

**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  
ISO 9001:2015 Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ISO  
45001:2018; APLICABLE A LOS SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA DEL  
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO “DR. JOSÉ MOLINA MARTÍNEZ”**

TRABAJO DE GRADUACIÓN PRESENTADO POR:

**CLÍMACO ELÍAS, MARVIN ALEXANDER**

**GÓMEZ LOZANO, OSCAR ANTONIO**

PARA OPTAR AL GRADO DE:

**MAESTRO 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 FARFÁN  
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO, M.Sc.  
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.  
ASESOR(A): ING. NOREEN ALVARENGA DE RAMIREZ, MSc.

### TRIBUNAL EXAMINADOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN:

PRESIDENTE: LIC. LUIS ALONSO RAMÍREZ AGUILAR, MSc.  
SECRETARIA(O): INGA. NOREEN ANDREA ALVARENGA DE RAMÍREZ, M.SC.  
VOCAL: ING. ABERCIO ARMANDO HIDALGO LEON, MSc.

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  
ISO 9001:2015 Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ISO  
45001:2018; APLICABLE A LOS SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA DEL  
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO “DR. JOSÉ MOLINA MARTÍNEZ”**

**PRESENTA:**

**LIC. MARVIN ALEXANDER CLÍMACO ELÍAS  
ING. OSCAR ANTONIO GÓMEZ LOZANO**

Trabajo de Graduación de Maestría, como requisito para optar al título de:

**MAESTRO EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE CALIDAD**

**COORDINADOR DE MAESTRÍA:**

**LIC. LUIS ALONSO RAMÍREZ AGUILAR, MSc.**

**ASESOR(A):**

**ING. NOREEN ALVARENGA DE RAMIREZ, MSc.**

**MARZO 2025**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA**

**DECLARACIÓN DE AUTORÍA**


**LIC. MARVIN ALEXANDER CLÍMACO ELÍAS  
ING. OSCAR ANTONIO GÓMEZ LOZANO**

**DECLARA(N) QUE:**

El presente Trabajo de Graduación denominado **“DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD ISO 9001:2015 Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ISO 45001:2018; APLICABLE A LOS SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO “DR. JOSÉ MOLINA MARTÍNEZ”**” 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 de 2025



**LIC. MARVIN ALEXANDER CLÍMACO ELÍAS**



**ING. OSCAR ANTONIO GÓMEZ LOZANO**

## **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 ISO 9001:2015 Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ISO 45001:2018; APLICABLE A LOS SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO “DR. JOSÉ MOLINA MARTÍNEZ”**

Presentado por:

**LIC. MARVIN ALEXANDER CLÍMACO ELÍAS  
ING. OSCAR ANTONIO GÓMEZ LOZANO**

Asesor(a):

**ING. NOREEN ALVARENGA DE RAMIREZ, MSc.**

**Aprobado por Tribunal Examinador MASIG:**

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

**ING. NOREEN ALVARENGA DE  
RAMIREZ, MSc.**  
Secretaria(o)

**ING. ABERCIO ARMANDO  
HIDALGO LEON, 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 ISO 9001:2015 Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ISO 45001:2018; APLICABLE A LOS SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO “DR. JOSÉ MOLINA MARTÍNEZ”**”, 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 maestrante(s) **LIC. MARVIN ALEXANDER CLÍMACO ELÍAS** y **ING. OSCAR ANTONIO GÓMEZ LOZANO**, 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

**ING. NOREEN ALVARENGA DE**

**RAMIREZ, MSc.**

Secretaria(o)

**ING. ABERCIO ARMANDO**

**HIDALGO LEON, MSc.**

Vocal



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 -A- 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 c) RATIFICACIÓN DE RESULTADOS DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN DEL ACTA DE EVALUACIÓN N°7/2025, EGRESADOS MASIG.**

Conocida la solicitud de ratificación de resultados del Trabajo de Graduación del Acta de Evaluación N°7/2025 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°7/2025, correspondiente al año 2025, de la Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad, según detalle:

**ACTA N° 7/2025**

FECHA DE EXAMEN	NOMBRES DE LOS GRADUANDOS	CARNE	TEMA DE TRABAJO DE GRADUACION	NOTA GENERAL	TRIBUNAL EXAMINADOR
18/03/2025	MARVIN ALEXANDER CLÍMACO ELÍAS  OSCAR ANTONIO GÓMEZ LOZANO	CE12003  GL06011	"DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD ISO 9001:2015 Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ISO 45001:2018; APLICABLE A LOS SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO "DR. JOSÉ MOLINA MARTÍNEZ"	8.43  8.40	PRESIDENTE M.Sc. LIC. LUIS ALONSO RAMÍREZ AGUILAR  SECRETARIA M.Sc. INGA. NOREEN ANDREA ALVARENGA DE RAMÍREZ  VOCAL M.Sc. ING. ABERCICIO ARMANDO HIDALGO LEÓN

