolución del paciente -Facilidad en la gestión de tramites -Seguimiento y tratamiento de duelo -Apoyo en gestión de exámenes médicos y consultas en hospitales de cabecera -Recursos mínimos para el paciente y familiar	x	x		x	
2	Empleado	Profesionales de la Salud	-Equipo de bioseguridad -Prestaciones laborales -Formación continua para ejecución del trabajo -Procesos y directrices claros -Espacios para tomar los alimentos	x	x		x	-Evaluación de desempeño -Programa de formación -Estudio de clima laboral -Informe de accidentes e incidentes laborales
		Personal de cocina	-Stock de insumos de cocina -Equipos en buen estado -Prestaciones laborales -Formación continua para la ejecución del trabajo -Procesos y directrices claros	x	x		x	
		Personal de Mantenimiento y limpieza	-Herramientas de Trabajo en buen estado -Prestaciones laborales -Formación continua para la ejecución del trabajo -Plan de mantenimiento -Materiales de trabajo disponibles -Procesos y directrices claras	x	x		x	
		Personal administrativo	-Herramientas de Trabajo en buen estado -Prestaciones laborales -Formación continua para la ejecución del trabajo -Materiales de trabajo disponibles -Procesos y directrices claras	x	x		x	
3	Proveedores y contratistas	Mantenimiento de equipos			x		x	-Cotizaciones -Contratos -Facturas -Evaluación del proveedor
		Insumos de limpieza	-Tiempo de entrega establecida -Especificaciones claras		x		x	
		Servicio de agua	-Lealtad en la contratación		x		x	
		Energía eléctrica	-Pagos puntuales		x	x		
		Medicamentos	-Calidad del producto		x	x		
		Alimentos	-Cortes del servicio mínimos o nulos		x	x	x	
4	Comunidad	Residencial	-Tratamiento de desechos sólidos y bioinfecciosos según ordenanza municipal -Manejo adecuado del ruido	x		x		Seguimiento de quejas
5	Gobierno	SRS	-Eficacia y eficiencia del manejo de medicamentos -Manejo de regulaciones sanitarias			x	x	-Informe de auditoría -Permiso vigente -Libro de control de dispensación de medicamentos
		MTPS	Cumplimiento de la legislación			x	x	Prestaciones laborales
		ANDA	Cumplimiento de regulaciones			x	x	Pago de recibo de servicios básicos
		Alcaldía de San Salvador Centro	-Pago de impuestos municipales -Cumplimiento de la ordenanza municipal			x	x	Solvencia de pago
		MH	Pago de impuestos			x	x	Solvencia de hacienda
	MINSAL y CSSP	Cumplimiento de la legislación			x	x	Cumplimiento de requisitos legales	
6	Benefactores	Benefactores	Gestión adecuada de las donaciones	x			x	Edificación de proyectos

Fuente: Elaboración propia. (SRS: Superintendencia de Regulación Sanitaria; MTPS: Ministerio de Trabajo y Previsión social; ANDA: Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados; MH: Ministerio de Hacienda; MINSAL: Ministerio de Salud; CSSP: Consejo Superior de Salud Pública)

 Hospital Divina Providencia	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 25 de 58
---	--	---

ANEXO 2. FICHAS DE LOS PROCESOS MSIG-01-F03

 Hospital Divina Providencia	FICHA DE PROCESO		EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01-F03 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 1-14		
I. Identificación					
Proceso	Gestión Integrada			Líder del proceso	Encargado de Gestión Integrada
Subproceso	Planificación del SIG / Ejecución del SIG/ Seguimiento del SIG/ Auditoría Interna / Mejora continua				
Objetivo	Planificar, mantener y mejorar constantemente el Sistema Integrado de Gestión para el alcanzar el cumplimiento de los objetivos propuestos				
Alcance	Todos los procesos del Hospital Divina Providencia				
II. Descripción					
Proveedor	Entradas	Mapa de procesos 2do Nivel		Salidas	Cliente / Usuario
Interno	-Gestión y seguimiento de los Procesos -Matriz IPER -Revisión por la Dirección -Matriz de cumplimiento de requisitos legales -Informe de Auditoría Interna -Quejas y sugerencias			Nivel de servicio excelente Satisfacción de los usuarios Preservación de la seguridad y salud de los trabajadores Mejora continua del SIG	Interno
Todos los procesos del SIG					Todos los Procesos del SIG
Externo					Externo
Usuarios Proveedores Entidades de gobierno					Usuarios Proveedores Entidades de gobierno

 Hospital Divina Providencia	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 26 de 58
---	--	---

 Hospital Divina Providencia	FICHA DE PROCESO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01-F03 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 2-14
---	-------------------------	---

III. Variables relacionadas							
Indicadores / Controles			Recursos / Infraestructura	Ambiente de Operación	Proceso relacionado		
Nombre	Meta	Formula			Estratégico	Misional	Apoyo
Cumplimiento de los procesos del SIG	Igual o mayor del 90%	(Número de procesos cumplidos / total de procesos) *100	Información Documentada Revisión por la Dirección Tecnología y Papelería	Área de trabajo limpia, ordenada e iluminada • Condiciones ambientales requeridas: temperatura entre 20°C a 25°C	Todos los procesos		
Cumplir con los requisitos legales pertinentes al quehacer del Hospital	Cumplir con el 90% del marco legal y regulatorio vigente	Numero de requisitos legales cumplidos/ número de requisitos del marco legal x 100	Información Documentada Revisión por la Dirección Tecnología y Papelería	Área de trabajo limpia, ordenada e iluminada • Condiciones ambientales requeridas: temperatura entre 20°C a 25°C	Todos los procesos		
IV. Competencias							
Ver Manual de Funciones del Hospital Divina Providencia							
V. Riesgos y Oportunidades							
Ver procedimiento de Riesgos y Oportunidades PR-01							
VI. Información Documentada							
Nombre		Código			Frecuencia		
Procedimiento de Gestión Documental		Ver Procedimiento PR-02			Anualmente		
Política del SIG		Ver Manual del Sistema Integrado de Gestión MSIG-01			Anualmente		
Objetivos del SIG		Ver Manual del Sistema Integrado de Gestión MSIG-01			Anualmente		

 Hospital Divina Providencia	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 27 de 58
---	--	---


 Hospital Divina Providencia	FICHA DE PROCESO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01-F03 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 3-14
---	-------------------------	---

I. Identificación

Proceso	Dirección Estratégica		Líder del proceso	Directora General
Subproceso	Análisis de Contexto/ Riesgos y Oportunidades / Formulación Estratégica / Gestión de Recursos / evaluación de la Eficacia del Plan estratégico			
Objetivo	Implementar un Plan estratégico orientado al cumplimiento de la filosofía organizacional			
Alcance	Desde el análisis de contexto hasta la evaluación de la eficacia del plan de acción			

II. Descripción

Proveedor	Entradas	Mapa de procesos 2do Nivel	Salidas	Cliente / Usuario	
Interno				Interno	
Todos los procesos	Contexto Organizacional	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Análisis de Contexto</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	-Metodología de contexto aprobada -Necesidades y expectativas de las partes interesadas identificadas -Filosofía revisada -Informe por la Dirección -Plan de acción de revisión por la Dirección -Matriz de Objetivos validada -Resultados de indicadores	Todos los Procesos del SIG	
Externo					Externo
Usuarios	Matriz de Partes Interesadas	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Riesgos y Oportunidades</div> <p style="text-align: center;">↓</p>			Usuarios Benefactores Entidades de gobierno
Benefactores	Filosofía Organizacional	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Formulación estratégica</div> <p style="text-align: center;">↓</p>			
Entidades de gobierno	Estructura Organizacional	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Gestión de recursos</div> <p style="text-align: center;">↓</p>			
	Revisión por la Dirección	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Evaluación Eficacia del Plan de Acción</div>			
	Informe de Auditoría del SIG				
	Matriz de Objetivos				

 Hospital Divina Providencia	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 28 de 58
---	--	---

 Hospital Divina Providencia	FICHA DE PROCESOS	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01-F03 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 4-14
---	--------------------------	---

III. Variables relacionadas							
Indicadores / Controles			Recursos / Infraestructura	Ambiente de Operación	Proceso relacionado		
Nombre	Meta	Formula			Estratégico	Misional	Apoyo
Elaboración del Plan estratégico	100% de Elaboración	(% de avance en el plan de trabajo / 100% del documento finalizado) *100%	Información Documentada Revisión por la Dirección Mobiliario, Tecnología y Papelería	Área de trabajo limpia, ordenada e iluminada Condiciones ambientales requeridas: temperatura entre 20°C a 25°C	Todos los procesos		
Cumplimiento de objetivos estratégico	Mayor al 70%	(Objetivos cumplidos/Total de objetivos) *100%	Información Documentada Revisión por la Dirección Mobiliario, Tecnología y Papelería	Área de trabajo limpia, ordenada e iluminada Condiciones ambientales requeridas: temperatura entre 20°C a 25°C	Todos los procesos		
IV. Competencias							
Ver Manual de Funciones del Hospital Divina Providencia							
V. Riesgos y Oportunidades							
Ver procedimiento de Riesgos y Oportunidades PR-01							
Matriz de Información Documentada				Ver Matriz de Información Documentada			
VI. Información Documentada							
Nombre		Código		Frecuencia			
Procedimiento de riesgos y oportunidades		PR-01		Mensualmente			
Procedimiento de gestión documental		PR-02		Mensualmente			
Procedimiento de medición de satisfacción y gestión de quejas		PR-05		Anualmente			
Procedimiento de revisión por la dirección		PR-17		Anualmente			
Procedimiento de Auditoría		PR-16		Anualmente			
Procedimiento de Mejora Continua		PR-18		Anualmente			
Procedimiento de evaluación del Desempeño		PR-17		Anualmente			


 Hospital Divina Providencia	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 29 de 58
---	--	---

 Hospital Divina Providencia	FICHA DE PROCESOS	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01-F03 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 5-14
---	--------------------------	---


I. Identificación

Proceso	Recepción de pacientes	Líder del proceso	Encargado del Área de ingreso
Subproceso	Gestión de Ingreso / Presentación de condición del paciente / Recepción del paciente y revisión de documentos / Preparación de ingreso y llenado de información / Registro de ingreso del paciente		
Objetivo	Realizar el ingreso de los pacientes al Hospital Divina Providencia		
Alcance	Desde la gestión de ingreso hasta el registro y acomodación del usuario en el cuarto		

II. Descripción

Proveedor	Entradas	Mapa de procesos 2do Nivel	Salidas	Cliente / Usuario	
Interno				Interno	
Secretaria				Secretaria	
Externo				Externo	
ISSS	Expediente clínico Hoja de referencia y Retorno Documentos de identidad Informe de médico a médico			Paciente registrado	ISSS
Instituto del Cáncer				Paciente ingresado	Instituto del Cáncer
Hospital Rosales			Hospital Rosales		
Usuarios particulares			Usuarios particulares		

 Hospital Divina Providencia	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 30 de 58
---	--	---

 Hospital Divina Providencia	FICHA DE PROCESOS	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01-F03 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 6 -15
---	--------------------------	--

III. Variables relacionadas							
Indicadores / Controles			Recursos / Infraestructura	Ambiente de Operación	Proceso relacionado		
Nombre	Meta	Formula			Estratégico	Misional	Apoyo
Recibir la documentación médica administrativa para su respectiva verificación	100% de la capacidad instalada	Documentación no conforme /Total de documentos * 100	Expediente clínico Mobiliario y equipo informático Autorización de la dirección Tecnología y Papelería	Área de trabajo limpia, ordenada e iluminada • Condiciones ambientales requeridas: temperatura entre 20°C a 25°C	Todos los procesos		
Realizar admisión de Pacientes referidos	Admitir al 100.0% de pacientes referidos por el Hospital de referencia	Total de pacientes admitidos / Total de pacientes referidos * 100%	Expediente clínico Mobiliario y equipo informático Autorización de la dirección Tecnología y Papelería	Área de trabajo limpia, ordenada e iluminada • Condiciones ambientales requeridas: temperatura entre 20°C a 25°C	Todos los procesos		
IV. Competencias							
Ver Manual de Funciones del Hospital Divina Providencia							
V. Riesgos y Oportunidades							
Ver procedimiento de Riesgos y Oportunidades PR-01							
VI. Información Documentada							
Nombre			Código		Frecuencia		
Procedimiento de asignación de cama			PR-20		Anualmente		
Procedimiento de ingreso de pacientes			PR-21		Anualmente		
Registro de ingreso			PR-21-F01		Semestralmente		
Expediente Clínico			PR-21-F02		Anualmente		

 Hospital Divina Providencia	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 31 de 58
---	--	---

 Hospital Divina Providencia	FICHA DE PROCESOS	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01-F03 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 7-14
---	--------------------------	---

I. Identificación					
Proceso	Hospitalización			Líder del proceso	Director medico
Subproceso	Consulta médica / Realización de exámenes médicos / evaluación de condiciones especiales del paciente / Proporcionar al paciente cuidados de enfermería paliativa				
Objetivo	Brindar atención medica dentro del alcance de los cuidados paliativos				
Alcance	Desde el ingreso hasta el egreso del paciente				
II. Descripción					
Proveedor	Entradas	Mapa de procesos 2do Nivel		Salidas	Cliente / Usuario
Interno	Expediente clínico Hoja de exámenes Hoja de indicaciones medicas	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Consulta Medica</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Realización de exámenes médicos</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Evaluación de condiciones especiales del paciente</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Proporcionar al paciente cuidados de enfermería paliativa</div>		Consulta médica recibida Exámenes realizados Evaluaciones recibidas Cuidados paliativos recibidos Procedimientos especiales recibidos	Interno
Recepción de pacientes Secretaria					Atención paliativa Egreso de pacientes
Externo					Externo
ISSS Instituto del Cáncer Hospital Rosales Usuarios particulares					ISSS Instituto del Cáncer Hospital Rosales Usuarios particulares

 Hospital Divina Providencia	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 32 de 58
---	--	---

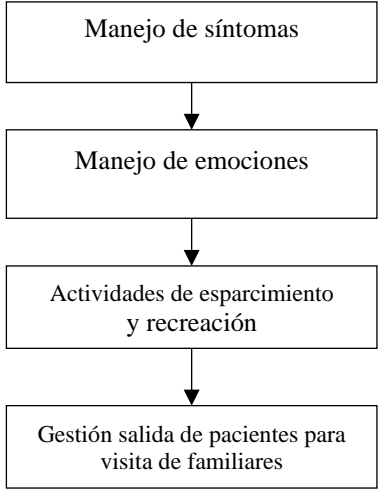
 Hospital Divina Providencia	FICHA DE PROCESOS	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01-F03 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 8-14
---	--------------------------	---


III. Variables relacionadas							
Indicadores / Controles			Recursos / Infraestructura	Ambiente de Operación	Proceso relacionado		
Nombre	Meta	Formula			Estratégico	Misional	Apoyo
Cumplimiento de cuidados	Cumplir con el 100% de cuidados de enfermería a los pacientes ingresados	Cuidados de enfermería cumplidos / Número total de pacientes ingresados*100	Expediente clínico Mobiliario y equipo informático Insumos médicos Tecnología y Papelería	Área de trabajo limpia, ordenada e iluminada Condiciones ambientales requeridas: temperatura entre 20°C a 25°C	Procesos de apoyo y Misionales		
Cumplimiento de procedimientos	Cumplir con el 100% de procedimientos especiales	Procedimientos especiales cumplidos / Total de pacientes con indicación *100	Expediente clínico Mobiliario y equipo informático Insumos médicos Tecnología y Papelería	Área de trabajo limpia, ordenada e iluminada Condiciones ambientales requeridas: temperatura entre 20°C a 25°C	Procesos de apoyo y Misionales		
IV. Competencias							
Ver Manual de Funciones del Hospital Divina Providencia							
V. Riesgos y Oportunidades							
Ver procedimiento de Riesgos y Oportunidades PR-01							
VI. Información Documentada							
Nombre			Código		Frecuencia		
Procedimiento de interconsulta			PR-24		Semestralmente		
Procedimiento de solicitud de pruebas de laboratorio			PR-26		Trimestralmente		
Manual de procedimientos de enfermería			M-02		Semestralmente		
Procedimiento de atención hospitalaria			PR-12				

 Hospital Divina Providencia	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 33 de 58
---	--	---

 Hospital Divina Providencia	FICHA DE PROCESOS	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01-F03 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 9-14
---	--------------------------	---

I. Identificación			
Proceso	Atención Paliativa		Líder del proceso Dirección General / Subdirector de Educación
Subproceso	Manejo de los diferentes síntomas de los pacientes y sus emociones, planificación de actividades de creación y gestión de salidas de los pacientes para visitar a los familiares		
Objetivo	Aliviar el dolor y otros síntomas, y mejorarle calidad de vida a pacientes diagnosticados con cáncer		
Alcance	Desde el manejo de los diferentes síntomas hasta la gestión de salida para visitar a familiares y posteriormente regresar		

II. Descripción				
Proveedor	Entradas	Mapa de procesos 2do Nivel	Salidas	Cliente / Usuario
Interno	Expediente clínico Plan de consultas psicológicas Planificación de eventos de esparcimiento y recreación Altas para salir y regresar al hospital	 <pre> graph TD A[Manejo de síntomas] --> B[Manejo de emociones] B --> C[Actividades de esparcimiento y recreación] C --> D[Gestión salida de pacientes para visita de familiares] </pre>	Síntomas controlados Pacientes con seguimiento psicológico Eventos de esparcimiento ejecutados Pacientes visitan a sus familiares-	Interno
Recepción de pacientes Hospitalización Atención farmacéutica Apoyo espiritual		Pacientes y Familiares Procesos misionales		
Externo		Externo		
ISSS Instituto del Cáncer Hospital Rosales Usuarios particulares		ISSS Instituto del Cáncer Hospital Rosales Usuarios particulares		

 Hospital Divina Providencia	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 34 de 58
---	--	---

 Hospital Divina Providencia	FICHA DE PROCESOS	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01-F03 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 10-14
---	--------------------------	--


III. Variables relacionadas							
Indicadores / Controles			Recursos / Infraestructura	Ambiente de Operación	Proceso relacionado		
Nombre	Meta	Formula			Estratégico	Misional	Apoyo
Manejo de síntomas	Cumplir con el 75% de manejo de síntomas de los pacientes	Cantidad de pacientes con síntomas controlados / cantidad de pacientes ingresados*100	Expediente clínico Mobiliario y equipo informático Insumos médicos Insumos farmacéuticos Tecnología y Papelería	Área de trabajo limpia, ordenada e iluminada	Procesos de apoyo y Misionales		
Actividades de esparcimiento y recreación	Cumplir con el 100% de eventos programados	Eventos desarrollados / Total de eventos planificados *100	Expediente clínico Mobiliario y equipo informático Insumos médicos Tecnología y Papelería	Área de trabajo limpia, ordenada e iluminada	Procesos de apoyo y Misionales		
IV. Competencias							
Ver Manual de Funciones del Hospital Divina Providencia							
V. Riesgos y Oportunidades							
Ver procedimiento de Riesgos y Oportunidades PR-01							
VI. Información Documentada							
Nombre			Código			Frecuencia	
Manual de procedimientos de enfermería			M-02			Semestralmente	
Procedimiento de interconsulta			PR-24			Semestralmente	
Programa actividades de esparcimiento y recreación			Ver Programa actividades de esparcimiento y recreación			Trimestralmente	
Procedimiento de egreso de paciente			PR-27			Semestralmente	

 Hospital Divina Providencia	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 35 de 58
---	--	---

 Hospital Divina Providencia	FICHA DE PROCESOS	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01-F03 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 11-14
---	--------------------------	--

I. Identificación			
Proceso	Egreso de pacientes		Líder del proceso Dirección General / Subdirector de Educación
Subproceso	Se registra el egreso o defunción del paciente, se emiten los documentos pertinentes, se dispensa medicamentos cuando el paciente es dado de alta		
Objetivo	Facilitar a los familiares un proceso dinámico y fácil para el retiro de los pacientes que finalizaron su batalla contra el cáncer		
Alcance	Desde registro del paciente fallecido hasta el seguimiento post luto de los familiares.		

II. Descripción				
Proveedor	Entradas	Mapa de procesos 2do Nivel	Salidas	Cliente / Usuario
Interno	Expediente clínico	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">Registro de salida de paciente</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Elaboración y entrega certificado médico de defunción</p> </div>	Documentación completa Constancia de defunción	Interno
Hospitalización Apoyo espiritual Secretaria				Familiares de pacientes
Externo				Externo
ISSS Instituto del Cáncer Hospital Rosales Usuarios particulares				ISSS Instituto del Cáncer Hospital Rosales Usuarios particulares

 Hospital Divina Providencia	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 36 de 58
---	--	---

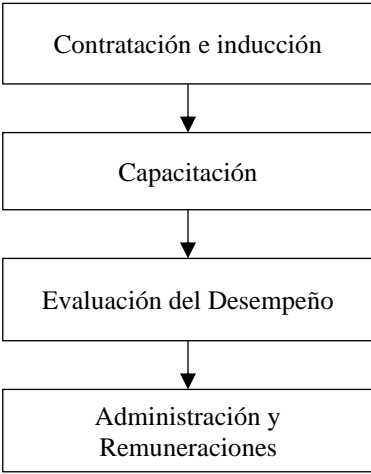
 Hospital Divina Providencia	FICHA DE PROCESOS	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01-F03 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 12-14
---	--------------------------	--


III. Variables relacionadas							
Indicadores / Controles			Recursos / Infraestructura	Ambiente de Operación	Proceso relacionado		
Nombre	Meta	Formula			Estratégico	Misional	Apoyo
Documentos de egreso hospitalario entregados	100% de documentos entregados	Total de documentos rechazados / Total de documento emitidos* 100	Expediente clínico Mobiliario y equipo informático Tecnología y Papelería	Área de trabajo limpia, ordenada e iluminada libre de peligros	Procesos de apoyo y Misionales		
IV. Competencias							
Ver Manual de Funciones del Hospital Divina Providencia							
V. Riesgos y Oportunidades							
Ver procedimiento de Riesgos y Oportunidades PR-01							
VI. Información Documentada							
Nombre			Código			Frecuencia	
Procedimiento de egreso de paciente			PR-27			Semestralmente	
Programa de encuentros familiares			Ver Programa de encuentros familiares			Anualmente	
Registro de salida de paciente			PR-27-F01			Anualmente	
Certificado médico de defunción			PR-12-F02			Anualmente	

 Hospital Divina Providencia	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 37 de 58
---	--	---

 Hospital Divina Providencia	FICHA DE PROCESOS	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01-F03 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 13-14
---	--------------------------	--


I. Identificación			
Proceso	Personal		Líder del proceso Dirección General / Subdirector de Educación
Subproceso	Se registra el egreso o defunción del paciente, se emiten los documentos pertinentes, se dispensa medicamentos cuando el paciente es dado de alta, se serializa la preparación del área post fallecimiento del paciente		
Objetivo	Facilitar a los familiares un proceso dinámico y fácil para el retiro de los pacientes que finalizaron su batalla contra el cáncer		
Alcance	Desde registro del paciente fallecido hasta el seguimiento post luto de los familiares.		

II. Descripción				
Proveedor	Entradas	Mapa de procesos 2do Nivel	Salidas	Cliente / Usuario
Interno				Interno
Todos procesos	Necesidades de personal justificadas Necesidades de formación completa	 <pre> graph TD A[Contratación e inducción] --> B[Capacitación] B --> C[Evaluación del Desempeño] C --> D[Administración y Remuneraciones] </pre>	Personal contratado de acuerdo a necesidad y manual de funciones Personal capacitado	Todos los procesos
Externo			Personal evaluado	Externo
Ministerio de trabajo Ministerio de Salud	Programa de evaluación del desempeño			Ministerio de hacienda Ministerio de Trabajo

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 38 de 58
--	---	---

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	FICHA DE PROCESOS	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01-F03 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 14-14
--	--------------------------	--

III. Variables relacionadas							
Indicadores / Controles			Recursos / Infraestructura	Ambiente de Operación	Proceso relacionado		
Nombre	Meta	Formula			Estratégico	Misional	Apoyo
Contratación de personal	100% de personal contratado	Personal contratado/ Personal requerido * 100	Requerimiento de personal Tecnología y Papelería Mobiliario y equipo	Área de trabajo limpia, ordenada e iluminada libre de peligros	Todos los procesos		
Capacitación de personal	100% de personal capacitado	Cantidad de capacitaciones impartidas/ Cantidad de capacitaciones programadas*100	Requerimiento de personal Tecnología y Papelería Mobiliario y equipo	Área de trabajo limpia, ordenada e iluminada libre de peligros	Todos los procesos		
IV. Competencias							
Ver Manual de Funciones del Hospital Divina Providencia							
V. Riesgos y Oportunidades							
Ver procedimiento de Riesgos y Oportunidades PR-01							
VI. Información Documentada							
Nombre			Código		Frecuencia		
Procedimiento de personal			Ver Procedimiento PR-03		Semanalmente		
Plan de capacitaciones			Ver procedimiento PR-03-F01		Anualmente		

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p>MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 39 de 58</p>
--	--	--

ANEXO 3

METODOLOGÍA DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS MSIG-01-F05

La metodología tiene como objetivo identificar los peligros en los sitios trabajo y evaluar sus riesgos con el fin de eliminar o minimizar sus causas, priorizando las medidas preventivas, adoptar y establecer medidas oportunas de control y de mejora.

El comité de seguridad y salud ocupacional, delegados, brigadas y todo el personal del Hospital Divina Providencia son responsables de identificar los peligros que se derivan de las operaciones que se ejecutan en la planta laboral.


➤ **Identificación de peligros**

1. Se diseña una matriz (**Ver ANEXO A: Matriz IPER**) en la cual se ingresa la información vital para la identificación de los riesgos. las comunas que deberá de contener como mínimo son: Tipo de peligro, peligros identificados daño potencial, controles existentes, evaluación de riesgos (Severidad, probabilidad)
2. Elaboración de plan de trabajo anual en donde se especifica cantidad de visitas y las áreas en donde se ejecutarán las inspecciones.
3. Ejecutar reunión de trabajo con los líderes de los procesos a fin de presentar el plan de visita y coordinar las actividades a ejecutar.
4. Ejecución de visitas a las áreas de trabajo en donde se utiliza la matriz de evaluación de riesgos en donde se ingresa los diferentes peligros identificados

➤ **Uso de la metodología para la evaluación de los riesgos:**

1. Se debe cuantificar los riesgos asignando puntajes tanto a la probabilidad que existe que suceda el accidente y la severidad de daño más probable que produjera si se materializase, posteriormente se calcula el nivel de riesgo.
2. El nivel de riesgo será calculado en función del nivel de probabilidad y del nivel de severidad y estará calculado de acuerdo con la siguiente relación matemática

$$\text{Nivel de riesgo} = \text{Severidad} \times \text{Probabilidad.}$$

 Hospital Divina Providencia	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 40 de 58
---	---	---

3. Se han definido puntaje para la probabilidad y severidad y se describen en las siguientes tablas


Probabilidad		Significado
4	Poco probable	Situación deficiente con exposición continuada, o muy deficiente con exposición frecuente. Normalmente la materialización del riesgo ocurre con frecuencia.
8	Probable	Situación deficiente con exposición frecuente u ocasional, o bien situación muy deficiente con exposición ocasional o esporádica. La materialización del riesgo es posible que suceda varias veces.
12	Muy probable	Situación deficiente con exposición esporádica, o bien situación mejorable con exposición continuada o frecuente. Es posible que suceda el daño alguna vez.
16	Siempre ocurre	Situación mejorable con exposición ocasional o esporádica. No se espera que se materialice el riesgo, aunque puede ser concebible.

Determinación y significado de severidad:


Severidad		Significado
4	Muy Grave	Daño inminente, puede causar daños físicos en el empleado considerables a tal punto que puede perder la vida
3	Grave	Daño material que puede recurrir en una incapacidad de larga duración y que requiere medidas hospitalarias como operaciones o terapias.
2	Moderado	Daño que puede generar dolor o problemas físicos en el mediano y corto plazo, puede generar incapacidad
1	Leve	Daño leve, puede generar molestias en el cuerpo y no requiere incapacidad como dolor de estómago, cortaduras superficiales.

Determinación del nivel de riesgo:

		Matriz de Valoración de la Magnitud de Riesgo Laboral			
		Severidad			
		1	2	3	4
Probabilidad	4	4	8	12	16
	8	8	16	24	32
	12	12	24	36	48
	16	16	32	48	64

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p>MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 41 de 58</p>
--	--	--

Riesgo	Acción y temporización
<p>Tolerable</p>	<p>No se necesita mejorar la acción preventiva, sin embargo, se deben considerar soluciones más rentables o mejoras que no supongan una carga económica importante. Se requieren comprobaciones periódicas para asegurar que se materialice la eficacia de las medidas de control</p>
<p>Importante</p>	<p>Se deben hacer esfuerzos para reducir el riesgo, determinando las investigaciones precisas. Las medidas para reducir el riesgo deben de implantarse en un periodo determinado.</p> <p>Cuando el riesgo moderado está asociado con consecuencias extremadamente dañinas se precisará una acción posterior para establecer con más precisión la probabilidad de daño como base para determinar la necesidad de mejorar de las medidas de control</p>
<p>Intolerable</p>	<p>No se debe comenzar ni continuar el trabajo hasta que se reduzca el riesgo. Si no es posible reducir el riesgo incluso con recursos ilimitados debe de prohibirse el trabajo</p>

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p>MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 PEE-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 43 de 58</p>
--	--	---

ANEXO 4. PLAN DE EMERGENCIA Y EVACUACIÓN




HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

PLAN DE EMERGENCIA Y EVACUACIÓN

PEE-01

Noviembre de 2024


 <p>Hospital Divina Providencia</p>	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 PEE-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 44 de 58
--	---	---

Aprobación del Documento

Firma

Elaboró	Comité de Seguridad y Salud Ocupacional	
Revisó	Comité de Seguridad y Salud Ocupacional	
Aprobó	Directora del Hospital Divina Providencia	

Fecha de aprobación del documento: San Salvador, noviembre de 2024

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 PEE-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 45 de 58
---	---	---

1. INTRODUCCIÓN

El presente plan de emergencia y evacuación tiene como finalidad definir y reducir los riesgos y peligros en el Hospital Divina Providencia, además de contar con una adecuada estructura para dar respuesta eficaz a incidentes o accidentes que ocurran dentro del entornos de la organización. En caso emergencias el alcance consiste en dar respuesta rápida a sucesos repentinos y no deseados, a través de la aplicación de métodos de prevención asegurando la integridad física de los pacientes, familiares, trabajadores y usuarios que visitan el hospital, implementando una cultura de cero accidentes laborales.

Las situaciones de emergencia que probablemente se presentan, cuentan con un nivel de ocurrencia que pueden generar consecuencias importantes, con la puesta en marcha de actividades de prevención y control de emergencias las cuales deben entenderse de manera efectiva, incluyendo aspectos relacionados con la investigación de las causas de los problemas y accidentes que suceden, y como solucionarlos y hacer una mejora dentro de las instalaciones.

La planificación y entrenamiento son importantes en la prevención de las emergencias y la mitigación de sus consecuencias, es así que la evaluación de los sucesos que derivan en accidentes representa la estrategia inicial para prepararse ante la probabilidad de ocurrencia de cualquier situación que pueda afectar directamente a los usuarios del Hospital.


Entre las actividades que se realizan en las instalaciones, se pueden generar situaciones de emergencia provocadas ya sea por el hombre (incendios, atentados terroristas, explosiones, fugas, emergencias médicas y derrames) o causadas por fenómenos naturales como movimientos sísmicos, ráfagas de viento entre otras y que, en algún momento, además de causar pérdidas pueden afectar la vida y la salud de los trabajadores.

2. OBJETIVO

Establecer los procedimientos para actuar en caso de desastres o amenazas dentro del hospital y desarrollar en los trabajadores las competencias, destrezas y condiciones que les permitan actuar efectiva y coordinadamente frente a situaciones que pongan en peligro la integridad física.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.1. Diseñar un procedimiento que estandarice las actividades de evacuación para todos los usuarios y trabajadores contando con herramientas que los guíen a zonas seguras
- 3.2. Integrar las diferentes brigadas de primeros auxilios, incendios y evacuación, mediante la organización y capacitación para actuar eficazmente ante situaciones no deseadas que impacten negativamente en los usuarios del Hospital.
- 3.3. Concientizar al personal para que sigan las recomendaciones del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, delgados de prevención y brigadas para facilitar la ejecución de actividades y así dar respuesta efectiva a los diferentes casos de emergencia que sucedan y evacuar efectivamente las instalaciones.

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 PEE-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 46 de 58
---	---	---

4. ALCANCE

El Plan de Emergencia y Evacuación ha sido diseñado para dar respuesta inicial a sucesos repentinos no deseados en el Hospital Divina Providencia, cubriendo todas las áreas, actividades, personal y visitantes.

5. DESARROLLO

Las emergencias pueden ser naturales o provocadas por el hombre y pueden incluir lo siguiente:

- Inundaciones.
- Ventarrones.
- Tormentas Eléctricas.
- Incendios.
- Escapes o Fugas de gases tóxicos.
- Derrames químicos.
- Explosiones.
- Disturbios civiles.
- Violencia en el lugar de trabajo que resulte en daños físicos.
- Amenazas de Bomba.
- Accidentes o Emergencias Médicas Laborales.


6. TIPOS DE EMERGENCIA

Las situaciones de emergencia son aquellas en donde se produce un acto que pone en peligro el bienestar de las personas; las emergencias no siempre serán las mismas, debido a que existen diferentes tipos y cada una requiere de la actuación inmediata de un personal capacitado.

Es difícil saber con exactitud el momento y la hora en que se puede presentar un desastre, ya que existen múltiples factores que pueden llevar a distintos tipos de emergencias; sin embargo, tomar medidas rigurosas que vayan de acuerdo con la emergencia permite que el personal capacitado actúe con prontitud en situaciones de riesgo. De acuerdo con su origen, las emergencias se clasifican en tres grupos o categorías:

Origen Natural:

- Terremotos (movimientos sísmicos).
- Temporales de lluvia y/o vientos.
- Virus causados por animales.
- Incendios.
- Plagas de animales.
- Pandemias

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 PEE-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 47 de 58
--	---	---

Origen Social:

- Artefacto explosivo.
- Asaltos.

Origen Técnico:

- Incendio.
- Fuga de agua
- Fugas de gas.
- Fuga de gasolina / Diésel

7. ORGANIZACIÓN DE EMERGENCIA

Contar con personal capacitado, con las habilidades y con la actitud de servicio facilita la obtención de resultados positivos y redonda en la efectividad de las políticas de prevención. Por tanto, el hospital ha organizado a los siguientes equipos de trabajo:

1. Comité de Seguridad y Salud Ocupacional.
2. Brigadas de Emergencia. (evacuación, incendios y primeros auxilios)
3. Delegados de Prevención.


Los equipos de trabajo son los responsables de coordinar la ejecución de las actividades antes, durante y después de una emergencia o desastre. Estarán integrados por representantes de las diferentes áreas o niveles organizativos, entre los cuales se designará un(a) coordinador(a) y un(a) responsable por cada una de las brigadas que se formarán, así como otros puestos que se consideren necesarios para su funcionamiento.

La creación y funcionamiento de los comités de emergencia debe contar con la aprobación y apoyo de la Dirección General para garantizar el cumplimiento y la efectividad de sus tareas, así como también gestionar los insumos, equipo de protección personal y equipos. Asimismo, las personas que lo integren deben tener poder de decisión, características de salud y aptitudes que las hagan idóneas para ocupar estos cargos.

8. DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

Antes:

- Evaluar las características del centro de trabajo y proponer las medidas correctivas para eliminar o reducir los peligros que se identifiquen.
- Elaboración de un plan de emergencia con base en la información recopilada en las evaluaciones del centro de trabajo por las diferentes Brigadas.
- Supervisión del funcionamiento de las Brigadas según sus planes de trabajo y los procedimientos establecidos.
- Coordinación con otras instituciones y organismos actividades, referentes a preparativos para atender eficientemente desastres.

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p align="center">MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 PEE-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 48 de 58</p>
--	---	---

- Divulgación permanente del plan de emergencia y las medidas de seguridad y protección para los trabajadores, pacientes, familiares y usuarios en general.
- Coordinación de programas de capacitación e información para los integrantes del Comité y para el personal del centro de trabajo.
- Trabajar en conjunto el comité de seguridad y las brigadas para una correcta evacuación del personal.

Durante:

- Instalar el Puesto de Mando para coordinar las acciones de respuesta de acuerdo a los planes de las diferentes Brigadas.
- Ejecutar los procedimientos y actividades que han sido planificadas y practicadas, priorizando a pacientes, mujeres y ancianos.
- Asegurarse que todo el personal se encuentre en el punto de encuentro.

Después:

- Verificar que todo el personal se encuentre a salvo.
- Verificar las condiciones de las instalaciones
- Evaluar la aplicación del plan de emergencia y elaborar el informe respectivo.
- Adoptar las medidas correctivas necesarias para mejorar la capacidad de respuesta con base en la evaluación realizada.

9. BRIGADAS

Las brigadas recomendadas para responder a las diferentes emergencias y crear la metodología adecuada ante posibles evacuaciones son:

- Evacuación y rescate.
- Prevención y combate de incendios.
- Primeros auxilios.

El número de integrantes de cada Brigada estará determinado por aspectos tales como:


- Tamaño y número de áreas de trabajo
- Cantidad y distribución del personal por áreas de trabajo
- Jornadas de trabajo y flujo de personas externas al edificio

9.1. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LAS BRIGADAS

Brigada de Evacuación y Rescate:

Antes:

- Identificar los sitios que representan mayor peligro dentro y fuera de las unidades y la concurrencia a estos sitios según horario laboral.

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 PEE-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 49 de 58
---	---	--


- Identificar las áreas más seguras dentro y fuera de las instalaciones que podrían ser utilizadas en caso de emergencia.
- Identificar y señalar las rutas más seguras para abandonar el edificio en una situación de emergencia.
- Los puntos anteriores deben considerarse teniendo en cuenta el tipo de evento a que se expone el centro (sismos, explosiones, fuertes vientos, incendios, atentados, etc.)
- Trabajar en conjunto el comité de seguridad y la brigada para una correcta evacuación de los pacientes, familiares y personal.
- Elaborar un plan de evacuación que contemple:
 - Orden de evacuación (persona autorizada y forma de aviso).
 - Procedimientos de salida por área.
 - Perimetraje de seguridad para la evacuación (lugar a donde deben dirigirse las personas evacuadas)
 - Debe tenerse en cuenta a las personas con limitaciones físicas o necesidades especiales que trabajen en el lugar a la hora de preparar este plan.
- Toda la información respecto a los procedimientos y rutas de evacuación debe ser divulgada y socializada a todo el personal del centro de trabajo y se debe hacer un señalamiento de dichas rutas y salidas.
- Evaluar los posibles tipos de rescate y planificar las acciones en consecuencia (dependiendo de los peligros a que estén expuestos los ocupantes del edificio).
- Disponer de los recursos necesarios para las labores de rescate.
- Coordinar la capacitación para los integrantes de la Brigada.
- Realizar simulacros para probar la efectividad del plan y realizar las adaptaciones correspondientes.
- Verificar que los pasillos estén despejados, que la señalización este visible y buenas condiciones, verificar que la puerta se encuentre despejada, llevar actualizado el número de personas por unidad.
- Llevar control de los extintores que estén señalizados correctamente, que estén en un punto accesible y que funcionen correctamente; capacitar al personal para la utilización de los extintores, que sea el extintor adecuado para el tipo de incendio y tener a la mano el número de bomberos.
- Coordinar las capacitaciones de primeros auxilios para el personal de todas las unidades.

Durante:

- Aplicar y dirigir el plan de evacuación predefinido.
- Realizar las labores de rescate que sean necesarias.
- Mantener informado al Puesto de Mando sobre las acciones que realiza y los requerimientos que tuviera para la ejecución de sus tareas.
- Asegurar que todo el personal se encuentre en el punto de encuentro.

Después:

- Elaborar un reporte de la evacuación, y difundir la información con el comité de seguridad y salud.

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 PEE-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 50 de 58
---	---	--

Brigada de Prevención y Combate de Incendios:

Antes:


- Analizar el riesgo de incendio del hospital e impulsar acciones preventivas y correctivas para eliminar o disminuir la probabilidad de ocurrencia.
- Identificar zonas de alto índice de exposición al peligro de incendio y los tipos posibles de fuego.
- Contar un stock de equipo de protección personal a fin de prevenir prevención y combatir incendios, ubicados según las zonas de peligro y tipos posibles de fuego.
- Diseñar un plan de combate de incendios, que incluya la ubicación de los sistemas de alerta y los procedimientos para la extinción.
- Programar jornadas de formación dirigidas a los integrantes de la brigada y planificar simulacros por lo menos una vez al año.
- Verificar que los pasillos estén libres de objetos que dificulten la salida rápida y ordenada de los pacientes, familiares y trabajadores, señalización visible y buenas condiciones, verificar que las salidas de emergencia estén sin seguro, mantener actualizado el número de personas por áreas de trabajo, así como también pacientes y familiares.
- Mantener un registro y controles de los extintores, la señalización respectiva, ubicarlos en puntos estratégicos y accesibles, calibrados y que funcionen correctamente, además de analizar los posibles
- Colocar en carteleras informativas los números de los cuerpos de socorro a fin de hacerlos del conocimiento de los empleados
- Coordinar las capacitaciones de primeros auxilios para el personal.

Durante:

- Desempeñar el plan de combate de incendios.
- Establecer comunicaciones con los líderes a fin de mantener informados a la alta gerencia y así gestionar acciones para prevenir
- Asegurar que todo el personal se encuentre en la zona segura.

Después:

- Evaluar la eficiencia de los planes respuesta y elaborar el informe indicando áreas de mejora y brechas de efectividad.
- Coordinar reunión de trabajo en donde se evalué los aspectos que no fueron desarrollados según lo planificado y establecer medidas correctivas necesarias para mejorar la capacidad de respuesta.
- Entregar a la Dirección General un informe detallado del proceso.

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 PEE-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 51 de 58
---	---	---

Brigada de Primeros Auxilios:

Antes:


- Identificar, analizar y evaluar las posibles situaciones en donde se pueda realizar una emergencia en donde se deba implementar primeros auxilios y que afecte directamente a las personas con problemas de salud.
- Comunicar a la brigada la ubicación del equipo de primeros auxilios, así como también asegurar el stock y adecuado funcionamiento.
- Planificar y coordinar las capacitaciones para los integrantes de la brigada.
- Generar trabajo en equipo con el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo y las demás brigadas, con el propósito de coordinarse en la evacuación del edificio.
- Verificar que los pasillos estén libres de objetos que dificulten la salida rápida y ordenada de los pacientes, familiares y trabajadores, señalización visible y buenas condiciones, verificar que las salidas de emergencia estén sin seguro, mantener actualizado el número de personas por áreas de trabajo, así como también pacientes y familiares.
- Llevar control de los extintores que estén señalizados correctamente, que estén en un punto accesible y que funcionen correctamente; capacitar al personal para la utilización de los extintores, que sea el extintor adecuado para el tipo de incendio y tener a la mano el número de bomberos.
- Mantener un registro y controles de los extintores, la señalización respectiva, ubicarlos en puntos estratégicos y accesibles, calibrados y que funcionen correctamente, además de analizar los posibles
- Colocar en carteleras informativas los números de los cuerpos de socorro a fin de hacerlos del conocimiento de los empleados

Durante:

- Aplicar las técnicas de primeros auxilios, además de evaluar el estado del paciente, y evaluar la necesidad de traslado y cuidados médicos.
- Asegurar que todo el personal se encuentre en las zonas seguras.


Después:

- Evaluar la eficiencia de los planes respuesta y elaborar el informe indicando áreas de mejora y brechas de efectividad.
- Coordinar reunión de trabajo en donde se evalué los aspectos que no fueron desarrollados según lo planificado y establecer medidas correctivas necesarias para mejorar la capacidad de respuesta.
- Entregar a la Dirección General un informe detallado del proceso.