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

Atentamente,

"HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA"

Lic. Juan Pablo Marín  
SECRETARIO



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

**PUNTO XI - FUNDACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

Concedida la solicitud de modificación de estatutos de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades, en virtud de la resolución de la Junta de Decanos de la Universidad de El Salvador, emitida el día 15 de mayo de 2018, y de conformidad con el artículo 104 de la Ley de Organización y Funcionamiento de la Universidad de El Salvador, se acuerda lo siguiente:

1. Se aprueba la modificación de los estatutos de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades, en virtud de la resolución de la Junta de Decanos de la Universidad de El Salvador, emitida el día 15 de mayo de 2018, y de conformidad con el artículo 104 de la Ley de Organización y Funcionamiento de la Universidad de El Salvador, se acuerda lo siguiente:

2. Se aprueba la modificación de los estatutos de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades, en virtud de la resolución de la Junta de Decanos de la Universidad de El Salvador, emitida el día 15 de mayo de 2018, y de conformidad con el artículo 104 de la Ley de Organización y Funcionamiento de la Universidad de El Salvador, se acuerda lo siguiente:

EXAMINADOR	NOTA GENERAL	TEMA DE TRABAJO DE GRUPO	CADRE	NUMERO DE GRUPOS	ESTADO DE GRUPOS
ARMANDO TORRES LEON	840	PROBLEMAS DE LA ECONOMÍA	GRUPO 1	1	ACTIVO
ARMANDO TORRES LEON	840	PROBLEMAS DE LA ECONOMÍA	GRUPO 2	1	ACTIVO
ARMANDO TORRES LEON	840	PROBLEMAS DE LA ECONOMÍA	GRUPO 3	1	ACTIVO
ARMANDO TORRES LEON	840	PROBLEMAS DE LA ECONOMÍA	GRUPO 4	1	ACTIVO
ARMANDO TORRES LEON	840	PROBLEMAS DE LA ECONOMÍA	GRUPO 5	1	ACTIVO
ARMANDO TORRES LEON	840	PROBLEMAS DE LA ECONOMÍA	GRUPO 6	1	ACTIVO
ARMANDO TORRES LEON	840	PROBLEMAS DE LA ECONOMÍA	GRUPO 7	1	ACTIVO
ARMANDO TORRES LEON	840	PROBLEMAS DE LA ECONOMÍA	GRUPO 8	1	ACTIVO
ARMANDO TORRES LEON	840	PROBLEMAS DE LA ECONOMÍA	GRUPO 9	1	ACTIVO
ARMANDO TORRES LEON	840	PROBLEMAS DE LA ECONOMÍA	GRUPO 10	1	ACTIVO

## **AGRADECIMIENTOS**

El camino nunca fue sencillo. Cada tarea, cada exposición, cada investigación representó un reto que exigió lo mejor de mí. Sin embargo, a lo largo de este recorrido, el acompañamiento y el amor de quienes caminaron a mi lado fueron la fuerza que me sostuvo y me impulsó a seguir.

A mi esposa Daniela, quien en los inicios de esta maestría era mi novia, le debo más de lo que las palabras pueden expresar. Gracias por tu paciencia infinita, por aquellas citas que se convirtieron en jornadas de estudio, por los planes que quedaron a medias y por las visitas que terminaban entre búsquedas en internet y tareas. Tu amor constante, tu apoyo silencioso y tu fe en mí fueron el motor que me trajo hasta aquí. Este logro también es tuyo.

A mis padres Fina y Roberto, por su apoyo incondicional y su amor sin medida. Gracias por comprender mis ausencias, por esas noches en las que llegaba tarde del trabajo y aun así encontraba en la mesa un plato caliente y una palabra de aliento. Gracias por esos fines de semana en los que, aunque mi cuerpo estaba en casa, mi mente permanecía absorta en las clases y talleres siempre estuvieron conmigo. Su ejemplo y sacrificio me enseñaron que el esfuerzo y la perseverancia siempre dan fruto.

A mi compañero Óscar, por su dedicación, su compañerismo y su disposición para compartir conocimientos. Aprendí mucho de su experiencia y de la claridad con la que explicaba aquello que parecía complejo. Su apoyo fue clave para que este proyecto tomara forma y llegara a buen puerto.