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 PEE-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 52 de 58
--	---	---


10. ACTIVIDADES POR SEGUIR EN EMERGENCIAS O FENÓMENOS NATURALES

INCENDIO	
ANTES	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar alarmas, equipos contra incendio; extintores portátiles. • Gestionar, planificar formación continua en acciones tendientes a controlar incendios incipientes. • Fortalecer las habilidades a través de la práctica de uso de extintores. • Mantener un stock de equipo de protección contra incendios, así como también verificar el estado de funcionamiento. • Programar por lo menos una vez al año simulacro de evacuación en caso de incendio, fenómenos naturales o sismos
DURANTE	<ul style="list-style-type: none"> • Conservar la calma. • Comunicarse inmediatamente con los brigadistas. • Realizar acciones tendientes para controlar el incendio, utilizando equipos de extinción disponibles. • Si es un incendio declarado se procederá a la evacuación de las instalaciones bajo orden de los brigadistas de emergencia.
DESPUÉS	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar inspecciones de posibles daños en el edificio y emitir oportunidades de mejora. • Investigar y dar seguimiento a víctimas a su posterior atención y traslado si lo requirió por parte de la brigada de primeros auxilios. • Revisar, inspeccionar y descartar (si aplica) equipos utilizados.
INUNDACIONES	
ANTES	<ul style="list-style-type: none"> • Identifique las zonas seguras y las de alta probabilidad de ocurrencia • Conozca las rutas hacia los lugares más altas dentro del perímetro del Hospital. • Guarde documentos personales en bolsas plásticas. • Mantenga una lámpara de mano, radio portátil y suficiente pilas.
DURANTE	<ul style="list-style-type: none"> • Conservar la calma. • Comunicarse inmediatamente con los brigadistas. • Si la situación así lo amerita o las autoridades lo indican, evacuar lo antes posible. • No acercarse a postes y cables con energía eléctrica. • Acudir a las zonas seguras ya indicadas por la brigada • No caminar cerca de donde está el agua, pues el nivel puede subir rápidamente.
DESPUÉS	<ul style="list-style-type: none"> • Asegúrese que las áreas del hospital estén libres de peligro por inundación. • Aléjese de cables eléctricos caídos. • Regresar a las instalaciones de trabajo cuando las autoridades los indiquen • No tocar ni pisar cables eléctricos caídos. • No tomar alimentos ni comida que haya sido mojada por el agua de la inundación. • Informar a la brevedad a las brigadas o personal del comité para la evacuación de los heridos.

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 PEE-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 53 de 58
--	---	---

SISMOS	
ANTES	<ul style="list-style-type: none"> • Verifique el estado de las paredes, divisiones y áreas vulnerables del piso en caso de sismo. • Conserve en su lugar de trabajo; linternas y pitos. • Asista a reuniones tendientes a enfrentarse a un sismo. • Realice ejercicios simulados de sismos.
DURANTE	<ul style="list-style-type: none"> • Conservar la calma. • No corra busque refugio en el área donde se encuentra ubicado. • Aléjese de las ventanas. • Retírese de las lámparas, muebles u objetos que puedan caer. • Ubíquese al lado de una mesa, escritorio o mueble estable, en posición horizontal (fetal) cubriendo su cabeza y rostro con los brazos y manos. • Si está en un corredor ubíquese al lado de una columna o al borde de una pared arrodillándose, cubriendo su cabeza y rostro con los brazos y manos. • Este atento a las réplicas. • Aléjese de estructuras elevadas que no estén aseguradas. • Alejarse de postes. • No se acercarse a los árboles. • Si usted quedo atrapado solicite ayuda, si no lo puede hacer verbalmente establezca un canal de comunicación haga ruidos para que lo pueden localizar.
DESPUÉS	<ul style="list-style-type: none"> • Verifique el estado estructural de las paredes; grietas en paredes y pisos. • Realizar un estudio de las estructuras, para verificar si se puede continuar trabajando en las áreas de trabajo dañados e informar al comité para que este de informes a la Dirección General.

TERRORISMO	
ANTES, DURANTE Y DESPUÉS	<ul style="list-style-type: none"> • Si ocurre una explosión en el interior del edificio, esté atento a la orden del brigadista. • Si ocurre una explosión en las afueras, no evacue hasta recibir la orden de la Policía Nacional Civil o cuerpos de socorro. • Ayude a sus compañeros y conserve la calma. • En caso de ver una persona sospechosa, inmediatamente notificar al personal de seguridad. • No toque nada en el área de la explosión, para no entorpecer la investigación. • No toque ni mueva ningún objeto. • Informe inmediatamente a la policía cualquier anomalía observada 913.

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p>MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 PEE-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 54 de 58</p>
--	--	--

11. VULNERABILIDAD DE LAS ÁREAS DE TRABAJO

Para conocer los aspectos de vulnerabilidad del edificio Para determinar la vulnerabilidad del centro de trabajo es necesario conocer las características del área en que está ubicado el edificio y los peligros que ésta podría representar.

Además, hay que conocer las características internas del edificio para determinar los peligros que podrían estar presentes y las áreas más expuestas, desde el punto de vista estructural y no estructural.

CARACTERÍSTICAS EXTERNAS:

- Áreas de inundación.
- Áreas de deslizamiento.
- Fallas sísmicas.
- Zonas industriales.
- Líneas de alta tensión.
- Depósitos de materiales peligrosos entre otros.


CARACTERÍSTICAS INTERNAS:

1. Factores estructurales:

- Estado de mantenimiento de la estructura.
- Tamaño del edificio y número de pisos.
- Antigüedad de la estructura.
- Sistema constructivo (técnica y materiales).


2. Factores no estructurales:


- Distribución y particularidades del espacio interno (oficinas, salas de reunión, pasillos, escaleras, balcones, etc.)
- Elementos de la construcción que podrían desprenderse (repellos, cielorrasos, vidrios, lámparas colgantes, etc.).
- Ubicación y estado del mobiliario (cerca de ventanas, obstruyendo el paso, que pueden caer, inestables, etc.).
- Sitio y condiciones de almacenamiento de materiales peligrosos (químicos, explosivos, radioactivos, etc.).
- Ubicación y estado de equipo de seguridad (extintores, botiquines, etc.).
- Ubicación y estado de mantenimiento de instalaciones eléctricas, acueductos y tuberías de gas.
- Ubicación de maquinaria y herramientas.
- Distribución de personal (problemas de disposición de espacio).

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 PEE-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 55 de 58
--	---	---

12. ANEXOS

12.1. ANEXO I FICHA DE EVALUACIÓN DE SIMULACRO – PEE-01-F01

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	FICHA DE EVALUACIÓN DE SIMULACRO PEE-01-F01			EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PEE-01-F01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 1 de 1	
FICHA DE EVALUACIÓN DE SIMULACRO – PEE-01-F01					
Nombre del Hospital	Hospital Divina Providencia				
Dirección					
Fecha		Hora de inicio		Hora de Fin	
Indicaciones: Marque con una X la casilla que corresponda a cada función o actividad realizado o no en el ejercicio del simulacro					
No.	ASPECTO			SI	NO
1	Se activaron las alarmas				
2	La organización para la respuesta fue eficiente				
3	Las brigadas cuentan con sus chalecos y distintivos				
4	Los líderes de las brigadas desempeñaron bien el trabajo				
5	Se aplicaron las normas establecidas en el plan de emergencia y evacuación				
6	Se observa que todo el personal realizó la evacuación utilizando equipo de protección personal				
7	Se dieron instrucciones precisas al personal				
8	Se cuenta con señalización permanente para la evacuación				
9	Los responsables de la evacuación mantuvieron el control de las personas evacuadas				
10	Las rutas utilizadas para el simulacro y las zonas de encuentro son acordes a las				
11	condiciones del riesgo				
12	Se registró el número de personas, contando uno por uno				
13	Se realizó la verificación de las instalaciones posterior al simulacro				
14	Se reingreso a las instalaciones de forma dirigida y ordenada				
15	Se identifica y corrige cualquier problema que amenace la vida del paciente a corto plazo. (Hemorragias, Paro Cardio Respiratorio o Intoxicación)				

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: MSIG-01 PEE-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 56 de 58
--	---	---

No.	ASPECTO	SI	NO
16	Se realiza una evaluación general del estado del paciente (si hay una hemorragia evidente, lo primero es controlarla)		
17	28. Se evalúa el nivel de respuesta del paciente (Consciente o Inconsciente)		
18	Se realizó la apertura de vías aéreas de forma correcta (maniobra del Extensión Mandibular o Elevación del Mentón)		
19	Se revisó la toma del pulso carotideo y otros signos (no más de 10 segundos)		
20	Evalúa región cervical (cuello o nuca)		
21	Coloca correctamente el collarín cervical		
22	Evalúa el área pélvica y cadera		
23	Evalúa extremidades inferiores		
24	Evalúa extremidades superiores		
25	Tratamiento de las Lesiones		
26	Atiende heridas y realiza vendajes		
27	Aplica maniobras Anti-Shock (mantener consciente al paciente y vigilados sus signos vitales)		
28	Desmonta el extintor y lo ubica en el suelo		
29	Retira los seguros del extintor		
30	Se posiciona de forma segura (se recomienda 1.5 metros de distancia del fuego como mínimo)		
31	Realiza prueba de carga del extintor		
32	Utiliza el extintor de manera correcta (barrido de izquierda a derecha/de un lado a otro)		
<p>_____</p> <p>Nombre y forma del evaluador</p>			

E1R00



Hospital Divina Providencia

**MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD,
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

EDICIÓN: 1
CÓDIGO: MSIG-01 / PEE-01
REVISIÓN: 00
FECHA: 2024-11-22
PÁGINA: 57 de 58



Hospital Divina Providencia

HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

PROGRAMA DE EJECUCIÓN DE SIMULACROS PEE-01-F02

No.	LUGAR DE EJECUCIÓN DEL SIMULACRO	AÑO / MESES											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nombre y firma del presidente del
Comité de Seguridad y Salud
Ocupacional

Vo. Bo de la Dirección General.



Hospital Divina Providencia

**MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD,
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

EDICIÓN: 1
CÓDIGO: MSIG-01 / PEE-01
REVISIÓN: 00
FECHA: 2024-11-22
PÁGINA: 58 de 58

ANEXO 5: Matriz de comunicación, participación y consulta de los trabajadores MSIG-01-F04

REQUISITO NORMATIVO	TEMA DE PARTICIPACIÓN	¿QUIÉN FACILITA LA PARTICIPACIÓN?	¿COMO SE PARTICIPA?	MOMENTO DE PARTICIPACIÓN	EVIDENCIA	RECURSOS ASIGNADOS	
						RECURSOS	FORMACIÓN
Determinación de mecanismos de consulta y participación de los trabajadores	Análisis, actualización y ratificación de los mecanismos de consulta y participación de los trabajadores	Gestor de la Calidad / Dirección General	Correo, electrónico, reuniones, encuesta, consultas virtuales, otras TIC	Cada año o cuando sea necesario	Correo electrónico, Memoria de reunión, Lista de asistencia, Resultados de encuesta, Otras evidencias	Internet, equipos tecnológicos, sala de juntas y capacitación, asignación de tiempo de trabajo	-ISO 9001:2015 -ISO 45001:2018 -Divulgación del formato MSIG-F04
Identificación de los peligros y evaluación de los riesgos y oportunidades	Identificación de peligros, evaluación de riesgos.	Gestor de la Calidad / CSSO	Reuniones de CSSO	Cada vez que se revisa o actualiza la identificación de peligros	Memoria de reunión	Sala de reuniones, equipo tecnológico, papelería, recurso tiempo	-ISO 9001:2015 -ISO 45001:2018 -Formación y/o socialización de la metodología de identificación de peligros y evaluación del riesgo. Formación sobre planes acción
	Identificación de riesgos y oportunidades para el proceso	Gestor de la calidad / Líderes de los procesos	Divulgaciones Reunión de trabajo	Cada trimestre o cuando el recurso humano identifique una oportunidad y riesgo	Lista de asistencia a divulgación Correo electrónico	Internet, correo electrónico, equipos tecnológicos disponibles, sala de formación	-ISO 9001:2015 -ISO 45001:2018 -Formación y/o socialización del procedimiento PR-01 riesgos y oportunidades del proceso. -Formación y/o socialización de las medidas de control implementadas
Determinación de acciones para eliminar los peligros y reducir los riesgos para la SST	Identificación de peligros, evaluación de riesgos, determinación de acciones para eliminar los peligros y reducir los riesgos para la SST	Gestor de la calidad / Líderes de los procesos / CSSO	Identificación de los peligros Aplicación de Plan de acción	Cada trimestre o cuando el recurso humano identifique una oportunidad y riesgo	Matriz IPER Plan de acción	-Internet -Equipo informático -Sala de reuniones -Recursos tiempo -Papelería Impresora	-ISO 9001:2015 -ISO 45001:2018 -Formación y/o socialización de la metodología de identificación de peligros y evaluación del riesgo. (Matriz IPER) -Formación y/o socialización de las medidas de control implementadas
Programa de formación en SST	Diagnóstico de Necesidades de Formación (DNC), Elaboración del programa de formación SST.	Gestor de la Calidad / CSSO	Reuniones de trabajo	Anualmente	Memoria de Reunión	-Sala de reuniones -Equipo tecnológico -Papelería recurso tiempo	--ISO 9001:2015 ISO 45001:2018 -Divulgación del plan de formación
Investigación de incidentes y accidentes.	Identificación de incidentes y accidentes	CSSO / Líderes de los procesos	Completando la Matriz de identificación de accidentes e indecentes	Cuando ocurra un incidente o accidente	Matriz de identificación de incidentes y accidentes	-Sala de reuniones -Equipo tecnológico -Papelería recurso tiempo	-ISO 9001:2015 -ISO 45001:2018 -Divulgación de la Matriz IPER
Determinación de medidas de control y su implementación y uso eficaces	Colocar el tema de participación	Colocar los responsables de comunicar	Colocar como participan los empleados	Colocar en qué periodo de tiempo participan los empleados	Colocar la evidencia	Colocar los recursos	-Colocar los temas de formación

APÉNDICE 20. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS




HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
PROCEDIMIENTO DE RIESGOS Y
OPORTUNIDADES

PR-01

Noviembre de 2024


 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES PR-01</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 2 de 10</p>
--	--	---

Aprobación del Documento

Firma

Elaboró	Gestor de la Calidad.	
Revisó	Subdirector de Educación.	
Aprobó	Directora del Hospital Divina Providencia	

Fecha de aprobación del documento: San Salvador, noviembre de 2024

	PROCEDIMIENTO DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES PR-01	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 3 de 10
---	---	--

1. OBJETIVO

Identificar, evaluar y controlar los riesgos y oportunidades pertinentes para el sistema integrado de gestión de la calidad y seguridad y salud en el trabajo NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018 del Hospital Divina Providencia.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para todas las actividades técnicas y de gestión implementadas como parte del Sistema Integrado de Gestión.

3. RESPONSABLES


- Directora del Hospital: Responsable de gestionar los recursos necesarios y autorizar las actividades a seguir para realizar la identificación, la mitigación y seguimiento de los riesgos y oportunidades detectadas, promover y apoyar para que todo el personal participe en la identificación de los riesgos y oportunidades que son reportadas en el [Formato Identificación de Riesgos y Oportunidades P-07-F01](#).
- Líderes de los procesos: a) Asegurar la implementación, seguimiento, actualización y evaluación de los controles establecidos en este procedimiento para la identificación de riesgos y valoración de las oportunidades; b) Solicitar a los responsables de la atención a los pacientes y familiares la identificación y evaluación de riesgos, teniendo en cuenta la satisfacción del paciente; c) Promover y apoyar para que el personal participe en la identificación y evaluación de los riesgos, al igual en la implementación de planes de acción.
- Gestor de la Calidad: a) Verificación del cumplimiento de los procesos, de acuerdo a la identificación de riesgos y valoración de oportunidades de mejora y b) Elaboración del informe de desviaciones del producto de acuerdo a la verificación realizada al proceso.
- Todo el personal de Hospital Divina Providencia: Es responsable de detectar los riesgos y oportunidades que puedan presentarse en la ejecución de sus actividades, en el área bajo su responsabilidad y de reportarlas en el [Formato Identificación de Riesgos y Oportunidades PR-01-F01](#)

4. REFERENCIAS

- Norma ISO 9001 Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.
- Norma ISO 45001 Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
- Norma ISO 31001 Sistema de Gestión de Riesgos

5. DEFINICIONES

- 5.1. **Riesgo:** Efecto de la incertidumbre. Un efecto es una desviación respecto a lo previsto. Puede ser positivo, negativo o ambos, y puede abordar, crear o resultar en oportunidades y amenazas.
- 5.2. **Gestión del Riesgo:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar la organización con relación al riesgo.
- 5.3. **Probabilidad:** Posibilidad de que algo suceda.

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	PROCEDIMIENTO DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES PR-01	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 4 de 10
--	---	--

5.4. Consecuencia: Resultado de un evento que afecta a los objetivos.

6. CRITERIOS PARA CLASIFICAR LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Para realizar el procedimiento de forma adecuada es importante establecer los criterios que se van a utilizar para la evaluación de los riesgos, tenga en cuenta requisitos legales, reglamentarios, o de otra índole que puedan afectar el proceso de la organización.

6.1.1. Factores del riesgo a considerar son: Los aspectos identificados deben ser detallados en el Formato **Identificación de Riesgos y Oportunidades PR-01-F01**, teniendo en cuenta lo siguiente:

- a) **Contexto de la organización:** Combinación de cuestiones internas, tales como los valores, cultura, conocimiento y desempeño de la organización, y cuestiones externas, como entornos legales, tecnológicos, de competencia, de mercado, culturales, sociales y económicos, que pueden tener un efecto en el enfoque de la organización para el desarrollo y logro de los objetivos.
- b) **Partes Interesadas:** Son aquellas que generan riesgo significativo para la sostenibilidad de la organización si sus necesidades y expectativas no se cumplen.
- c) **Relación de los Objetivos (organizacionales, del proceso)** con eventos o sucesos que puedan afectar o limitar el cumplimiento.
- d) **Definición de posibles efectos:** Desviación de lo esperado, ya sea positivo o negativo.
- e) **Lluvia de ideas:** Técnica de grupo, que permite obtener un gran número de ideas para solventar un determinado problema (Riesgo u Oportunidad). Se toman en cuenta todas las ideas sin desechar ninguna de ellas. Luego, por votación, se depura a lista inicial, hasta que se escogen las más representativas del grupo, por consenso
- f) **Análisis histórico de riesgos:** Revisión de evaluaciones de riesgos de años anteriores.
- g) **Análisis de procesos y procedimientos:** Supervisión de las actividades que se desarrollan dentro del marco del Sistema de Gestión de la Calidad (Gestión o Técnico), considerando indagar posibles desviaciones o factores que limiten el cumplimiento de los objetivos

6.2. Valoración del riesgo incluye la identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo:

- a) **Identificación del riesgo:** Genere una lista detallada de los riesgos teniendo en cuenta aquellos eventos que pueden aumentar, impactar el logro de los objetivos de calidad de su proceso.

6.3. Análisis del riesgo: Involucra el desarrollo y la comprensión del riesgo, siendo el punto de partida para la evaluación del riesgo y la toma de decisiones para su tratamiento. Esto hace referencia a las causas y las fuentes de riesgo, sus consecuencias positivas o negativas y la probabilidad que dichas consecuencias puedan ocurrir.

6.4. Evaluación del riesgo: Tiene como objeto la toma de decisiones basada en una priorización de los resultados obtenidos en el análisis de riesgo determinando cuales riesgos necesitan tratamiento y su prioridad para intervención.

A continuación, se presenta la metodología a seguir para determinar el nivel de riesgo y consiste una vez

identificado el riesgo se realiza una multiplicación del valor del impacto por el valor de la probabilidad, obteniendo el nivel de riesgo, posteriormente se determina si se acepta o no el riesgo. Dicho proceso se realiza en la **MATRIZ DE EVALUACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES PR-01-F02**.

Para mayor detalle se presentan las siguientes tablas.

Tabla No.1 Impacto del Riesgo		
Nivel	Valor	Significado
Alto (A)	3	Se detectan riesgos que generan consecuencias significativas y las acciones preventivas o correctivas son nulas o no existen.
Medio (M)	2	Se generan riesgos con consecuencias importantes, o la compañía cuenta con medidas preventivas o correctivas con una eficacia baja.
Bajo (B)	1	Se detectan riesgos con consecuencias poco significativas o de bajo impacto para la organización o las medidas preventivas tomadas su eficacia son moderadas.

Tabla No.2 Probabilidad del Riesgo		
Nivel	Valor	Significado
Alto (A)	3	Normalmente la materialización del riesgo ocurre con frecuencia
Medio (M)	2	La materialización del riesgo es posible que suceda varias veces en las operaciones
Bajo (B)	1	Es posible que suceda el daño alguna vez.