Y, sobre todo, a Dios, por ser mi guía y mi fortaleza en los momentos de cansancio y duda. Cuando sentía que flaqueaba, su presencia me recordó que no caminaba solo. Él obró a través del amor de mi esposa, del cuidado de mis padres y del apoyo de mis compañeros. Aunque el camino estuvo lleno de desafíos, todo cooperó para bien. Hoy, al culminar este trabajo de graduación, reconozco que este logro no es únicamente mío, sino el fruto de todas las manos, oraciones y corazones que me acompañaron en este viaje.

Marvin Alexander Clímaco Elías

Agradezco primeramente a Dios, por su infinita misericordia y por concederme la sabiduría, la paciencia y la fortaleza necesarias para culminar con éxito esta etapa. Su presencia constante fue mi guía en los momentos de mayor cansancio y duda.

A mi amada esposa, Carito, gracias por tu amor incondicional, por tu comprensión y tus palabras que siempre me alentaron a seguir. Fuiste mi refugio en las noches largas de estudio y mi impulso cuando las fuerzas parecían agotarse. Te amo y este logro también es tuyo.

A mis queridos padres, por ser mi fuente de inspiración, ejemplo de esfuerzo, perseverancia y valores. A mi hermano, por su apoyo constante e interés genuino; aunque la distancia nos separe, el cariño y la unión familiar siempre nos mantienen cerca.

Agradezco sinceramente a mi compañero de tesis, Marvin, por su constante apoyo, paciencia y comprensión durante el desarrollo de este trabajo. Su compromiso con el cumplimiento de los objetivos propuestos y su disposición para continuar en los momentos en que mi salud o estado anímico limitaron mi participación fueron fundamentales para la culminación exitosa de esta investigación.

Finalmente, agradezco a mis amigos, compañeros de estudios y trabajo por su compañía, sus aportes y por ser parte de este importante capítulo de mi vida.

Este logro es el reflejo del esfuerzo conjunto de todas las personas que, de una u otra forma, creyeron en mí y me acompañaron en este viaje hacia la excelencia profesional, gracias.

Oscar Antonio Gómez Lozano

## RECONOCIMIENTOS

Deseamos expresar nuestro reconocimiento a la **Coordinación de la Maestría en Sistemas Integrados de Gestión (MASIG)** por la orientación brindada a lo largo de todo el proceso académico. Valoramos especialmente el compromiso, la dedicación y el apoyo continuo que hicieron posible el desarrollo de nuestras competencias profesionales.

Extendemos una especial mención a todo el **equipo docente y administrativo de la maestría**, por compartir sus conocimientos, experiencias y valores, los cuales fueron fundamentales para fortalecer nuestra formación integral y nuestro crecimiento como profesionales.

De igual manera, manifestamos nuestra gratitud a las **Autoridades del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”**, en particular al **Dr. Rigoberto Antonio González Gallegos** (Director del Hospital), a la **Dra. Tania Patricia Abrego** (Subdirectora) y al **Dr. Walter Ulises Pérez Cruz** (Jefe de Planificación y Epidemiología), por las facilidades otorgadas para el desarrollo de esta investigación y por su valioso respaldo institucional.

Finalmente, hacemos una distinción especial a nuestra **asesora, Ing. Noreen Alvarenga de Ramírez, MSc.**, por su acompañamiento constante, su orientación técnica y su compromiso académico. Su guía experta y su disposición fueron pilares esenciales para el logro de los objetivos de este trabajo de maestría.

## INDICE

ÍNDICE DE TABLAS .....	iv
ÍNDICE DE APÉNDICES CAPITULARES .....	v
SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS .....	vi
RESUMEN EJECUTIVO .....	viii
INTRODUCCIÓN .....	ix
CAPÍTULO I: MARCO REFERENCIAL.....	1
1.1.  Generalidades del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” .....	1
1.1.1.  Historia.....	1
1.2.  Planteamiento del problema.....	8
1.2.1.  Antecedentes y contexto de situación problemática .....	8
1.2.2.  Definición (formulación) del problema .....	8
1.2.3.  Pregunta Principal.....	8
1.2.4.  Sistematización (problematización) del problema .....	9
1.2.5.  Preguntas específicas:.....	9
1.2.6.  Árbol de problemas .....	9
1.2.7.  Matriz diagnóstica del planteamiento del problema .....	10
1.3.  Objetivos.....	10
1.3.1.  Objetivo general .....	11
1.3.2.  Objetivos específicos .....	11
1.3.3.  Árbol de Objetivos.....	11
1.4.  Delimitación de la investigación .....	12
1.4.1.  Delimitación espacial o geográfica y temporal .....	12
1.5.  Justificación.....	13
1.6.  Formulación de hipótesis o supuestos .....	14
1.6.1.  Hipótesis general.....	14
1.6.2.  Hipótesis específicas .....	14
1.7.  Variables de investigación .....	14
1.8.  Matriz de consistencia de marco referencial .....	16