Tabla No. 3 Nivel del Riesgo		
Nivel del riesgo	Intervalos	Significado
III	6-9	
II	4-6	
I	1-3	

Tabla No. 4 Nivel del Riesgo	
Nivel de riesgo	Significado
	No aceptable
	No aceptable o aceptable con control específico
	Aceptable

7. TABLA DE SECUENCIA DE PASOS

Pasos	Actividades	Responsable
1	<p>Identificación del Riesgo</p> <p>Los líderes de los procesos identifican los riesgos revisando los procesos, objetivos, recursos, actividades que pueden afectar su cumplimiento de los indicadores. Posteriormente remiten al gesto de la calidad para su integración en la MATRIZ DE EVALUACIÓN DE</p>	



Pasos	Actividades	Responsable
	<p>RIESGOS Y OPORTUNIDADES P-0X-F02.</p> <p>Las causas identificadas en el contexto sirven de base para la identificación de los riesgos de los procesos</p> <p>La identificación de los riesgos se puede soportar en: análisis DAFO, lluvia de ideas, análisis histórico, análisis de escenarios. El riesgo debe estar descrito de manera clara, sin que su redacción dé lugar a ambigüedades o confusiones con la causa generadora de los mismos.</p>	Líderes de los procesos
2	<p>Integración de riesgos y oportunidades.</p> <p>Con base a los riesgos y oportunidades identificados por los líderes de los procesos se procede a integración la información en la Matriz de Evaluación de Riesgos y Oportunidades P-01-F02. Posteriormente se planifica reunión de trabajo para clasificar evaluar y formalizar plan de acción.</p>	Gestor de la Calidad
3	<p>Clasificar el riesgo</p> <p>Se determina la clasificación del riesgo y se define el nombre del proceso / actividad en donde se materializa, se describe el riesgo / oportunidad el tipo, y las causa</p>	Líderes de los procesos
4	<p>Analizar y evaluar el riesgo identificado: Los riesgos identificados se analizan teniendo en cuenta dos aspectos: probabilidad e impacto.</p>	Líderes de los procesos
5	<p>Acciones para gestionar el (los) riesgo(s): Se definen la forma como se tratará el riesgo de acuerdo con las opciones: Evitar, reducir, transferir o compartir o asumir el riesgo. Se definen del plan de manejo del riesgo como una acción preventiva que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">Las acciones a implementarLos responsablesEl cronograma de implementaciónLos indicadores <p>Una vez identificados los riesgos, cada proceso debe establecer los controles teniendo en cuenta: Controles preventivos, que disminuyen la probabilidad de ocurrencia o materialización del riesgo; y Controles correctivos, que buscan combatir o eliminar las causas que lo generaron, en caso de materializarse.</p>	Líderes de los procesos
6	<p>Determinación de la eficacia.</p> <p>Los líderes de los procedimientos establecen el mecanismo a seguir para el monitoreo y seguimiento de forma constante y permanente de los</p>	Líderes de los procesos



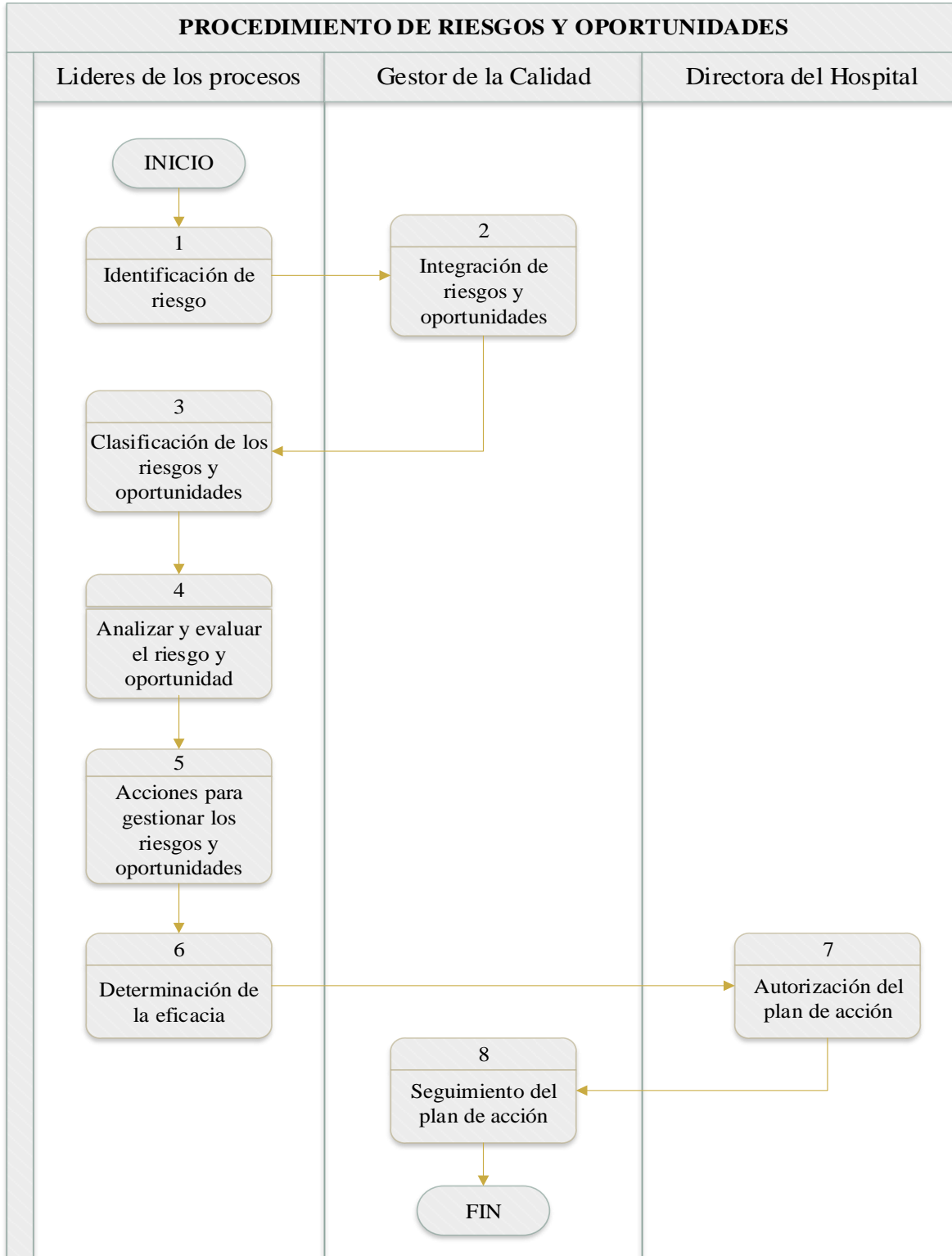
Pasos	Actividades	Responsable
	riesgos y oportunidades detectados, considerando dar cumplimiento a la programación definida en el Plan de Acción (si aplica).	
7	Aprobación del Plan de Acción La Directora del Hospital, aprueba el Plan de acción. A partir de la aprobación del Plan de Acción, el comité deberá de verificar el cumplimiento del Plan de Acción bimensualmente y comunicar al Director de la DIDOP los resultados obtenidos.	Directora del Hospital
8	Seguimiento del Plan de acción Se realizará seguimiento y evaluación a: <ul style="list-style-type: none">• La efectividad de los controles existentes.• La implementación de las acciones propuestas.• La valoración del riesgo con base en la implementación de nuevos controles.• La pertinencia y conveniencia de los riesgos identificados. Los responsables.	Gestor de la Calidad
Fin del procedimiento		

8. REGISTROS GENERADOS

- Formato Identificación de Riesgos y Oportunidades P-01-F01.
- Formato Matriz de Evaluación de Riesgos y Oportunidades P-01-F02.



9. FLUJOGRAMA







Hospital Divina Providencia

**PROCEDIMIENTO DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES
PR-01**

EDICIÓN: 1
CÓDIGO: PR-01
REVISIÓN: 00
FECHA: 2024-11-22
PÁGINA: 9 de 10

 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES PR-01	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 10 de 10
---	---	---

ANEXO I

 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES PR-01	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-01-F01
FORMATO IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES PR-01-F01		REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 1 de 1


HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA




IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES PR-01-F01.

No.	Nombre del proceso / actividad	Tipo (Riesgo, Oportunidad)	Descripción del Riesgo / Oportunidad	Causa del Riesgo / Oportunidad	Efecto del Riesgo / Oportunidad	Observaciones

E1R00

 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES PR-01	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 11 de 10
---	---	---

ANEXO II

 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES PR-01	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-01-F02 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 1 de 1
	FORMATO MATRIZ DE EVALUACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES PR-01-F02	

HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA



MATRIZ DE EVALUACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES PR-01-F02

Identificación y Análisis del Riesgo/Oportunidad					Evaluación del Riesgo / Oportunidad					Eficacia de las Acciones				
No.	Nombre del proceso / actividad	Descripción del Riesgo / Oportunidad	Tipo (Riesgo, Oportunidad)	Causa del Riesgo / Oportunidad	Controles		Probabilidad	Impacto	Nivel de riesgo/oportunidad	Acción a tomar	Controles Acciones Preventivas o de mejora continua	Responsables	Indicador de cumplimiento	Porcentaje de Cumplimiento
					Si	No								

E1R00

FIN DEL DOCUMENTO-



HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN
DOCUMENTAL**

PR-02

Noviembre de 2024

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PR-02</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-02 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 2 de 15</p>
--	---	---

Aprobación del Documento

Firma

Elaboró	Gestor de la Calidad.	
Revisó	Subdirector de Educación.	
Aprobó	Directora del Hospital Divina Providencia	

Fecha de aprobación del documento: San Salvador, noviembre de 2024

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PR-02</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-02 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 3 de 15</p>
--	--	---

1. OBJETIVO

Establecer una metodología y los lineamientos para la elaboración, actualización y control de la información documentada del Sistema Integrado de Gestión (SIG)

1. ALCANCE

El presente procedimiento aplica a todos los documentos internos y externos que son parte de los procesos del Sistema Integrado de Gestión (SIG), de la Calidad y Seguridad y Salud en el Trabajo.

Los documentos que se incluyen en el presente procedimiento son: Manuales, Procedimientos, Política, Instrucciones de Trabajo, Matrices/Fichas, Formularios, Normas de gestión, Directrices

2. RESPONSABLES

- Dirección General: Responsable de la autorización de los documentos emitidos.
- Subdirector de Educación: Responsable de la revisión de los documentos, así como también brindar el seguimiento correspondiente al cumplimiento del presente procedimiento.
- Gestor de la Calidad: Responsable de la elaboración, actualización y socialización de los documentos.
- Personal del Hospital: Responsables de dar cumplimiento a los lineamientos vertidos en el presente procedimiento.
- Personal del Hospital: Cuando aplique identificaran oportunidades de mejora en los documentos que utilizan y acataran las directrices del presente procedimiento.

3. REFERENCIAS

- 3.1. Norma ISO 9000 Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario.
- 3.2. Norma ISO 9001 Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.
- 3.3. Norma ISO 45001 Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
- 3.4. ISO/TR 110013 Directrices para la documentación de Sistemas de gestión de la calidad.

4. DIRECTRICES DE LA GESTIÓN DE DOCUMENTOS

4.1. Directrices.

El personal responsable de elaborar, revisar y aprobar los documentos se resume a continuación en la

Tabla 1. Responsables de elaborar, revisar y aprobar los documentos.

Documento	Elaboración	Revisión	Aprobación
Manual del Sistema Integrado de Gestión y Formatos de Registro.	Gestor de la Calidad.	Subdirector de Educación	Directora del Hospital Divina Providencia.
Manual de Procedimientos y Formatos de Registro.	Gestor de la Calidad.	Subdirector de Educación	Directora del Hospital Divina Providencia.
Instrucción de Trabajo.	Gestor de la Calidad.	Subdirector de Educación	Directora del Hospital Divina Providencia.
Políticas	Gestor de la Calidad.	Subdirector de Educación	Directora del Hospital Divina Providencia.

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PR-02</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-02 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 4 de 15</p>
--	---	---

- a) El documento deberá ser redactada en el formato correspondiente al tipo de documento, ver formatos en el **Anexo I**. La letra debe ser en formato Times New Roman tamaño 10, con página tamaño carta.
- b) La redacción utilizada deberá ser clara de acuerdo con lo que se desea documentar. Si es pertinente y ayuda a dejar claro la información a comunicar se pueden colocar gráficos, imágenes u otra información que facilite la interpretación, y una mejor comprensión por los usuarios.
- c) Se procede a emitir las copias que se requieran, el documento original es entregado al Gestor de la Calidad; la ubicación de estos documentos se registra en el formato **Lista Maestra de Control de Documentos Internos PR-02-F01**.
- d) El Gestor de la Calidad tendrá un listado de los documentos vigentes de acuerdo con el formato **Listado de Documentos Vigentes PR-02-F04**.

5. Documentos internos.

La información documentada que es generada por el hospital se agrupan por categoría: Manual del Sistema Integrado de Gestión, Manual de procesos, manual de procedimientos, Formularios de Registro, todos estos documentos son controlados por medio del formato **Lista Maestra de Control de Documentos Internos PR-02-F01**.

5.1. Identificación de documentos internos.

- **Manual del Sistema Integrado de Gestión** Se identifica con las letras **MSIG** seguido de un guion y dos números arábigos (**MSIG**), y se encuentra conformado por la información pertinente al sistema y de acuerdo con lo establecido en las normas NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 45001:2018. (**MSIG-0X**).
- **Manual de Procesos:** Está formado de procesos individuales que se identifican con la letra **MP** seguida por un guion y dos números arábigos; comenzando desde **01**. En estos se describe la forma en que se implementan los requisitos de entrada y salida del Hospital, así como también la caracterización de los procesos.
- **Manual de Procedimientos:** Está formado de procedimientos individuales que se identifican con la letra **P** seguida por un guion y dos números arábigos; comenzando desde **01**. En estos se describe la forma en que se implementan los requisitos de gestión y los requisitos técnicos del Hospital. Por ejemplo, el Procedimiento Gestión de Documentos se identifica con el código **MPR-02**.
- **Formato de Registro:** Se identifica con el código del procedimiento y/o instrucción de trabajo del que se generan, seguido de un guion y la letra **F**, seguida de dos números arábigos correlativos que inician desde **01**. Este documento contiene los formatos que se utilizan para registrar la información que se genera en las actividades técnicas y de gestión. Por ejemplo, la Lista Maestra de Control de Documentos Internos se identifica con el código **P-01-F03**. Asimismo, todos los formatos tienen la Edición y la Revisión en la parte inferior, por ejemplo, si el formato **Lista Maestra de Control de Documentos Internos PR-02-F01**, proviene de la edición **1**, revisión **00** éste tendrá el siguiente código en la parte inferior del formato **E1R00**.

5.2. Estructura general de los documentos internos.

Dependiendo de la naturaleza de los documentos, su estructura general, como mínimo, es la siguiente:

- Portada.
- Aprobación del documento.



- Objetivo.
- Alcance.
- Responsables.
- Definiciones (si aplica).
- Desarrollo.
- Flujograma (si aplica)
- Documentos de referencia (si aplica).
- Registros generados (si aplica).
- Anexos (si aplica).

5.3. Documentos externos.

En general, es todo documento en medio físico o electrónico que se utiliza como fuente de información, los cuales no son generados por hospital. Son documentos externos: Leyes, reglamentos, manuales de operación de equipos, documentos técnicos de referencia, Para el control de dichos documentos se utilizará el formato [Lista Maestra de Control de Documentos Externos PR-02-F02](#).

5.3.1. Identificación de documentos externos.

- **Leyes, reglamentos:** Regulan el quehacer del hospital como reglamentos, leyes.
- **Manuales de Equipos:** Son documentos elaborados por el fabricante de los equipos, en donde se describe, entre otros aspectos, lineamientos de operación y mantenimiento de equipos; estos pueden estar escritos en idioma inglés o español. Estos se identifican con el nombre del documento.

5.4. Cambios en la documentación.

5.4.1. Los cambios de los documentos se realizan de acuerdo a las necesidades y son ejecutadas por los responsables indicados en la Tabla 1 *Responsables de Elaborar, Revisar y Aprobar los Documentos*.

5.4.2. La edición se controla a través de la asignación de un número, que inicia desde cero y que se incrementa en una unidad en un número entero, a medida que se van realizando los cambios. No se realizan cambios parciales, si se requiere una modificación se emite la totalidad del documento.


5.4.3. Los cambios en los documentos son controlados mediante el formato [Lista de Control de Cambios de Documentos PR-02-F03](#) que se anexa al final de cada documento; lo anterior, con el objetivo de que las personas que lean las nuevas revisiones, sepan cuáles han sido las últimas modificaciones que han sufrido éstos, respecto a la versión anterior.

5.4.4. El nuevo documento aprobado, se da a conocer al personal involucrado.

5.4.5. Se retiran los documentos obsoletos y se reemplazan por la nueva revisión. Se actualizan los listados de control por manual y listado de registros utilizado en el formato [Lista Maestra de Control de Documentos Internos PR-02-F01](#).

5.4.6. Los documentos obsoletos que se tengan que guardar por razones que el hospital considere pertinente, serán conservados por 3 años, en un lugar apropiado para asegurar su integridad y que no sean usados sin motivo.

5.4.7. A fin de mantener actualizados los documentos, se establece una frecuencia de revisión de 2 años en el caso de aquellos que no han sufrido modificaciones recientes.

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PR-02</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-02 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 6 de 15</p>
--	--	---

5.5. Documentos en medios electrónicos.

5.5.1. Para mantener la integridad de la documentación se ha protegido el acceso a la información, concentrándola en la computadora asignada al Gestor de la Calidad, al que solo puede ingresarse con su usuario de red y palabra clave asignada.

5.5.2. Los cambios en los documentos guardados electrónicamente serán realizados por el Gestor de la Calidad de la siguiente manera:

- Se realiza una copia del documento que será cambiado, el original se traslada para ser guardado en la carpeta de documentos obsoletos.
- Luego, a la copia se le cambia el encabezado en el campo correspondiente a la edición, se actualiza el número arábigo, que será de ahora en adelante el actual, según el correlativo que le corresponde.
- Se procede a realizar los cambios en el documento para imprimirlo y remitirlo a revisión, aprobación y finalmente darlo a conocer al personal.

5.6. Enmendaduras.

5.6.1. Las enmendaduras son permitidas en los registros que se completan manualmente y registros totalmente manuscritos, siempre que se pase una línea en lo que se desea enmendar y se coloque la información correcta, iniciales y rubrica del responsable. La ubicación de la información correcta podrá ser junto a la enmendadura o, si por motivos de espacio lo anterior no es factible, se realiza un llamado a la par de la enmendadura y se escribe la información correcta al margen del formato o en el campo de observaciones.

6. TABLA DE SECUENCIA DE PASOS

6.1. Elaboración y/o actualización de documentos

Pasos	Actividades	Responsable
1	<p>Identificación de la Necesidad de elaborar y/o actualizar documentos</p> <p>Se identifica la necesidad de elaborar y/o actualizar un documento y es comunicado al líder del proceso para que gestione con la dirección General la elaboración del documento</p>	Personal del Hospital
2	Se recibe la solicitud de elaboración y/o actualización, del documento y se comunica a la Dirección General	Líder del Proceso
3	<p>Dirección general recibe la solicitud de elaborar y/o actualizar documento, puede ser: ¿Aprueba la elaboración y/o del documento?</p> <p>Si: Delega al Gestor de la calidad la elaboración del documento juntamente con el área interesada, continua en el paso 4.</p> <p>No: Fin del procedimiento</p>	Dirección general
4	El gestor de la calidad redacta el documento con la información emitida por el área solicitante una vez redactado el documento, se entrega al Subdirector de Educación para su revisión.	Gestor de la Calidad
5	El Subdirector de Educación recibe el documento, lo revisa. Puede ser: ¿El documento tiene observaciones?	Subdirector de Educación

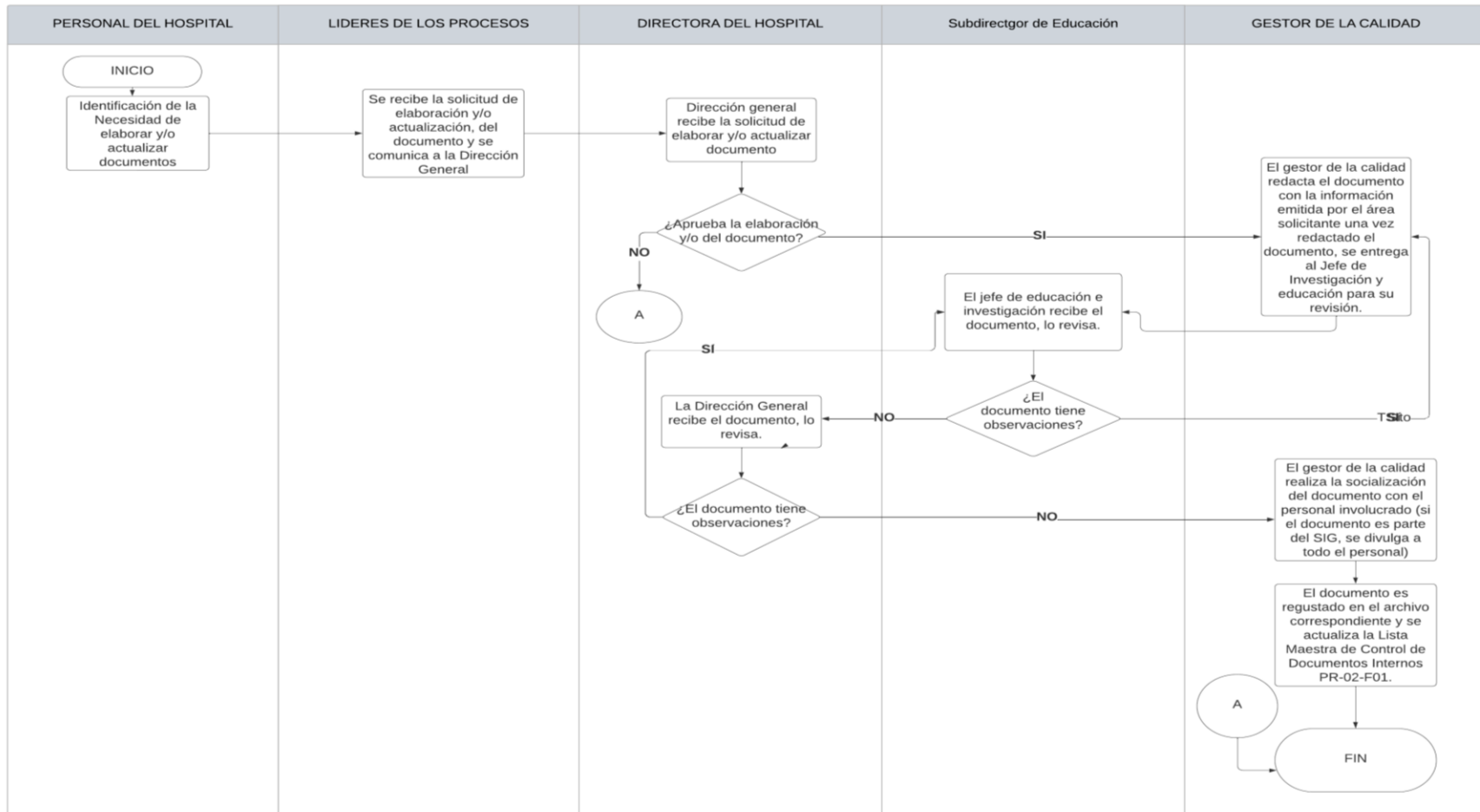


Pasos	Actividades	Responsable
	Si: El documento es regresado al gestor de la calidad para corregir observaciones. Regresa al paso 4. No: el documento es remitido a la Dirección General, continua en el paso 6.	
6	La Dirección General recibe el documento, lo revisa. Puede ser: ¿El documento tiene observaciones? Si: El documento es regresado al gestor de la calidad para corregir observaciones. Regresa al paso 5. No: el documento es al Gestor de la Calidad, continua en el paso 7.	Dirección general
7	El gestor de la calidad realiza la socialización del documento con el personal involucrado (si el documento es parte del SIG, se divulga a todo el personal)	Gestor de la Calidad
8	El documento es registado en el archivo correspondiente y se actualiza la Lista Maestra de Control de Documentos Internos PR-02-F01 .	Gestor de la Calidad
Fin del procedimiento		

7. REGISTROS GENERADOS

- **Anexo I - Formato General de Documentación**
- **Anexo II - Lista Maestra de Control de Documentos Internos PR-01-F01.**
- **Anexo III - Lista Maestra de Control de Documentos Externos PR-01-F02.**
- **Anexo IV - Lista de Control de Cambios de Documentos PR-01-F03.**
- **Anexo V - Listado de Documentos Vigentes PR-01-F04**

8. FLUJOGRAMA





Hospital Divina Providencia

**PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DOCUMENTAL
PR-02**

**EDICIÓN: 1
CÓDIGO: PR-02
REVISIÓN: 00
FECHA: 2024-11-22
PÁGINA: 9 de 15**

**ANEXO I
FORMATO GENERAL DE DOCUMENTACIÓN**

Portada.

Toda la documentación relacionada con manuales, procesos, procedimientos, del Sistema de Integrado de Gestión, deberá tener una portada, la cual contendrá como mínimo el nombre del Hospital, título y código del documento, fecha de la última edición, y número de página.



HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA


(NOMBRE DEL MANUAL)

(NOMBRE DEL DOCUMENTO)

(CÓDIGO)

día de mes de año (fecha)

1 de #

 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PR-02	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-02 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 10 de 15
--	--	---

Encabezados por tipo de manual.


Edición: Indica las veces en la cual el documento ha tenido modificaciones.

Código: Identificación unívoca del documento.

Fecha: Fecha de elaboración del documento.

Página: Hace referencia al número de página en relación con el total de páginas.

Encabezados de los documentos.

 Hospital Divina Providencia	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	EDICIÓN: X CÓDIGO: MSIG-XX REVISIÓN: XX FECHA: aaaa-mm-dd PÁGINA: X de X
--	--	---


Encabezado del Manual de Procedimientos Generales.

 Hospital Divina Providencia	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EDICIÓN: X CÓDIGO: MPR-01 REVISIÓN: XX FECHA: aaaa-mm-dd PÁGINA: X de X
--	---------------------------------	--


Encabezado del Manual de Procedimientos Generales.

 Hospital Divina Providencia	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	EDICIÓN: X CÓDIGO: PR-XX REVISIÓN: XX FECHA: aaaa-mm-dd PÁGINA: X de X
--	---------------------------------	---


Encabezado de Instrucciones de Trabajo.

 Hospital Divina Providencia	NOMBRE DE LA INSTRUCCIÓN DE TRABAJO	EDICIÓN: X CÓDIGO: PR-XX-ITXX REVISIÓN: XX FECHA: aaaa-mm-dd PÁGINA: X de X
--	--	--

Encabezado de Formato.

 Hospital Divina Providencia	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	EDICIÓN: X CÓDIGO: PR-XX-FXX REVISIÓN: XX
	NOMBRE DEL FORMATO	FECHA: aaaa-mm-dd PÁGINA: X de X

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PR-02</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-02 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 11 de 15</p>
--	---	--


 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p>PLAN DE EMERGENCIA Y EVACUACIÓN PEE - 01</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PEE-01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA:</p>
--	--	--

Todos los manuales, procedimientos, deben contener en la segunda página un recuadro para registrar el nombre y cargo, del personal que elaboró, revisó y aprobó el documento; como a continuación indica:


Firma

Elaboró	<p>Nombre del Gestor de la Calidad. Gestor de la Calidad.</p>	
Revisó^{1/}	<p>Nombre del Subdirector de Educación. Subdirector de Educación.</p>	
Aprobó	<p>Nombre de la Directora del Hospital. Directora del Hospital</p>	

Fecha de aprobación del documento: San Salvador, mes del 20xx

 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PR-02	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-02 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 12 de 15
---	--	---

ANEXO II

 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE DOCUMENTOS PR-02	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-02-F01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 1 de 1
FORMATO DE LISTA MAESTRA DE CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS P-02-F01		

HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA




**LISTA MAESTRA DE CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS
PR-02-F01**


Nombre del Documento	Edición	Código	Fecha

No.	Fecha de Distribución	Ubicación de Documento	Nombre de Persona que Recibe y Firma

E1R00

 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PR-02	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-02 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 13 de 15
---	--	---

ANEXO III

 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PR-02	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-02-F02 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 1 de 1
FORMATO DE LISTA MAESTRA DE CONTROL DE DOCUMENTOS EXTERNOS PR-01-F02		

HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA




LISTA MAESTRA DE CONTROL DE DOCUMENTOS EXTERNOS PR-02-F02

No.	Nombre del Documento	Entidad que Emite el Documento	Edición	Ubicación


Fecha de elaboración: _____

Firma del Gestor de la Calidad

E1R00

 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PR-02	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-02 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 14 de 15
---	--	---

ANEXO IV

 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PR-02	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-02-F03 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 1 de 1
FORMATO DE LISTA DE CONTROL DE CAMBIOS DE DOCUMENTOS PR-02-F03		

HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

**LISTA DE CONTROL DE CAMBIOS DE DOCUMENTOS
PR-02-F03**

Cambios realizados a:

Nombre del Documento	Código	Edición	Fecha

Los cambios realizados a la versión anterior son resumidos en la siguiente tabla:


No.	Sección	Resumen de Cambios	Fecha

Firma del Gestor de la Calidad

E01R00

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PR-02	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-02 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 15 de 15
--	--	---

ANEXO V

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PR-02 FORMATO LISTADO DE DOCUMENTOS VIGENTES PR-02-F04	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-02-F04 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 1 de 1
--	---	---

HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

LISTADO DE DOCUMENTOS VIGENTES PR-02-F04

Fecha de elaboración: _____

No.	Nombre del Documento	Código	Edición	Fecha

Firma del Gestor de la Calidad

R1R00




HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
PROCEDIMIENTO DE PERSONAL

PR-03

Noviembre de 2024


 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE PERSONAL PR-03</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-03 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 2 de 9</p>
--	---	--

Aprobación del Documento

Firma

Elaboró	Gestor de la Calidad.	
Revisó	Subdirector de Educación.	
Aprobó	Directora del Hospital Divina Providencia	

Fecha de aprobación del documento: San Salvador, noviembre de 2024

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE PERSONAL PR-03</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-03 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 3 de 9</p>
--	---	--

1. OBJETIVO

Establecer las actividades para la selección, contratación, inducción, capacitación, supervisión del personal del Hospital Divina Providencia

2. ALCANCE

El presente procedimiento aplica a todo el personal del contratado por el Hospital Divina Providencia

3. RESPONSABLES

- Dirección General: Responsable de realizar de autorizar la contratación, aplicando las normas generales descritas en el presente procedimiento.
- Líderes de los procesos: responsables de realizar la inducción y gestionar las capacitaciones juntamente con la Dirección General.
- Subdirector de Educación: Responsable de realizar el procedimiento de contratación, además de gestionar las capacitaciones y llevar el registro del personal capacitado.
- Secretaria: responsable de resguardar los expedientes del personal

4. REFERENCIAS


- 4.1. Código de Trabajo.
- 4.2. Manual de Funciones
- 4.3. Norma ISO 9001 Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.
- 4.4. Norma ISO 45001 Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

5. TABLA DE SECUENCIA DE PASOS

Para dar inicio al proceso de contratación deberá de existir la necesidad de acuerdo a la carga de trabajo o estar disponible una plaza vacante.

5.1. Contratación de personal

Pasos	Actividades	Responsable
1	A partir de la carga de trabajo o plaza vacante se inicia el procedimiento de contratación y se expone la necesidad a la Dirección General	Líderes de los procesos
2	<p>Se analiza la información y se verifica la disponibilidad presupuestaria para realizar el proceso de contratación.</p> <p>¿Es aprobada la solicitud de contratación?</p> <p>Si: Se autoriza la contratación y retoma el Subdirector de Educación, continua en el paso 3.</p> <p>No: Fin del procedimiento</p>	Dirección General

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	PROCEDIMIENTO DE PERSONAL PR-03	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-03 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 4 de 9
--	--	---

Pasos	Actividades	Responsable
3	Realiza la publicaciones sobre la oportunidad de plaza vacante a través de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	Subdirector de Educación
4	Se presentan los candidatos a las plazas vacantes y se les realiza la prueba de conocimientos y psicológicos de acuerdo a las necesidades del puesto	Subdirector de educación
5	Se realiza entrevista con el probable jefe inmediato a fin de conocer el desenvolvimiento del empleado/a, posteriormente emiten un dictamen el cual es remitido al Subdirector de Educación	Líderes de los procesos
6	De acuerdo a la nota del examen técnico el cual tiene una ponderación del 40%, el examen psicología el cual tiene una ponderación del 40% y la entrevista el cual tiene una ponderación del 20% se remite a la Dirección General para que se autorice la contratación del postulante	Subdirector de educación
7	Se realiza la contratación y se establece la fecha de ingreso del personal, se delega a la secretaria la conformación del expediente en donde se resguardan los documentos del trabajador	Dirección general
8	Conforma el expediente del empelado y resguarda los documentos como hoja de vida , atestados entre otros	Secretaria
9	El empelado es presentado al jefe inmediato y este le realiza la inducción pertinente la cual consiste en recorrido de las instalaciones, reglamento interno, funciones del puesto, entre otros.	Líderes de los procesos
Fin del procedimiento		

5.2. Formación del personal.

La formación del personal consiste en elevar las competencias del personal para desempeñar de forma óptima las funciones del puesto de trabajo o para minimizar las debilidades reportadas por los jefes inmediatos en el proceso de evaluación del desempeño. Por otra parte, de busca incentivar al talento humano en cursos y diplomados que ayudan a especializarnos en el área de los cuidados paliativos.

5.3. Formación del personal

Pasos	Actividades	Responsable
1	Solicita a los líderes de los procesos un listado de capacitaciones que son necesarias para mejorar las competencias del personal a cargo.	Subdirector de educación
2	Los líderes de los procesos remiten el listado de formaciones necesarias.	Líderes de los procesos
3	Recopila la información y se elabora el diagnostico de necesidades de formación	Subdirector de Educación
4	Recibe el diagnostico de necesidades de formación y se procede a seleccionar las formaciones que son urgentes gestionar para el personal	Dirección General
5	Se procede a planificar la ejecución de las capacitaciones	Subdirector de Educación
6	Se lleva a cabo la capacitación y se registra la asistencia	Subdirector de Educación
7	Se realiza el seguimiento a la eficacia de la capacitación con el fin de	Subdirector de



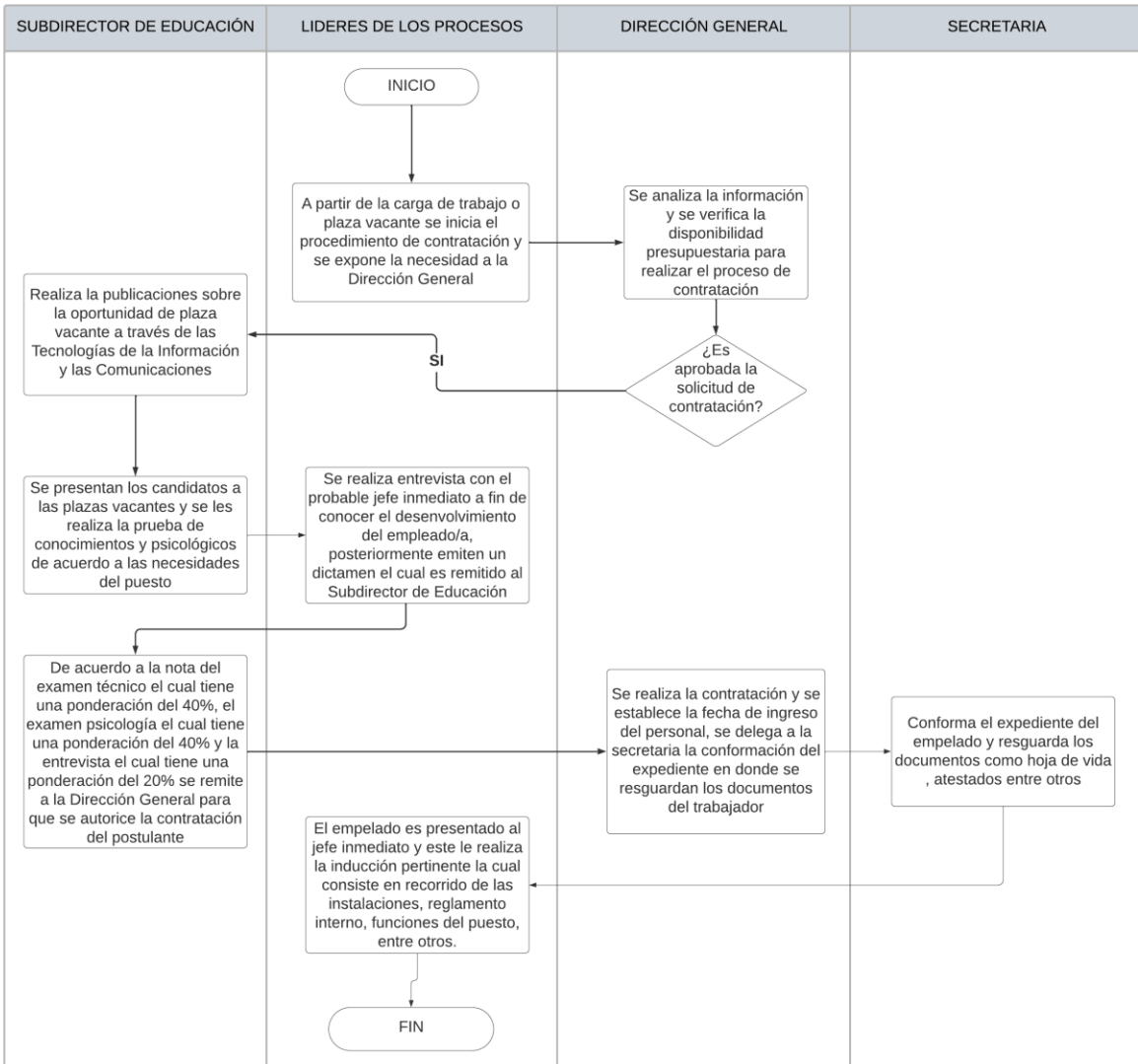
Pasos	Actividades	Responsable
	verificar que la capacitación genere los frutos esperados ¿El personal aplica los conocimientos adquiridos? Si: Se toma en cuenta en formaciones de especialización, continua en el paso 8 No: se incluye nuevamente en la capacitación hasta que logre asimilar los conocimientos, regresa al paso 6	Educación
8	ra una base de datos en donde se registra el personal que aplica los mentos y es considerado en procesos de formación de especialización	Secretaria
9	Archiva los resultados en los expedientes del personal	secretaria
Fin del procedimiento		

6. REGISTROS GENERADOS

- **Plan de Capacitación PR-03-F01.**
- **Programación De Supervisión de la Eficacia de la Fonación PR-03-F02.**

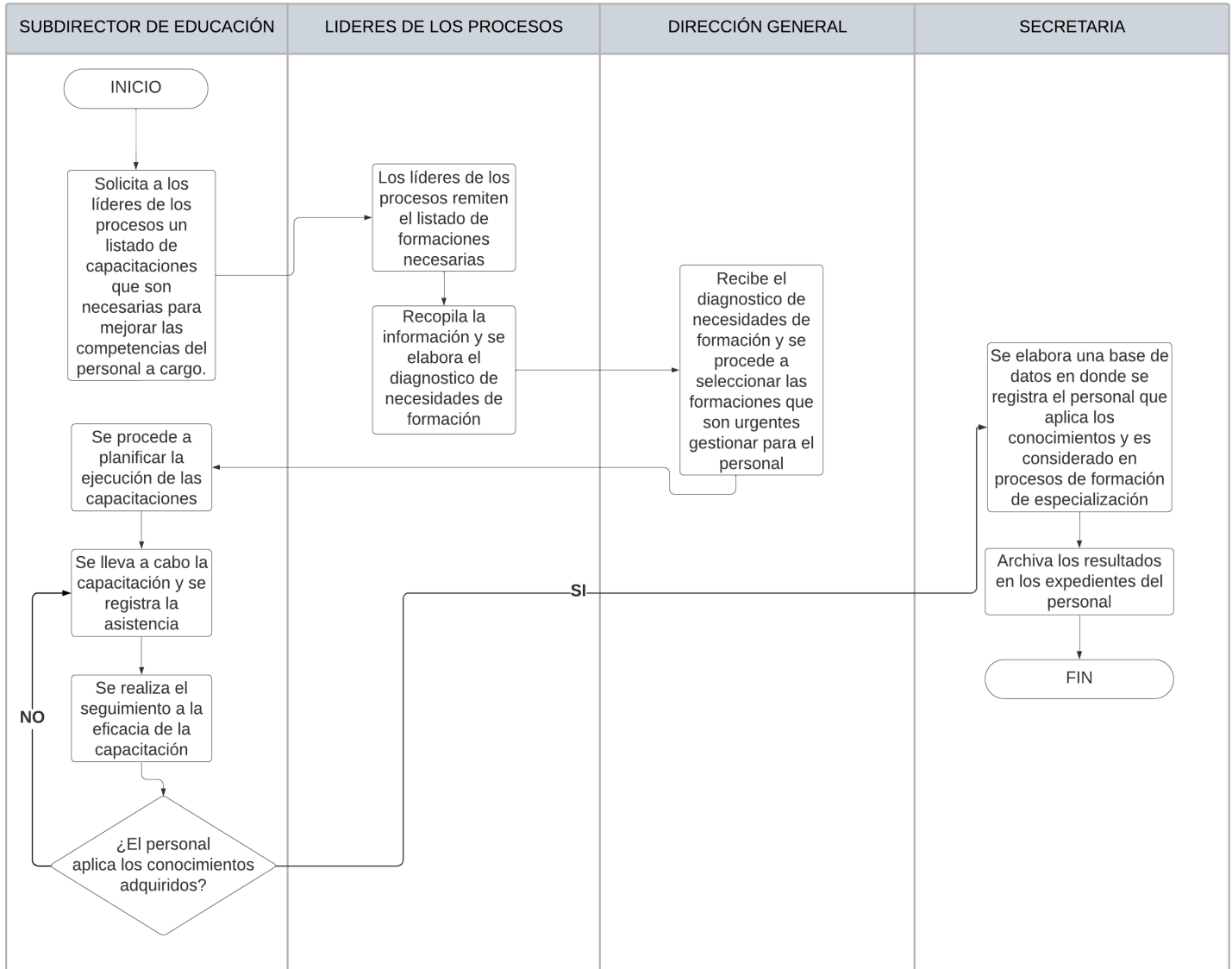


7. Flujograma de Contratación e Inducción de Personal






8. Flujograma de Formación de personal



HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

PLAN DE CAPACITACIONES PR-03-F01



 Hospital Divina Providencia


No.	NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN	AÑO / MESES											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nombre y firma del Subdirector de Educación


Vo. Bo de la Dirección General.

E1R00

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	PROCEDIMIENTO DE PERSONAL PR-03	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-03 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 9 de 9
--	--	---

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	PROCEDIMIENTO DE PERSONAL PR-03 PROGRAMACIÓN DE SUPERVISIÓN DE LA EFICACIA DE LA FORMACIÓN PR-03-F02	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-03-F02 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 1 de 1
--	---	---

HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA


Hospital Divina Providencia

PROGRAMACIÓN DE SUPERVISIÓN DE LA EFICACIA DE LA FORMACIÓN PR-03-F02

Área: _____ Año: _____

Ítem	Actividad a supervisar	Periodo	Observaciones
1			
2			
3			
4			
5			

Observaciones: ---

Elaborado por: _____
Nombre y Firma

EIR00




HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
PROCEDIMIENTO DE COMPRAS

PR-04

Noviembre de 2024


 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE COMPRAS PR-04</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-04 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 2 de 8</p>
--	--	--

Aprobación del Documento

Firma

Elaboró	Gestor de la Calidad.	
Revisó	Subdirector de Educación.	
Aprobó	Directora del Hospital Divina Providencia	

Fecha de aprobación del documento: San Salvador, noviembre de 2024

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	PROCEDIMIENTO DE COMPRAS PR-04	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-04 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 3 de 8
--	---	---

1. OBJETIVO

Establecer, identificar y describir los pasos para asegurar que los bienes, productos y/o servicios adquiridos por El Hospital Divina Providencia, cumplen con las especificaciones solicitadas por las áreas.

2. ALCANCE

Inicia en el momento que se recibe la solicitud de compra de bien, insumos y/o servicio emitido por las diferentes áreas y culmina con la entrega del bien y/o servicio al usuario final.