1.9.	Fundamentos éticos.....	16
1.9.1.	Originalidad del estudio y exigencia crítica.....	16
1.9.2.	Propiedad intelectual.....	17
1.9.3.	Consentimiento informado de resultados investigativos .....	17
1.10.	Viabilidad del trabajo de graduación .....	17
1.10.1.	Viabilidad técnica .....	17
1.10.2.	Viabilidad del consentimiento informado sujeto de estudio.....	18
1.10.3.	Viabilidad metodológica.....	18
1.11.	Dificultades y limitaciones (Preliminares) .....	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....		19
2.1.	Marco de antecedentes.....	19
2.1.1.	Antecedentes nacionales .....	19
2.1.2.	Antecedentes internacionales. ....	22
2.2.	Marco conceptual.....	23
2.2.1.	Definiciones referentes a las características del sujeto de estudio .....	23
2.2.2.	Definiciones referentes a los sistemas de gestión .....	26
2.3.	Marco de teoría fundamental .....	29
2.3.1.	Normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018.....	29
2.4.	Normas de integración PAS 99 y UNE 66177 .....	38
2.4.1.	PAS 99:2012.....	38
2.4.2.	UNE 66177:2005 .....	38
2.4.3.	Sistemas integrados de gestión (SIG).....	39
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO, DIAGNÓSTICO Y RESULTADOS.....		40
3.1.	Introducción al diagnóstico y resultados de la investigación.....	40
3.2.	Determinación de población y muestra .....	40
3.2.1.	Tipo de investigación .....	40
3.2.2.	Enfoque o ruta de la investigación .....	41
3.2.3.	Alcance o tipo de estudio .....	41
3.2.4.	Método de investigación. ....	42

3.2.5.	Diseño metodológico.....	43
3.2.6.	Determinación de población y muestra .....	43
3.3.	Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	46
3.3.1.	Niveles de información del marco teórico.....	46
3.3.2.	Fuentes de información.....	47
3.3.3.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	47
3.3.4.	Matriz integral metodológica .....	48
3.3.5.	Sistematización.....	48
3.3.6.	Metodología. ....	48
3.3.7.	Metodología del diagnóstico y resultados.....	49
3.3.8.	Evaluación de los Sistemas de Gestión .....	49
3.3.9.	Matriz metodológica de consistencia de la investigación.....	56
3.4.	Resultados del diagnostico .....	56
3.4.1.	Análisis de resultados ISO 9001:2015.....	56
3.4.2.	Análisis de resultados ISO 45001:2018.....	65
3.4.3.	Análisis de resultados de la estructura documental de la ISO 9001:2015 .....	71
3.4.4.	Análisis de resultados de la estructura documental de la ISO 45001:2018 .....	72
3.4.5.	Análisis de resultados del cumplimiento legal en materia de SST.....	72
3.4.6.	Análisis de nivel de concordancia del proceso misional: “M03-03” .....	75
3.4.7.	Relación del sistema con las variables identificadas .....	77
3.5.	Conclusión de los Sistemas de Gestión .....	78
3.5.1.	Objetivo General: .....	78
3.5.2.	Objetivos específicos: .....	78
CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE DISEÑO Y PLAN DE ACCIÓN .....		80
4.1.	Descripción de la propuesta de diseño.....	80
4.1.1.	Estructura documental propuesta.....	81
4.2.	Plan de acción: .....	90
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		95
CONCLUSIONES.....		95

RECOMENDACIONES .....	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	98
APENDICE.....	102