3. RESPONSABLES


- Dirección General: Responsable de autorizar la compra del bien, insumos y/o servicio y proveer los recursos financieros para realizar el respectivo pago.
- Líderes de los procesos: Responsables de completar la requisición de compras y hacer llegar al responsable de realizar las compras
- Encargado de Compras: Responsable realizar un estudio de mercado y presentar a la dirección general las cotizaciones para seleccionar el proveedor que cumpla con los requisitos de calidad y precio. Además, realiza la evaluación del proveedor.
- Secretaria: Responsable de resguardar la información que se elabore en archivo

4. REFERENCIAS

- 4.1. Norma ISO 9001 Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.
- 4.2. Norma ISO 45001 Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

5. GENERALIDADES

- Las compras de los bienes y servicios deben de planificarse anualmente utilizando el formato PLAN DE COMPRAS PR-04-F01 el cual deberá aprobarse por la Dirección General.
- Se deberá mantener un inventario de seguridad en los insumos de alta rotación.
- Los líderes de los procesos deben de justificar la contratación del bien o servicio en el formato SOLICITUD DE COMPRA PR-04-F02. La Dirección no autorizará la compra de bienes y servicios no planificados siempre y cuando no represente una emergencia.
- El área de cocina prepara la lista de insumos para preparar los alimentos utilizando el formato SOLICITUD DE COMPRA PR-04-F02. Esta actividad se deberá de realizar cada semana.
- El encargado de compras debe presentar al menos tres cotizaciones del bien o servicio a contratar, a fin de realizar la selección del proveedor de forma justa, objetiva y transparente.
- El área de secretaria deberá de llevar el registro de las compras siendo cuidadosos de mantener la trazabilidad de las compras.
- Los empleados no podrán recibir dadivas de los proveedores.

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	PROCEDIMIENTO DE COMPRAS PR-04	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-04 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 4 de 8
--	---	---

6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

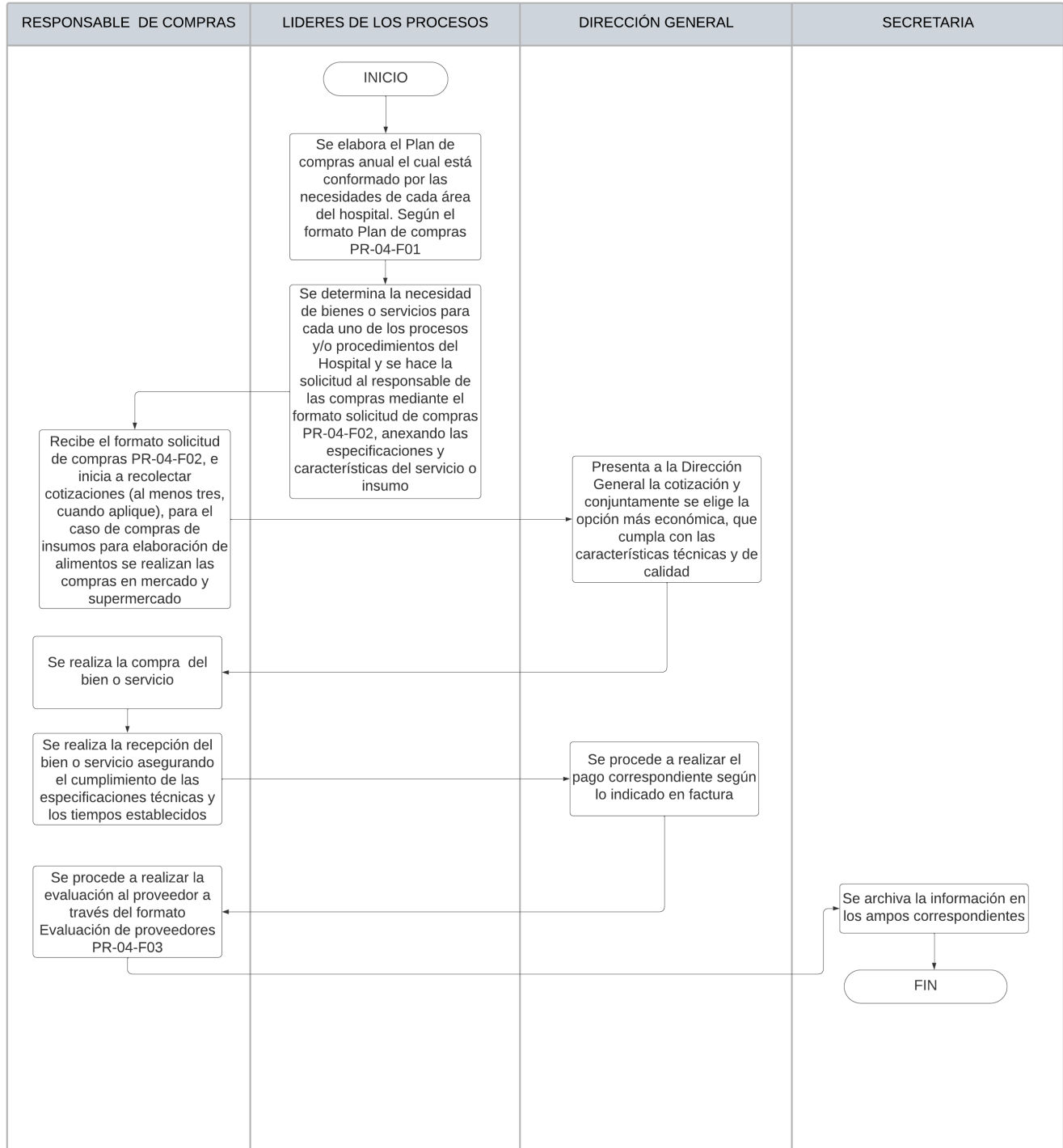
Pasos	Actividades	Responsable
1	Se elabora el Plan de compras anual el cual está conformado por las necesidades de cada área del hospital. Según el formato Plan de compras PR-04-F01	Líderes de los procesos
2	Se determina la necesidad de bienes o servicios para cada uno de los procesos y/o procedimientos del Hospital y se hace la solicitud al responsable de las compras mediante el formato solicitud de compras PR-04-F02, anexando las especificaciones y características del servicio o insumo	Líderes de procesos
3	Recibe el formato solicitud de compras PR-04-F02, e inicia a recolectar cotizaciones (al menos tres, cuando aplique), para el caso de compras de insumos para elaboración de alimentos se realizan las compras en mercado y supermercado	Responsable de compras
4	Presenta a la Dirección General la cotización y conjuntamente se elige la opción más económica, que cumpla con las características técnicas y de calidad	Dirección General
5	Se realiza la contratación del bien o servicio	Encargado de compras
6	Se realiza la recepción del bien o servicio asegurando el cumplimiento de las especificaciones técnicas y los tiempos establecidos	Encargado de compras
7	Se procede a realizar el pago correspondiente según lo indicado en factura	Dirección General
8	Se procede a realizar la evaluación al proveedor a través del formato Evaluación de proveedores PR-04-F03	Encargado de compras
9	Se archiva la información en los ampos correspondientes	Secretaria
Fin del procedimiento		


7. REGISTROS GENERADOS


- Plan de Compras PR-04-F01.
- Solicitud de compras PR-04-F02.
- Evaluación de Proveedores PR-04-F03



8. FLUJOGRAMA



 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE COMPRAS PR-04	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-04 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 6 de 8
---	---	---

 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE COMPRAS PR-04	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-04-F01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 1 de 1
FORMATO PLAN ANUAL DE COMPRAS PR-04-F01		

HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA
PLAN ANUAL DE COMPRAS PR-04-F01




Ítems	NOMBRE DEL BIEN O SERVICIO	PRESUPUESTO PROYECTADO	AÑO / MESES											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Nombre y firma del encargado de compras


Vo. Bo de la Dirección General.

E1R00

 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE COMPRAS PR-04	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-04 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 7 de 8
---	---	---

 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE COMPRAS PR-04	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-04-F02 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 1 de 1
---	---------------------------------------	---

HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA


Hospital Divina Providencia

SOLICITUD DE COMPRA PR-04-F02


Área: _____ Año: _____


Ítem	Bien o servicio a comprar	Especificación Técnica	Presupuesto proyectado	Justificación
1				
2				
3				
4				
5				

Observaciones: ---

Elaborado por: _____
Nombre y Firma del Solicitante

E1R00

 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE COMPRAS PR-04	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-04 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 8 de 8
---	---	---

 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE COMPRAS PR-04	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-04-F03 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 1 de 1
	EVALUACIÓN DE LOS PROVEEDORES PR-04-F03	

**HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LOS PROVEEDORES PR-04-F03**



ESCALA DE EVALUACIÓN: EXCELENTE: 9-10; MUY BUENO 7-8; BUENO: 5-6; DEFICIENTE: 3-4

CRITERIO PRINCIPAL	SUBCRITERIO	INTERROGANTE	ESCALA DE CUMPLIMIENTO	PESO	
CAPACIDAD DE RESPUESTA	SOLICITUD DE COTIZACIONES	El proveedor entrega una cotización en un plazo de 1 a 3 días	10	50%	25%
		El proveedor entrega una cotización en un plazo de 3 a 10 días	6		
		El proveedor entrega una cotización en un plazo mayor a 15 días	1		
	ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS	El proveedor atiende una inconformidad o queja en un plazo de 1 a 3 días	10	50%	
		El proveedor atiende una inconformidad o queja en un plazo de 4 a 8 días	7		
		El proveedor atiende una inconformidad o queja en un plazo mayor a 8 días	5		
El proveedor no atiende una inconformidad o queja		1			
ENTREGA DE BIENES	TIEMPO DE ENTREGA	Entrega antes del plazo estipulado o según programa de entrega	10	50%	40%
		Entrega con retraso de 1 a 3 días	7		
		Entrega con retraso de 4 a 6 días	5		
		Entrega con retraso mayor a 7 días	1		
	CANTIDAD ENTREGADA	La entrega es según la cantidad contratada	10	50%	
		Entrega con faltante justificado que entrega en un plazo de 1 a 3 días	6		
Entrega con faltante injustificado que no entrega posteriormente		1			
CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	ESPECIFICACIONES	Los bienes y/o servicios cumplen con las especificaciones contratadas	10	35%	35%
		Los bienes y/o servicios entregados no cumplen con las especificaciones al momento de la entrega	1		
	CALIDAD Y PRECIO	El bien y/o servicio es de mayor calidad y menor precio	10	35%	
		El bien y/o servicio es de mayor calidad y mayor precio	7		
		El bien y/o servicio es de menor calidad y mayor precio	5		
		El bien y/o servicio es de menor calidad y menor precio	1		
		El bien y/o servicio es de menor calidad y menor precio	1		
	REQUISITOS LEGALES	El bien y/o servicio cumple con los requisitos legales y reglamentarios	10	30%	
El bien y/o servicio no cumple con los requisitos legales y reglamentarios		1			

Nombre y firma del encargado de compras

Vo. Bo de la Dirección General.

E1R00




HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN DE
SATISFACCIÓN Y GESTIÓN DE QUEJAS**

PR-05

Noviembre de 2024

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN Y GESTIÓN DE QUEJAS PR-05	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-05 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 2 de 9
--	--	---

Aprobación del Documento

Firma

Elaboró	Gestor de la Calidad.	
Revisó	Subdirector de Educación.	
Aprobó	Directora del Hospital Divina Providencia	

Fecha de aprobación del documento: San Salvador, noviembre de 2024

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN Y GESTIÓN DE QUEJAS PR-05</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-05 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 3 de 9</p>
--	---	--

1. OBJETIVO

Conocer el nivel de satisfacción de los usuarios; asimismo, dar seguimiento a las quejas que se reciben y recibir retroalimentación de los servicios que el Hospital Divina Providencia brinda.

2. ALCANCE

Inicia con la identificación de la queja o sugerencia y finaliza con las acciones y alternativas para dar respuestas eficientes a los usuarios

3. RESPONSABLES

- Dirección General: Responsable de autorizar las acciones a seguir para solventar las quejas.
- Gestor de la Calidad: Responsable de abrir el buzón de quejas y someterlas a evaluación por parte del equipo multidisciplinario
- Equipo Interdisciplinario: Responsables de analizar y evaluar las quejas, así como también establecer acciones para suprimir el riesgo que estas vuelvan a ocurrir.
- Secretaria: Responsable de resguardar la información generada de este procedimiento.

4. REFERENCIAS

- 4.1. Norma ISO 9001 Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.
- 4.2. Norma ISO 45001 Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

5. GENERALIDADES

- Con el fin de buscar mejora continua y brindar un buen servicio a los pacientes y familiares es muy importante las opiniones y retroalimentación positiva y negativa respecto al trabajo que se desarrolla, por lo que se realizará anualmente una encuesta de satisfacción a través del instrumento Satisfacción del Servicio PR-05-F01 a una muestra representativa. El Gestor de la Calidad es el encargado de evaluar las encuestas utilizando el formato Evaluación de las Encuestas PR-03-F01, el cual se utiliza como insumo para la Revisión por la Dirección.
- La información obtenida, deberá ser analizada por el comité multidisciplinario y se debe establecer un plan de acción que responda a fortalecer las áreas en donde se obtuvieron valores bajos y aplicar mejora continua en las áreas en donde se obtuvieron resultados positivos. Las acciones deben de plasmarse en el PLAN DE ACCIÓN DE SATISFACCIÓN DE SERVICIO PR-05-F02
- La Dirección General colocará un buzón de quejas y sugerencias en donde las personas tengan la opción de emitir de forma confidencial las desviaciones al recibir el servicio.
- La Dirección procurará que el buzón permanezca cerrado con candado y que únicamente sea abierto por el gestor de la calidad una vez cada seis meses. Acción que asegura la objetividad del manejo de la información y que se respete la opinión de las personas que deciden tomarse el tiempo de hacer sentir su opinión.
- El gestor de la calidad debe recopilar la información y presentar al comité interdisciplinario para que sea analizado de forma objetiva.

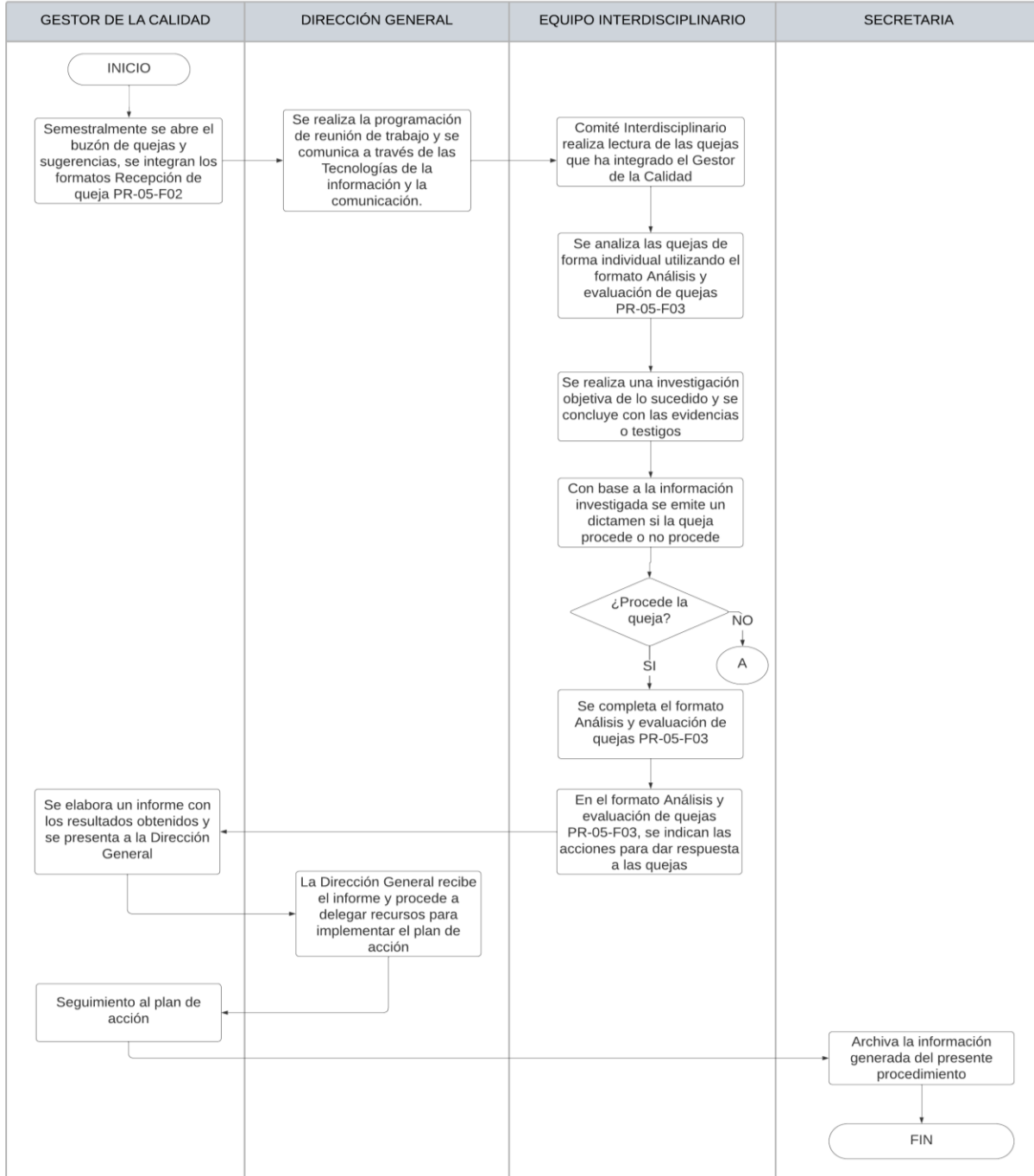
 <p>Hospital Divina Providencia</p>	PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN Y GESTIÓN DE QUEJAS PR-05	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-05 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 4 de 9
--	--	---


6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES


Pasos	Actividades	Responsable
1	Semestralmente se abre el buzón de quejas y sugerencias, se integran los formatos Recepción de queja PR-05-F02	Gestor de la Calidad
2	Se comunica a la Dirección General para que se programe reunión de trabajo con el equipo interdisciplinario y se proceda a evaluar las quejas	Gestor de la Calidad
3	Se realiza la programación de reunión de trabajo y se comunica a través de las Tecnologías de la información y la comunicación.	Dirección General
4	Comité Interdisciplinario realiza lectura de las quejas que ha integrado el Gestor de la Calidad	Equipo Interdisciplinario
5	Se analiza las quejas de forma individual utilizando el formato Análisis y evaluación de quejas PR-05-F03	Comité Interdisciplinario
6	Se realiza una investigación objetiva de lo sucedido y se concluye con las evidencias o testigos	Comité Interdisciplinario
7	Con base a la información investigada se emite un dictamen si la queja procede o no procede, puede ser ¿Procede la queja? Si: Se completa el formato Análisis y evaluación de quejas PR-05-F01, continua en el paso 6 No: se emite dictamen y fin del procedimiento.	Comité Interdisciplinario
8	En el formato Análisis y evaluación de quejas PR-05-F03, se indican las acciones para dar respuesta a las quejas	Comité Interdisciplinario
9	Se elabora un informe con los resultados obtenidos y se presenta a la Dirección General	Gestor de la Calidad
10	La Dirección General recibe el informe y procede a delegar recursos para implementar el plan de acción	Dirección General
11	Seguimiento al plan de acción	Gestor de la Calidad
12	Archiva la información generada del presente procedimiento	Secretaria
Fin del procedimiento		



7. FLUJOGRAMA



 <p>Hospital Divina Providencia</p>	PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN Y GESTIÓN DE QUEJAS PR-05	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-05 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 6 de 9
--	--	---

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN Y GESTIÓN DE QUEJAS	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-05-F01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 1 de 1
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO PR-05-F01		

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO

Nombre de la Organización: **HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA**

Unidad: **PACIENTES Y FAMILIARES**

Fecha:

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES USUARIOS DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA


OBJETIVO: Conocer la percepción de los pacientes o familiares del servicio y atención que brinda el Hospital Divina Providencia

INDICACIONES: Contestar según su opinión, marcando con una X cada uno de los ítems que se le presentan a continuación. Si el paciente no se encuentran en condiciones para responder el cuestionario puede realizarlo el familiar o cuidador.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN: **A.** Nada Satisfecho (0 puntos), **B.** Poco Satisfecho (5 puntos), **C.** Totalmente Satisfecho (10 puntos)


	INTERROGANTES	SI	NO	GRADO DE SATISFACCIÓN		
				A	B	C
				0	5	10
1	¿El personal proporcionó inducción sobre las instalaciones?					
2	¿El personal informó sobre los deberes y derechos dentro del Hospital?					
3	¿Le informaron sobre las actividades de esparcimiento que realizan?					
4	¿Los familiares fueron informados sobre trámites, condiciones del servicio y procedimientos que realiza el Hospital?					
5	¿Le proporcionaron insumos para su cuidado?					
6	¿Los baños se mantienen disponibles y limpios en todo momento?					
7	¿Recibe alimentos por parte del Hospital?					
8	¿Cuándo surgen dudas o consultas, el personal ha explicado correctamente hasta solucionar las interrogantes?					
9	¿Ha recibido tratamiento para el dolor?					
10	¿Le realizaron la toma de signos vitales diariamente?					
11	¿Las condiciones de salud del paciente son informados a los familiares?					
12	¿Se explicó cada procedimiento en el momento de realizarlo (canalización, inyecciones, exámenes, entre otros)?					
13	¿Le informaron a su familiar sobre las medidas, indicaciones y cuidados a considerar cuando sea remitido a su casa?					


 <p>Hospital Divina Providencia</p>	PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN Y GESTIÓN DE QUEJAS PR-05	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-05 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 7 de 9
--	--	---


 <p>Hospital Divina Providencia</p>	PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN Y GESTIÓN DE QUEJAS	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-05-F01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 1 de 1
SATISFACCIÓN DEL SERVICIO PR-05-F01		


SATISFACCIÓN DEL SERVICIO						
Nombre de la Organización:	HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA					
Unidad:	PACIENTES Y FAMILIARES					
Fecha:						
CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES USUARIOS DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA						
OBJETIVO: Conocer la percepción de los pacientes o familiares del servicio y atención que brinda el Hospital Divina Providencia						
INDICACIONES: Contestar según su opinión, marcando con una X cada uno de los ítems que se le presentan a continuación. Si el paciente no se encuentran en condiciones para responder el cuestionario puede realizarlo el familiar o cuidador.						
CRITERIOS DE EVALUACIÓN: A. Nada Satisfecho (0 puntos), B. Poco Satisfecho (5 puntos), C. Totalmente Satisfecho (10 puntos)						
INTERROGANTES		SI	NO	GRADO DE SATISFACCIÓN		
				A	B	C
				0	5	10
14	¿Las rondas incluyen preguntan sobre sus síntomas, grado o nivel de dolor y condiciones de mejora o evaluación?					
15	¿Cuándo realizan modificaciones en su tratamiento le comunican los cambios?					
16	¿Considera que el personal se refiere a usted o familiares con cordialidad, respeto y empatía?					
17	¿Le realizan visitas para atender su salud espiritual?					
18	¿Se siente satisfecho de la atención hospitalaria que recibe?					
19	¿Recibe buena atención por parte del personal de servicio social?					
20	¿Considera que las instalaciones del hospital son adecuadas, incluso para desplazarse en silla de ruedas, andadera, muletas u otros dispositivos de asistencia de movilidad?					


E1R00

	PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN Y GESTIÓN DE QUEJAS PR-05	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-05 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 8 de 9
---	--	---

	PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN Y GESTIÓN DE QUEJAS PR-05	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-05-F02 REVISIÓN: 00
	RECEPCIÓN DE QUEJAS P-05-F02	FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 1 de 1

HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA RECEPCIÓN DE QUEJAS PR-05-F02	 Hospital Divina Providencia
<p>Con el objetivo de prevenir cualquier acto que genere un servicio inadecuado en nuestro hospital, le solicitamos amablemente nos exponga una sugerencia o describa cualquier situación que le haya generado inconveniente a usted o su familiar.</p> <p>La información será tratada de forma objetiva y confidencial. Nuestro propósito es brindarle un servicio de calidad en un ambiente seguro.</p> <p>Área en donde se detectó un servicio inadecuado: _____</p> <p>Fecha: del suceso _____</p> <p>Descripción de la queja: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
E1R00	

 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN Y GESTIÓN DE QUEJAS PR-05	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-05 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 9 de 9
---	--	---

 Hospital Divina Providencia	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN Y GESTIÓN DE QUEJAS PR-05	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-05-F03 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 1 de 1
---	---	--

HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE QUEJAS PR-05-F03

Tomando como base la retroalimentación de los clientes por medio de las quejas se llegó a la toma de las siguientes acciones:

Queja	Oportunidades de Mejora Señaladas	Acciones a Implementar	Fecha de Ejecución	Responsable

Conclusiones

Sin más por el momento se da por concluida la presente reunión a los ____ días del mes de ____ del 20__

_____ Equipo Interdisciplinario	_____ Equipo Interdisciplinario
_____ Equipo Interdisciplinario	_____ Equipo Interdisciplinario
_____ Gestor de la Calidad	_____ Directora General

E1R00




HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**PROCEDIMIENTO DE NO CONFORMIDADES,
INCIDENTES Y ACCIONES CORRECTIVAS**

PR-06

Noviembre de 2024


 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE NO CONFORMIDADES, INCIDENTES Y ACCIONES CORRECTIVAS PR-06	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-06 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 2 de 8
---	---	---

Aprobación del Documento

Firma

Elaboró	Gestor de la Calidad.	
Revisó	Subdirector de Educación.	
Aprobó	Directora del Hospital Divina Providencia	

Fecha de aprobación del documento: San Salvador, noviembre de 2024

	PROCEDIMIENTO DE NO CONFORMIDADES, INCIDENTES Y ACCIONES CORRECTIVAS PR-06	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-06 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 3 de 8
---	---	---

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos a seguir al detectarse una desviación en lo establecido en las políticas, procesos, procedimientos, requisitos legales, operaciones de atención al paciente y que afecte directamente el Sistema Integrado de Gestión Integrado.

2. ALCANCE

Desde la identificación de la desviación hasta la aplicación de la corrección, incluyendo el seguimiento a la eficacia

3. RESPONSABLES

- Dirección General: Encargada de revisar y autorizar las acciones a implementar para suprimir las acciones correctivas a implementar.
- Gestor de la Calidad: Responsable de dar el respectivo seguimiento a lo declarado en el presente procedimiento, así como también someter a evaluación la no conformidad
- Equipo Interdisciplinario: Responsables de analizar y evaluar las no conformidades, así como también establecer acciones correctivas para suprimir el riesgo que estas vuelvan a ocurrir.
- Secretaria: Responsable de resguardar la información generada de este procedimiento.
- Todo el personal del Hospital: responsable de dar aviso a la brevedad al detectar una desviación a lo planificado en las operaciones de trabajo

4. DEFINICIONES

- 4.1. **Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
- 4.2. **No Conformidad:** Incumplimiento de un requisito
- 4.3. **Conformidad:** Cumplimiento de un requisito
- 4.4. **Acción correctiva:** Acción para eliminar la causa de una No Conformidad y evitar que vuelva a ocurrir

5. REFERENCIAS

- 5.1. Norma ISO 9000 Sistemas de gestión de la calidad – Fundamentos y Vocabulario
- 5.2. Norma ISO 9001 Sistemas de gestión de la calidad - Requisitos.
- 5.3. Norma ISO 45001 Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

A continuación, se detallan los pasos a seguir en la identificación, análisis, evaluación y seguimiento de las desviaciones detectadas a partir de la ejecución de las actividades de los procedimientos, procesos y operaciones de atención al paciente del Hospital Divina Providencia.



Pasos	Actividades	Responsable
1	Identificación de la No conformidad A raíz de la ejecución de las actividades el personal detecta una desviación con lo planificado o un empleado sufre o incidente o accidente. Se reporta al gestor de la calidad lo sucedido	Todo el personal
2	Recepción de la No conformidad y/o incidente. El personal comunica al Gestor de la calidad lo sucedido, procede a indicarlo en el formato PR-06-F01 Matriz de No conformidades y acciones correctivas	Gestor de la Calidad
3	Planificación de reunión para abordar No conformidad Gestor de la calidad convoca a reunión de trabajo al equipo interdisciplinario con el fin de evaluar la no conformidad e implementar acciones correctivas.	Gestor de la Calidad
4	Análisis de las causas El comité interdisciplinario inicia una investigación, por lo cual convoca a las personas que fueron testigos de los hechos a fin de entrevistarlos, posteriormente con la información obtenida se procede a realizar el análisis de las causas utilizando los cinco porqués, lluvia de ideas o el diagrama de causa y efecto (ver anexos)	Equipo Interdisciplinario
5	Selección e implementación de acciones correctivas Al contar con la causa de la no conformidad, se enlistan las acciones correctivas pertinentes las cuales tiene el objetivo de eliminar la causa raíz de la no conformidad, se establece indicadores de éxito para obtener la efectividad de la acción correctiva.	Equipo Interdisciplinario
6	Propuesta de recursos para la aplicación de las acciones correctivas y seguimiento a la efectividad	Equipo Interdisciplinario
7	Remisión de informe para aprobación de la Dirección General	Equipo Interdisciplinario
8	La Dirección General recibe el informe	Dirección General

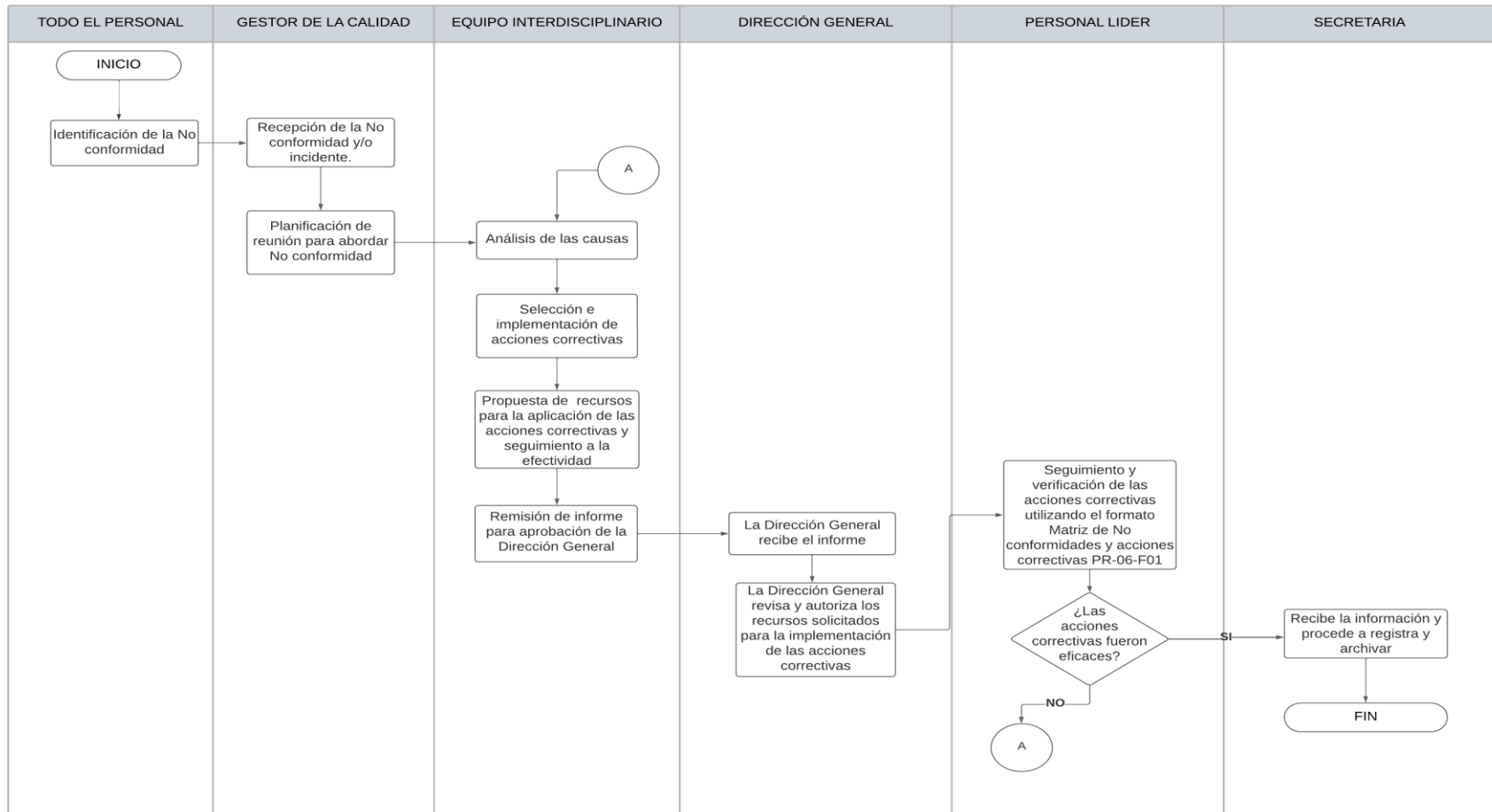


Pasos	Actividades	Responsable
9	La Dirección General revisa y autoriza los recursos solicitados para la implementación de las acciones correctivas	Dirección General
10	Seguimiento y verificación de las acciones correctivas utilizando el formato Matriz de No conformidades y acciones correctivas PR-06-F01. ¿Las acciones correctivas fueron eficaces? Si. Se remite la información generada a la secretaria, continua en paso 11. No. Regresa al paso 5.	Personal Líder
11	Recibe la información y procede a registra y archivar	Secretaria
Fin del procedimiento		

7. REGISTROS GENERADOS


- PR-06-F01 Matriz de No conformidades y acciones correctivas
- Anexo II: 5 por qué? Y Diagrama de causa y efecto

8. FLUJOGRAMA



 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE NO CONFORMIDADES, INCIDENTES Y ACCIONES CORRECTIVAS PR-06	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-06 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 7 de 8
---	---	---

ANEXO I

 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE NO CONFORMIDADES, INCIDENTES Y ACCIONES CORRECTIVAS PR-06	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-06-F01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 1 de 1
MATRIZ DE NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS PR-06-F01		

HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA



MATRIZ DE NO CONFORMIDADES, INCIDENTES Y ACCIONES CORRECTIVAS PR-06-F01.

Identificación de la No conformidad y Acción Correctiva			Evaluación del Riesgo / Oportunidad					Eficacia de las Acciones				
No.	Nombre del proceso / actividad	Descripción la No Conformidad / Incidente	Controles		Investigación de la Causa	Evaluación de la Cauda	Identificación de la Causa Raíz	Acción a tomar	Acciones correctivas	Responsables	Indicador de cumplimiento	Porcentaje de Cumplimiento
			Si	No								

E1R00



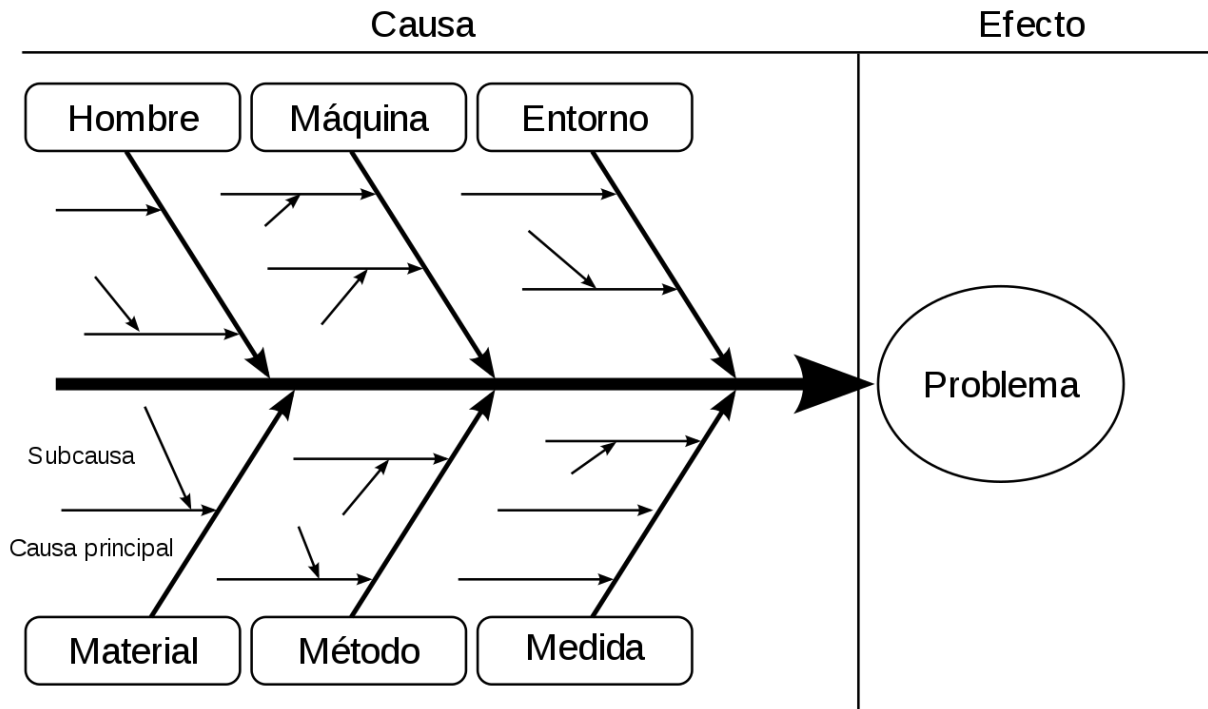
ANEXO II

LOS 5 PORQUÉS

Es una técnica de resolución de problemas que se utiliza para explorar la relación causa-efecto que conduce a un determinado problema.

PROBLEMA	CAUSA
Porqué – 1: ¿Por qué ocurrió el problema?	
Porqué – 2: ¿Por qué ocurrió la situación 1?	
Porqué – 3: ¿Por qué ocurrió la situación 2?	
Porqué – 4: ¿Por qué ocurrió la situación 3?	
Porqué – 5: ¿Por qué ocurrió la situación 4?	

DIAGRAMA DE CAUSA Y EFECTO: En esta técnica se identifican las causas que originan el problema; se utilizan las siguientes categorías para identificar las posibles causas: **1)** mano de obra, **2)** material, **3)** método, **4)** máquina, **5)** medición y monitoreo, y **6)** medio ambiente y. Al identificar todas las causas del problema se propone una o varias actividades para eliminarlas.



Fuente: Imagen retomada del sitio web: <https://aticaingenieria.cl/que-es-el-diagrama-de-ishikawa/>



HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN Y
EVALUACIÓN DE REQUISITOS
LEGALES Y OTROS REQUISITOS**

PR-07

Noviembre de 2024



Hospital Divina Providencia

**PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
DE REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS PR-07**

EDICIÓN: 1
CÓDIGO: PR-07
REVISIÓN: 00
FECHA: 2024-11-22
PÁGINA: 2 de 5

Aprobación del Documento

Firma

		Firma
Elaboró	Gestor de la Calidad.	
Revisó	Subdirector de Educación.	
Aprobó	Directora del Hospital Divina Providencia	

Fecha de aprobación del documento: San Salvador, noviembre de 2024



1. OBJETIVO

Establecer lineamientos para la identificación, evaluación, seguimiento registro y divulgación de los requisitos legales y otros requisitos pertinentes al sistema integrado de gestión.

2. ALCANCE

Este procedimiento inicia con la identificación de los requisitos legales aplicables al Sistema Integrado de Gestión hasta la verificación del cumplimiento y divulgación.

3. RESPONSABLES

- Dirección General: Encargada de revisar y autorizar las actividades que deriven del presente procedimiento
- Gestor de la Calidad: Responsable de dar el respectivo seguimiento a lo declarado en el presente procedimiento, así como integrar los nuevos requisitos legales aplicables al quehacer del hospital y de dar seguimiento al cumplimiento de los mismos.
- Secretaria: Responsable de resguardar la información generada de este procedimiento.
- Todo el personal: Responsables de aplicar correctamente lo declarado en este procedimiento

4. DEFINICIONES

- 4.1. **Acceso:** Fuentes de información que contiene los requisitos aplicables.
- 4.2. **Actualización:** Revisión periódica de los requisitos legales aplicables.
- 4.3. **Cumplimiento:** Condición de aprobación o desaprobación por medio de valoraciones cualitativas y cuantitativas a partir de parámetros establecidos y que son condiciones dadas en un requisito legal.
- 4.4. **Requisito:** Exigencia concreta que se desprende de la legislación internacional o nacional o en donde el alcance aplique.
- 4.5. **Requisito legal aplicable:** Exigencias establecidas en la constitución política, leyes, decretos, resoluciones, sentencias, acuerdos, normas técnicas y políticas, con aplicación al quehacer de la institución.

5. REFERENCIAS

- 5.1. Norma ISO 9001 Sistemas de gestión de la calidad - Requisitos.
- 5.2. Norma ISO 45001 Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

A continuación, se detallan los pasos a seguir en la identificación, evaluación y seguimiento de los requisitos legales y otros requisitos legales del Hospital Divina Providencia.



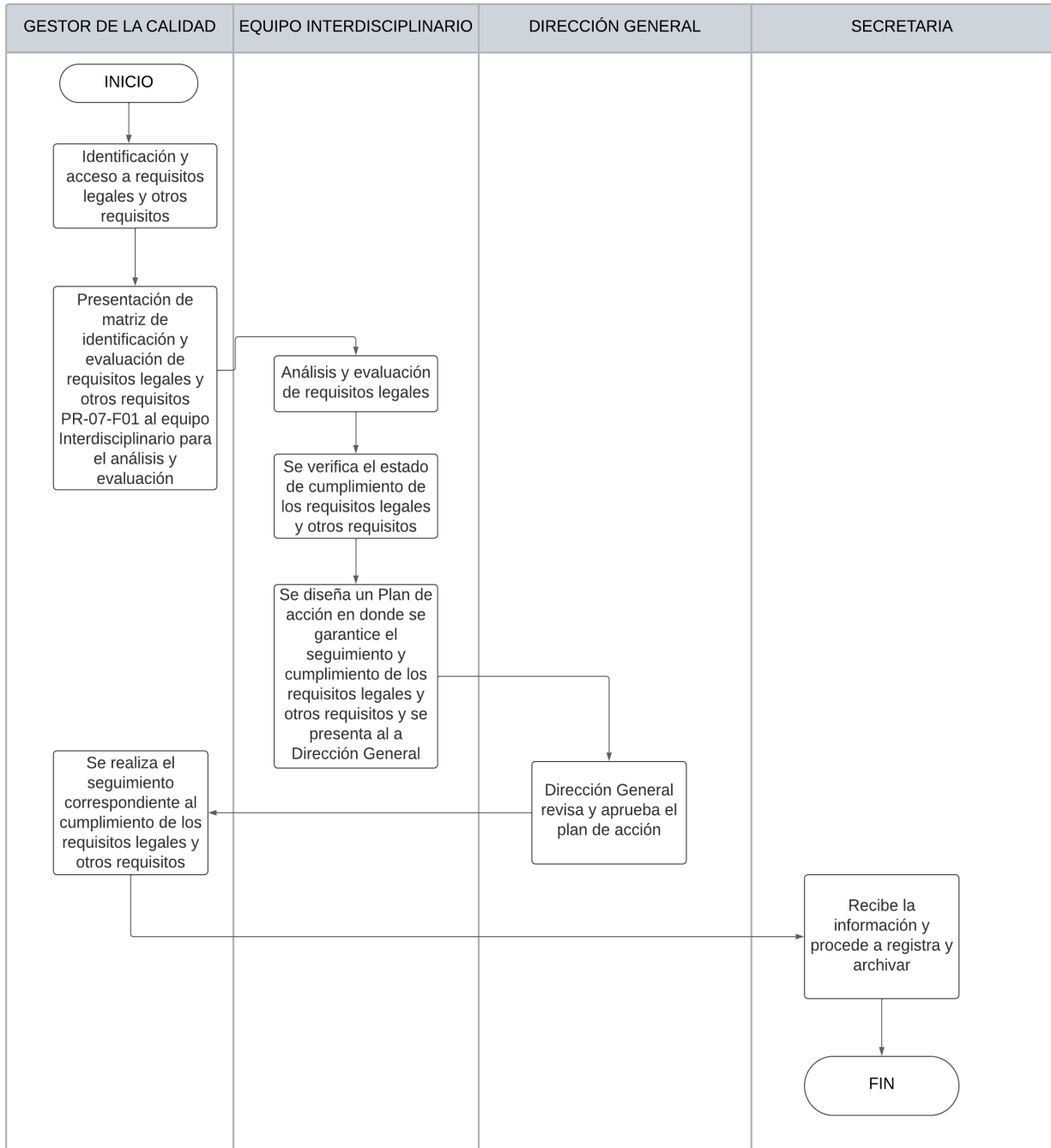
Pasos	Actividades	Responsable
1	Identificación y acceso a requisitos legales y otros requisitos El gestor de la calidad realizará periódicamente revisión en diferentes medios de comunicación nacional e internacional de reglamentos técnicos, ordenanzas municipales, convenios instituciones de gobierno relacionadas con la salud pública, Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) Alcaldía Municipal, Ministerio de Trabajo, otros que son pertinentes al quehacer del Hospital y que influyen estratégica y directamente en las operaciones de la organización	Gestor de la Calidad
2	Presentación de matriz de identificación y evaluación de requisitos legales y otros requisitos PR-07-F01 al equipo Interdisciplinario para el análisis y evaluación	Gestor de la Calidad
3	Análisis y evaluación de requisitos legales Se analizan los requisitos legales y se verifica la relación que tienen con los procesos, procedimientos, y el servicio del hospital divina providencia, cumplimiento de seguridad y salud en el trabajo o que sean necesarios para la implementación de nuevos proyectos.	Equipo Interdisciplinario
4	Se verifica el estado de cumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos	Equipo Interdisciplinario
5	Se diseña un Plan de acción en donde se garantice el seguimiento y cumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos y se presenta al a Dirección General	Equipo Interdisciplinario
6	Dirección General revisa y aprueba el plan de acción	Dirección General
7	Se realiza el seguimiento correspondiente al cumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos	Gestor de la Calidad
8	Recibe la información y procede a registra y archivar	Secretaria
Fin del procedimiento		

7. REGISTROS GENERADOS

- PR-07-F01 Matriz de identificación y evaluación de requisitos legales y otros requisitos PR-07-F01



8. FLUJOGRAMA





Hospital Divina Providencia

PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS PR-07

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS PR-07-F01

EDICIÓN: 1
CÓDIGO: PR-07-F01
REVISIÓN: 00
FECHA: 2024-11-22
PÁGINA: 1 de 1

HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA



Hospital Divina Providencia

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS PR-07-F01

No.	Nombre del requisito	Fecha de emisión	Entidad que lo emite	Tipo de requisito	Vigencia del requisito	Responsable del requisito	Estado del requisito Cumple/ No cumple	Evidencia de cumplimiento	Fecha de última revisión	Frecuencia de evaluación	Acciones a ejecutar	Programa de gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo



HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA

PR-16

Noviembre de 2024


 <p>Hospital Divina Providencia</p>	PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA PR-16	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-16 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 2 de 7
--	---	---

Aprobación del Documento

Firma

Elaboró	Gestor de la Calidad.	
Revisó	Subdirector de Educación.	
Aprobó	Directora del Hospital Divina Providencia	

Fecha de aprobación del documento: San Salvador, noviembre de 2024

	PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA PR-16	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-21 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 3 de 6
---	---	---

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para llevar a cabo auditorías internas correspondiente al Sistema Integrado de Gestión.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica todos los requisitos de las normas NTS ISO 9001:2015 y NTS ISO 9001:2018, e inicia con el diseño del programa de auditoría y finaliza con el seguimiento al plan de acción.