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Recursos Humanos con los que Cuenta el Hospital Nacional Psiquiátrico .....	5
<b>Tabla 2:</b> Matriz de Variables de Investigación.....	15
<b>Tabla 3:</b> Categorización de Hospitales a Nivel Nacional.....	24
<b>Tabla 4:</b> Resumen de la norma ISO 9001:2015.....	31
<b>Tabla 5:</b> Resumen de la norma ISO 45001:2018.....	34
<b>Tabla 6:</b> Unidad de análisis y población de estudio .....	44
<b>Tabla 7:</b> Diseño de la muestra .....	45
<b>Tabla 8:</b> Descripción de niveles de información.....	46
<b>Tabla 9:</b> Fuentes de información del marco teórico .....	47
<b>Tabla 10:</b> Capítulos de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018.....	50
<b>Tabla 11:</b> Criterios de evaluación de los Sistemas de Gestión.....	50
<b>Tabla 12:</b> Inventario de procedimientos del proceso M03-03.....	55
<b>Tabla 13:</b> Criterios de evaluación para los procedimientos de hospitalización.....	55
<b>Tabla 14:</b> Resultados de la Evaluación de Cumplimiento de la norma ISO 9001:2015.....	57
<b>Tabla 15:</b> Resultados de la Evaluación de Cumplimiento de la norma ISO 45001:2018.....	65
<b>Tabla 16:</b> Resultados de estructura documental con base en la norma ISO 9001:2015 .....	72
<b>Tabla 17:</b> Resultados de estructura documental con base en la norma ISO 45001:2018 .....	72
<b>Tabla 18:</b> Resultados del cumplimiento legal en materia de SST .....	73
<b>Tabla 19:</b> Resultados de evaluación de concordancia del proceso misional M03-03.....	75
<b>Tabla 20:</b> Análisis de resultados de hipótesis e indicadores .....	77
<b>Tabla 21:</b> Propuesta de estructura documental .....	82
<b>Tabla 22:</b> Grupo gestor implementador del SIG.....	92
<b>Tabla 23:</b> Plan de actuación para la puesta en marcha del Sistema Integrado de Gestión.....	92

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Ubicación geográfica del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" ..	5
<b>Figura 2:</b> Organigrama del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" .....	6
<b>Figura 3:</b> Mapa de proceso Nivel 1 .....	7
<b>Figura 4:</b> Árbol de problemas .....	10
<b>Figura 5:</b> Árbol de objetivos.....	12
<b>Figura 6:</b> Delimitación espacial o geográfica .....	13
<b>Figura 07:</b> Porcentaje de Cumplimiento de la Norma ISO 9001:2015 .....	57
<b>Figura 8:</b> Porcentaje de Cumplimiento de la Norma ISO 45001:2018.....	66
<b>Figura 9:</b> Porcentaje de cumplimiento del marco legal referente a SSO .....	74
<b>Figura 10:</b> Pirámide Documental de un Sistema Integrado de Gestión .....	81
<b>Figura 11:</b> Pasos para una implantación de un SIG .....	91

## ÍNDICE DE APÉNDICES CAPITULARES

### CAPÍTULO I

<b>Apéndice 1:</b> Matriz diagnóstica del planteamiento del problema de investigación ..	104
<b>Apéndice 2:</b> Matriz de consistencia de marco referencial .....	105

### CAPÍTULO III

<b>Apéndice 3:</b> Matriz metodológica de consistencia de la investigación .....	106
<b>Apéndice 4:</b> Matriz integral metodológica .....	107
<b>Apéndice 5:</b> Lista de verificación de cumplimiento con base a la norma ISO 9001:2015 .....	108
<b>Apéndice 6:</b> Lista de verificación de cumplimiento con base a la norma ISO 45001:2018 .....	127
<b>Apéndice 7:</b> Lista de verificación de evaluación sobre las condiciones de seguridad y salud ocupacional en instituciones públicas ministerio de trabajo y previsión social .....	142
<b>Apéndice 8:</b> Guía de entrevista .....	150
<b>Apéndice 9:</b> cuestionario de evaluación de nivel de concordancia del proceso misional: "m03-03-proporcionar atenciones de salud integrales en hospitalización" en el área de psiquiatría .....	154

<b>Apéndice 10:</b>	Evaluación de nivel de estructura documental de la norma ISO 9001:2015 .....	156
<b>Apéndice 11:</b>	Evaluación de nivel de estructura documental de la norma ISO 45001:2018 .....	160

#### CAPÍTULO IV

<b>Apéndice 12:</b>	Manual del SIG .....	164
<b>Apéndice 13:</b>	Modificaciones a los procedimientos del manual de procesos .....	301
<b>Apéndice 14:</b>	Acta de Autorización de Investigación por parte del Comité de Ética de Investigación del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” .....	308

#### SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado o equivalencia
<b>CSSO</b>	<i>Comité de Seguridad y Salud Ocupacional</i>
<b>DINAC</b>	<i>Dirección Nacional de Compras</i>
<b>DNH</b>	<i>Dirección Nacional de Hospitales</i>
<b>FODA</b>	<i>Fortaleza, Oportunidades, Debilidades y Amenaza</i>
<b>HNP</b>	<i>Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez</i>
<b>IPER</b>	<i>Identificación de Peligros y Evaluación de Riesgos.</i>
<b>ISO</b>	<i>Organización Internacional de Normalización</i>
<b>LGPRLT</b>	<i>Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo</i>
<b>M03-03</b>	<i>proporcionar atenciones de salud integrales en hospitalización” en el área de psiquiatría</i>
<b>MASIG</b>	<i>Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad</i>
<b>MINSAL</b>	<i>Ministerio de Salud</i>
<b>MINTRAB</b>	<i>Ministerio de Trabajo y Previsión Social</i>
<b>N/A</b>	<i>No aplica</i>
<b>ODS</b>	<i>Oficina por el Derecho a la Salud</i>
<b>PGPRO</b>	<i>Programa de Gestión de Prevención de Riesgos Ocupacionales</i>
<b>PHVA</b>	<i>Ciclo de Deming: Planear, Hacer, Verificar, Actuar.</i>
<b>SGSST</b>	<i>Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo</i>
<b>SIG</b>	<i>Sistema Integrado de Gestión</i>