3. RESPONSABLES


- Dirección General: Responsable de autorizar al personal que integrará el equipo auditor, además de aprobar el programa de auditoría anual.
- Gestor de la Calidad: Responsable de dar el respectivo seguimiento a lo declarado en el presente procedimiento, así como integrar los nuevos requisitos legales aplicables al quehacer del hospital y de dar seguimiento al cumplimiento de los mismos.
- Comité Interdisciplinario: Responsables de dar el seguimiento correspondiente a los hallazgos de auditoría.
- Gestor de la calidad: responsable de gestionar las auditorías internas y someter el programa de auditoría a la aprobación de la Dirección General.
- Equipo Auditor: Son los responsables de llevar a cabo el plan de auditoría interna, así como también emitir un informe de auditoría.
- Todo el personal: Responsables de participar activamente en el proceso de auditoría interna y estar atentos a ser parte de la aplicación de acciones correctivas.

4. DEFINICIONES

- 4.1. **Programa de auditoría:** Conjuntos de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado hacia un propósito específico.
- 4.2. **Plan de auditoría:** Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.
- 4.3. **Criterios de auditoría:** Conjuntos de políticas, procedimientos o requisitos usados como referencia frente a la cual se compara la evidencia objetiva. ,
- 4.4. **Requisito:** Exigencia concreta que se desprende de la legislación internacional o nacional o en donde el alcance aplique.

5. REFERENCIAS

- 5.1. Norma ISO 9001 Sistemas de gestión de la calidad - Requisitos.
- 5.2. Norma ISO 45001 Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
- 5.3. Norma 19011 Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA PR-16	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-21 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 4 de 6
--	---	---

6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

A continuación, se detallan los pasos a seguir en el proceso de auditorías internas, las cuales será programadas una vez cada año y se integrará el equipo con personal interno.

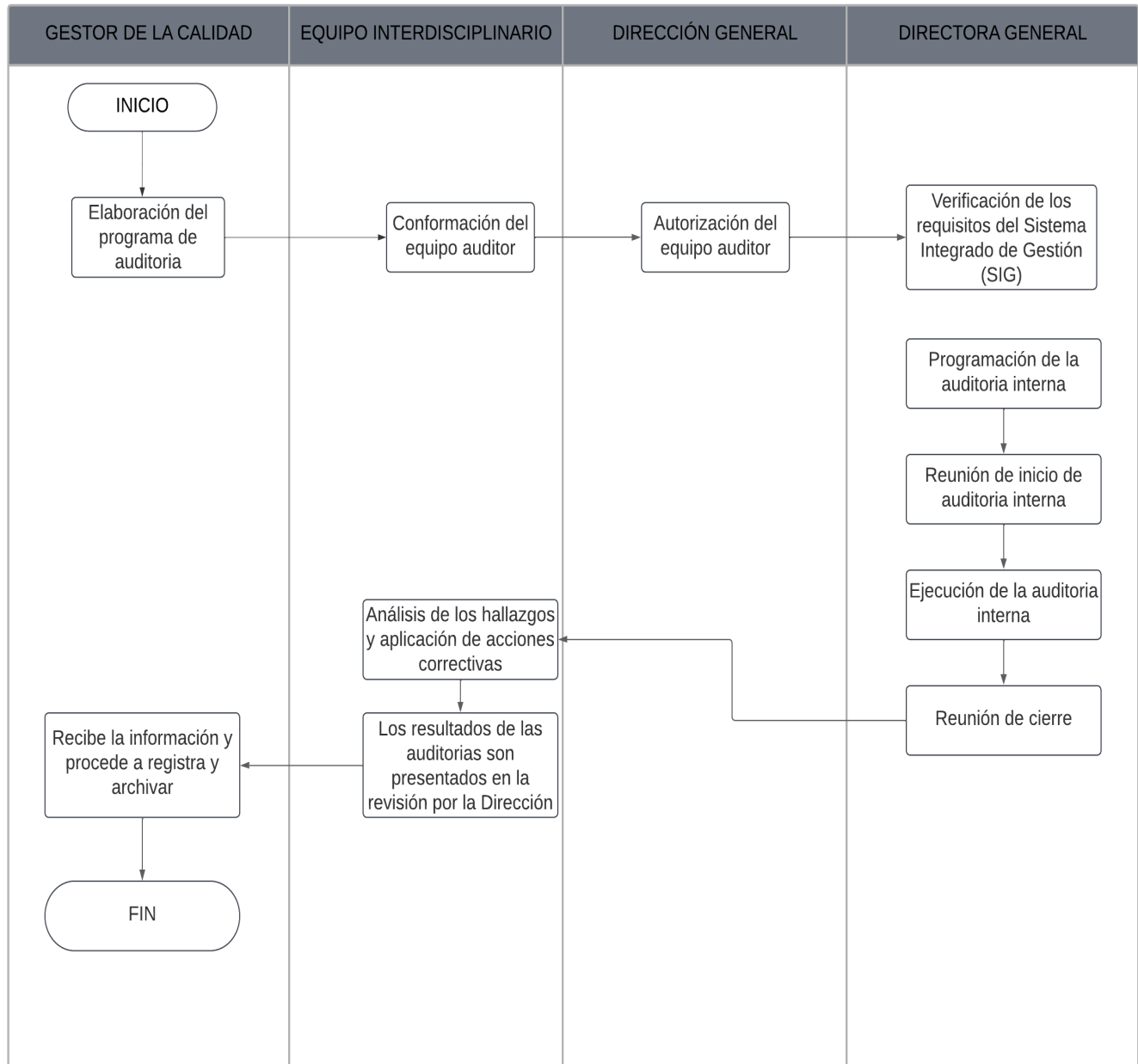
Pasos	Actividades	Responsable
1	Elaboración del programa de auditoría. El gestor de la calidad procede a elaborar el programa de auditoría interna utilizando el formato programa anual de auditoría interna PR-16-f01	Gestor de la Calidad
2	Conformación del equipo auditor Se realiza el proceso de seleccionar al personal que integrará el equipo auditor, dicho equipo deberá de contar con las competencias requeridas y serán considerados en el plan de capacitación del SIG	Equipo interdisciplinario
3	Autorización del equipo auditor La dirección general autoriza la propuesta del equipo auditor	Directora General
4	Verificación de los requisitos del Sistema Integrado de Gestión (SIG) El equipo auditor se reúne y procede a verificar los requisitos pertinentes a evaluar del SIG	Equipo Auditor
5	Programación de la auditoría interna El equipo auditor informa a la Dirección General la fecha en donde se realizará la auditoría interna, con el fin que el hospital y los responsables del SIG se preparen para el proceso programado	Equipo Auditor
6	Reunión de inicio de auditoría interna El equipo auditor se reúne con el equipo interdisciplinario, se expone el plan de trabajo y la metodología a seguir.	Equipo Auditor
7	Ejecución de la auditoría interna El equipo auditor realiza la auditoría verificando el cumplimiento de los requisitos y las evidencias objetivas de cumplimiento.	Equipo Auditor
8	Reunión de cierre Al verificar los requisitos el equipo auditor se reúne nuevamente con el equipo interdisciplinario, exponen los hallazgos, la evidencia y los requisitos que se incumple, posteriormente se procede a firmar el informe de auditoría.	Equipo Auditor
9	Análisis de los hallazgos y aplicación de acciones correctivas Se analizan los hallazgos y se toman las acciones correctivas siguiendo lo establecido en el Procedimiento de Acciones Correctivas PR-06	Equipo Interdisciplinario
10	Los resultados de las auditorías son presentados en la revisión por la Dirección	Equipo Interdisciplinario
11	Recibe la información y procede a registra y archivar	Gestor de la calidad
Fin del procedimiento		


7. REGISTROS GENERADOS

- Programa Anual de Auditoría Interna PR-16-F01
- Informe de Auditoría Interna PR-16-F02




8. FLUJOGRAMA



 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA PR-16	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-07 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 6 de 7
---	---	---

ANEXO I

 Hospital Divina Providencia	PROCEDIMIENTO AUDITORÍA INTERNA PR-16	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-16-F01 REVISIÓN: 01 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 1 de 1
FORMATO PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS INTERNAS PR-16-F01		

HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA												
PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍA INTERNA P-16-F01												
Requisito / Auditoría	AÑO 2025											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic

Fecha de elaboración:

Gestor de la Calidad

Auditor Líder



Hospital Divina Providencia

PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA PR-16

EDICIÓN: 1
CÓDIGO: PR-07
REVISIÓN: 00
FECHA: 2024-11-22
PÁGINA: 7 de 7

ANEXO II



Hospital Divina Providencia

PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA PR-16

**FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA
PR-16-F02**

EDICIÓN: 1
CÓDIGO: PR-16-F02
REVISIÓN: 01
FECHA: 2022-11-22
PÁGINA: 1 de 1

HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

**INFORME DE AUDITORÍA INTERNA
PR-16-F02**

Fecha de evaluación:

Nombre del evaluador:

Área evaluada:

No.	Tipo de Hallazgo (OB/NC)	Descripción	Requisito que se incumple
1			
2			
3			
4			
5			
....			
n			

OB: Observación
NC: No Conformidad

Firma y nombre del auditor

Gestor de la Calidad

E1R00



HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO DE INGRESO DE PACIENTES

PR-21

Noviembre de 2024

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	PROCEDIMIENTO DE INGRESO DE PACIENTES PR-21	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-21 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 2 de 6
--	--	---

Aprobación del Documento

Firma

Elaboró	Enfermera	
Revisó	Jefe de Enfermería	
Aprobó	Directora del Hospital Divina Providencia	

Fecha de aprobación del documento: San Salvador, noviembre de 2024

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE INGRESO DE PACIENTES PR-21</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-21 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 3 de 6</p>
--	---	--

1. OBJETIVO

Establecer un procedimiento estandarizado que describa los pasos a seguir para el ingreso de pacientes, garantizando la calidad en la atención y un ambiente libre de peligros y riesgos

2. ALCANCE

Desde el llenado de los documentos hasta el ingreso del paciente al cubículo asignado

3. RESPONSABLES

- Dirección General: Responsable de autorizar el ingreso del paciente.
- Jefe de enfermería: Responsable de revisar la documentación y comunicar a la Dirección General el Ingreso
- Enfermera: Responsables de completar la documentación y dirigir al paciente y familiar al cubículo asignado.

4. REFERENCIAS

- 4.1. Norma ISO 9001 Sistemas de gestión de la calidad - Requisitos.
- 4.2. Norma ISO 45001 Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
- 4.3. Expediente clínico
- 4.4. Reglamento Interno del Hospital Divina Providencia

5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

A continuación, se detallan los pasos a seguir en el proceso de ingreso de pacientes, los cuales se describen a continuación

Pasos	Actividades	Responsable
1	<p>Recepción de paciente. El paciente y el familiar completan los documentos de ingreso y se completa el formato Hoja de ingreso de pacientes PR-21-F01</p>	Enfermera
2	<p>Revisión de los documentos y expediente clínico Revisa los documentos del paciente, y se cerciora que los documentos estén completos</p>	Enfermera
3	<p>Remisión de los documentos de ingreso Pasa los documentos de ingreso al Jefe de enfermería para su revisión</p>	Enfermera



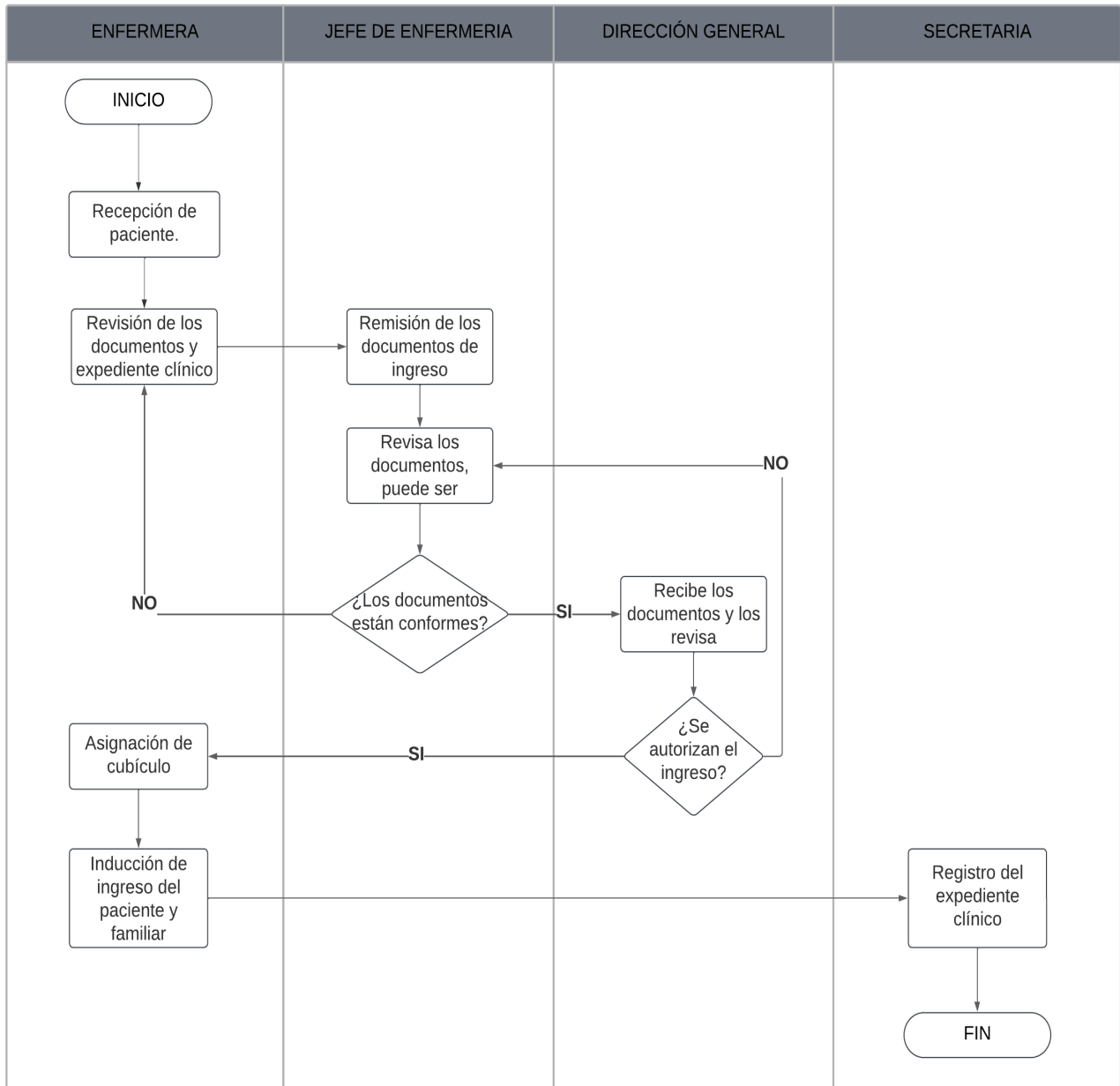
Pasos	Actividades	Responsable
4	Revisa los documentos, puede ser ¿Los documentos están conformes? Si, continua en el paso No.4. No, regresa al paso No.1	Jefe de enfermería
5	Recibe los documentos y los revisa, puede ser ¿Se autorizan el ingreso? Si: continua en el paso No.5 No: Regresa al paso 3	Dirección General
6	Asignación de cubículo El personal de enfermería guía al paciente y al familiar al cubículo asignado en donde el hospital les provee de los recursos para la estadía en el hospital	Enfermera
7	Inducción de ingreso del paciente y familiar Se realiza una pequeña reunión en donde se describen los derechos y deberes de los pacientes, además se indican las actividades lúdicas que programa el hospital, además de las medidas de seguridad ocupacional	Enfermera
8	Registro del expediente clínico Se archiva el expediente clínico de forma física y digital	Secretaria
Fin del procedimiento		

6. REGISTROS GENERADOS

- Anexo I: Hoja de ingreso de pacientes PR-21-F01




7. FLUJOGRAMA



 <p>Hospital Divina Providencia</p>	PROCEDIMIENTO DE INGRESO DE PACIENTES PR-21	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-21 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 6 de 6
--	--	---

ANEXO I

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	PROCEDIMIENTO DE INGRESO DE PACIENTES PR-21	EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-21-F01 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 1 de 1
HOJA DE INGRESO DE PACIENTES PR-21-F01		

HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA



HOJA DE INGRESO DE PACIENTES PR-21-F01

Servicio: _____

Año: _____

Ítem	No. De expediente	Nombre del paciente	Cubículo asignado	Fecha y Hora de Ingreso
1				
2				
3				
4				
5				

Observaciones: ---

Elaborado por: _____
Nombre y Firma del responsable de enfermería

E1R00



HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE PRUEBAS
DE LABORATORIO**

PR-26

Noviembre de 2024

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE PRUEBAS DE LABORATORIO PR-26</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-21 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 2 de 4</p>
--	--	--

Aprobación del Documento

Firma

Elaboró	Enfermera	
Revisó	Jefe de Enfermería	
Aprobó	Directora del Hospital Divina Providencia	

Fecha de aprobación del documento: San Salvador, noviembre de 2024

 <p>Hospital Divina Providencia</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE PRUEBAS DE LABORATORIO PR-26</p>	<p>EDICIÓN: 1 CÓDIGO: PR-21 REVISIÓN: 00 FECHA: 2024-11-22 PÁGINA: 3 de 4</p>
--	--	--

2. OBJETIVO

Realizar las pruebas de laboratorio a los pacientes del Hospital a partir de la orden de exámenes emitido por el médico.

2. ALCANCE

Desde la emisión de la orden de pruebas de laboratorio hasta el registro de los resultados en el expediente clínico.

3. RESPONSABLES

- Médico: Responsable realizar la orden de las pruebas de laboratorio.
- Enfermera: Responsable de la toma de muestras y registro de los exámenes en el expediente clínico

4. REFERENCIAS

- 4.1. Norma ISO 9001 Sistemas de gestión de la calidad - Requisitos.
- 4.2. Norma ISO 45001 Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
- 4.3. Expediente clínico

5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

A continuación, se detallan los pasos a seguir en el proceso de toma de muestras, los cuales se describen a continuación

Pasos	Actividades	Responsable
1	<p>Elaboración de la orden de pruebas de laboratorio. A partir del estado del paciente, síntomas, procede a emitir la orden de pruebas de laboratorio</p>	Médico
2	<p>Verificación de la orden de prueba de laboratorio Revisa la orden y revisa los insumos médicos para la toma de las pruebas de laboratorio</p>	Enfermera
3	<p>Preparación del paciente para la toma de las pruebas de laboratorio De acuerdo a las condiciones del paciente, procede a realizar la toma de las muestras a fin de remitir al laboratorio</p>	Enfermera
4	<p>Remisión de las muestras al laboratorio Prepara las muestras y es remitida al laboratorio para ser examinados</p>	Enfermera
5	<p>Recepción de los resultados médicos Recibe los resultados, verifica que la información esté en orden</p>	Enfermera
6	<p>Archivo de los resultados médicos en el expediente Ordena los resultados, los archiva en el expediente para que estén disponibles cuando el paciente recibe la consulta médica</p>	Dirección General
<p>Fin del procedimiento</p>		



6. FLUJOGRAMA