<b>SSO</b>	<i>Seguridad y Salud Ocupacional</i>
<b>SST</b>	<i>Seguridad y Salud en el Trabajo</i>
<b>UCP</b>	<i>Unidad de Compras Publicas</i>
<b>UDP</b>	Unidad de Desarrollo profesional
<b>UFI</b>	<i>Unidad Financiera Institucional</i>
<b>UNE</b>	<i>Asociación Española de Normalización</i>
<b>UOC</b>	<i>Unidad Organizativa de la Calidad</i>

## RESUMEN EJECUTIVO

El sector salud desempeña un papel importante en el desarrollo y bienestar de la población del país y la calidad de los servicios es fundamental para asegurar el bienestar de sus habitantes.

El presente trabajo de graduación tiene como propósito el **diseño de un Sistema Integrado de Gestión (SIG)** basado en las normas internacionales **ISO 9001:2015** (Gestión de la Calidad) e **ISO 45001:2018** (Seguridad y Salud en el Trabajo), orientado a mejorar tanto la calidad de los servicios de atención como la seguridad laboral en el **Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”**.

Por tanto, se propone una estructura documental que apoye el cumplimiento de los requisitos de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018; además se evalúa el nivel de cumplimiento de las normas en estudio dentro de la organización con base a la documentación existente y se identifican los requisitos normativos y las disposiciones legales que contribuyen al cumplimiento vigente, con el fin de establecer el diseño de un Sistema de Gestión Integrado.

La metodología adoptada es de enfoque cuantitativo y cualitativo, con técnicas como entrevistas, cuestionarios y revisión documental. El diagnóstico inicial reveló que, si bien la gestión de calidad presenta un avance del 73.44%, el cumplimiento en SST es solo del 24.70%, evidenciando la necesidad de fortalecer la estructura documental en calidad que se encuentra en un 33.3% y SST con un 26.9%. Asimismo, el análisis normativo reflejó un cumplimiento del 82% en disposiciones legales aplicables para SSO.

Los resultados confirman que la implementación de un SIG permitirá al hospital alinear sus procesos con estándares internacionales, mejorar la seguridad de los trabajadores y elevar la calidad de los servicios.

## INTRODUCCIÓN

La calidad de los servicios de atención en salud y la seguridad y salud en el trabajo son aspectos esenciales para el funcionamiento óptimo de cualquier institución hospitalaria. En el caso del **Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”**. El trabajo de graduación propuesto se centra en el diseño de un **Sistema Integrado de Gestión** basado en las normas internacionales **ISO 9001:2015** (Gestión de la Calidad) e **ISO 45001:2018** (Seguridad y Salud en el Trabajo). Este sistema no solo busca optimizar los procesos de atención hospitalaria, sino también fortalecer la gestión de la seguridad y la salud ocupacional en el hospital, asegurando el cumplimiento de las normativas nacionales e internacionales vigentes.

El **primer capítulo** establece el **marco referencial** del estudio, donde se define el planteamiento del problema, se revisan los antecedentes relevantes sobre la gestión de la calidad y la seguridad laboral en hospitales, y se formula el problema central de la investigación. Además, se detallan los **objetivos generales y específicos**, se delimita el alcance del estudio, se justifica la investigación, se presenta la **hipótesis** planteada y se definen las **variables** relacionadas con el objeto de estudio.

En el **segundo capítulo**, se aborda el **marco teórico**, proporcionando un análisis más profundo de los antecedentes de investigaciones previas relacionadas con la implementación de sistemas de gestión integrados en hospitales. Asimismo, se detallan los conceptos clave sobre las **normas ISO 9001:2015** e **ISO 45001:2018**, explicando su relevancia para la mejora de la calidad en los servicios de atención y la gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Este capítulo busca proporcionar el contexto necesario para comprender el enfoque adoptado en la investigación y cómo las normativas ISO pueden contribuir a la solución del problema planteado.

**En el tercer capítulo** se presenta un análisis de la **metodología** empleada para llevar a cabo la investigación. En esta sección se detallan las técnicas y herramientas utilizadas para la recopilación y análisis de la información, tales como entrevistas, encuestas y revisión documental. Se analiza la estructura documental existente del hospital en relación con las normas ISO en estudio, evaluando el nivel de cumplimiento de los requisitos establecidos por las normativas, así como el grado de cumplimiento a las regulaciones legales sobre seguridad y salud en el trabajo.

**El cuarto capítulo** se enfoca en la propuesta del diseño **del Sistema de Gestión Integrado**. En esta sección se explica cómo se estructuraron los procesos de atención hospitalaria bajo las normas **ISO 9001:2015** e **ISO 45001:2018**, detallando los procedimientos, la asignación de

responsabilidades y los recursos necesarios estableciendo mecanismos para asegurar la calidad de los servicios prestados y la protección de la salud y seguridad de los trabajadores.

Finalmente, el quinto capítulo presenta las **conclusiones** derivadas de la investigación y los resultados obtenidos, los cuales han permitido abordar el diseño del **Sistema Integrado de Gestión**. Asimismo, se exponen una serie de **recomendaciones** destinadas a fortalecer los procesos existentes del **Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”** para mantener altos estándares de calidad en la atención en salud, mejorar la seguridad de los empleados y cumplir con las exigencias del entorno sanitario actual. Esto incluye el **cumplimiento de las regulaciones nacionales en materia de Seguridad y Salud ocupacional (SSO)**, lo que contribuirá a consolidar la reputación del hospital como una institución de referencia en el ámbito de la salud mental a nivel nacional.

## **CAPÍTULO I: MARCO REFERENCIAL**

El marco de referencia permite especificar el planteamiento del problema y discutir las razones y causas que lo generan.

Las preguntas se formulan para crear una matriz de diagnóstico y sirven como base para especificar los objetivos de la investigación y otros elementos del objeto de estudio.

### **1.1. Generalidades del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”**

#### **1.1.1. Historia**

El Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” es el único especializado en el área de psiquiatría en la red de hospitales públicos de El Salvador. El 4 de febrero de 1859, el gobernador Gerardo Barrios nombró una comisión para estudiar y evaluar las normas referentes al tratamiento de enfermos mentales.

Ese mismo año, el gobierno aprobó algunas propuestas hechas por la comisión, pero no hubo muchos avances, pues no existía un espacio para la atención de pacientes. Años más tarde, el presidente Antonio Gutiérrez (1894- 1898) propuso crear el “Manicomio general de San Salvador”. Carlota de Gutiérrez, su esposa, donó un par de aretes de brillantes valorados en 10 mil colones para la elaboración de planos para la construcción. Con el dinero se compraron 60 manzanas de terreno donde hoy se encuentra actualmente ubicado el Instituto Nacional Francisco Menéndez (INFRAMEN) y se comenzó la edificación. El 21 de junio de 1912 se concluye la construcción de un edificio, destinado para pacientes catalogados como “locos tranquilos”. En un principio lo llamaron “Alienados Manicomio Nacional” y, posteriormente, “Asilo El Salvador”.

Para el año de 1949 el Dr. José Molina Martínez es nombrado director del Hospital Psiquiátrico y fue el responsable de introducir en la psiquiatría una modernización notable y una actitud científica. Fue el Dr. Molina Martínez quien introdujo la cátedra de psiquiatría en la Universidad de El Salvador en 1954.

En 1975 se traslada el Hospital Psiquiátrico a su sede definitiva en la ciudad de Soyapango. Un año después se funda la Asociación Salvadoreña de Psiquiatría. A continuación, se presenta la estructura y la descripción Organizacional del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”

## **Misión**

*“Conducir la gestión y provisión de servicios de salud de manera transparente, mediante la prestación de atenciones integrales y oportunas; con equidad y calidad, promoviendo la participación ciudadana con corresponsabilidad para mejorar el nivel de salud en las atenciones del 2° nivel y, a la población de referencia nacional en Psiquiatría, así como coadyuvar a la formación de especialistas en Psiquiatría y Cirugía General, así como de pregrado en otras disciplinas de salud”.*

## **Visión**

*“Constituirnos en un Hospital Nacional de 2° nivel de atención para el municipio de Soyapango, y de referencia nacional en la especialidad en Psiquiatría y Salud Mental, eficiente y resolutivo a las necesidades de atención que la población demande, ofreciendo servicios de atención integrales, solidarios y humanizados, contribuyendo a su vez, con la formación holística de profesionales especialistas en Psiquiatría, Cirugía y de Pregrado”.*

## **Objetivo General**

Administrar adecuada y eficazmente los recursos asignados al Hospital, a través de la planificación estratégica, para lograr el funcionamiento óptimo de los servicios de salud, con calidad y calidez, solidarios y humanizados, tanto del segundo nivel de atención para el municipio de Soyapango y en la especialidad de Psiquiatría a nivel nacional.

## **Funciones principales**

- Desarrollo de los recursos humanos no especializados.
- Fortalecimiento de la gestión clínica hospitalaria.
- Promover la desconcentración de los servicios de salud mental en apego a los lineamientos de la atención primaria en salud.
- Promover acciones continuas de desinstitucionalización de los pacientes.
- Adecuar la infraestructura hospitalaria actual a otra mejorada, que cumpla con calidad en la atención, con fines administrativos, terapéuticos y de rehabilitación.
- Participar en iniciativas encaminadas a la mejora de la salud mental en El Salvador, a través de coordinaciones interinstitucionales e intersectoriales.

## **Áreas del hospital**

El hospital es formador de médicos especialistas en psiquiatría y posee cuatro grandes áreas:

**Hospital General:** Es el área que se encarga de brindar servicios de salud integrales ambulatorios, de hospitalización y de emergencia gratuitos, en forma eficiente, equitativa, con calidad y calidez en corresponsabilidad con la ciudadanía.

- **Hospital Psiquiátrico:** Es el área orientada a la adecuada prestación de servicios de salud en la especialidad de Psiquiatría a nivel nacional y de segundo nivel de atención para el municipio de Soyapango.
- **Penitenciaria:** El área de servicios de salud psiquiátrica a privados de libertad de Centros Penales.
- **Dirección y administración:** Es el área encargada de administrar con eficiencia y eficacia los recursos disponibles, para lograr el funcionamiento óptimo de la Institución.

## **Productos y servicios**

Los principales servicios que brinda el hospital se detallan a continuación:

- Atención a usuarios y sus familiares de forma integral, con abordaje psicológico, social y pruebas de gabinete, promoviendo el fortalecimiento en el conocimiento de su patología psiquiátrica y adherencia a su tratamiento.
- Atención a usuarios en servicios de mediana estancia(subagudos) con enfoque de rehabilitación Psicosocial.
- Atención a usuarios con adultos y adolescentes de 12 años o más con patología psiquiátricas que requieren ingreso hospitalario para manejo y tratamiento de su descompensación en régimen agudo, crisis, desintoxicación de sustancias psicoactivas y privados de libertad.
- Diagnóstico y servicios de apoyo.
- Atención de servicio de farmacia.
- Atención de servicio de fisioterapia.
- Atención de servicio de laboratorio clínico.
- Atención de servicio de radiología e imágenes.
- Atención de servicio de sala de operaciones.
- Atención de servicio de labor y atención de partos. Atención en Psicología Clínica y aplicación de test psicométricos.
- Atención a usuarios con patología Médicas de 4 áreas básicas (Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Gineco-Obstetricia), Neumología y Neonatología. Citas

- de 1a. Vez y subsecuente ya agendada con la especialidad.
- Consultorio de Enlace de Medicina Familiar (Atención de Consultas de baja complejidad).
  - Atención a usuarios con patologías psiquiátricas subsecuentes, o de primera vez que requieran evaluación inmediata.
  - Hospitalización - Atención Adicciones.
  - Hospitalización - Atención a privados de libertad de Centros Penales.

### **Procesos subcontratados**

- Medición y calibración de equipo.
- Servicios de limpieza.
- Servicios de vigilancia.
- Servicios de mantenimiento correctivo y preventivo de equipos biomédicos.
- Servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de la flota vehicular.

Actualmente, la institución no cuenta con certificación bajo ninguna norma de sistemas de gestión, aunque se encuentra en implementación la gestión por procesos. Esta iniciativa responde a directrices emitidas por el Ministerio de Salud (MINSAL) como parte de su plan estratégico a nivel nacional, que busca estandarizar y mejorar la calidad de los servicios.

La implementación de la gestión por procesos se está llevando a cabo mediante la elaboración de manuales específicos para cada área operativa. Este trabajo es desarrollado por un equipo multidisciplinario, que incluye profesionales de distintas especialidades, bajo la dirección de la Unidad de Calidad del MINSAL. Además, la implementación de estos manuales facilita el cumplimiento de los estándares establecidos por las autoridades sanitarias, promoviendo un entorno de mejora continua que beneficia tanto al personal como a los usuarios. Actualmente se tiene indicadores de calidad para cada área operativa. Esto permite al hospital monitorear de forma continua su desempeño, identificar áreas de mejora y tomar decisiones para corregir y optimizar el funcionamiento.

Actualmente el hospital cuenta con recursos médicos de diferentes especialidades, enfermeras, paramédicos y personal administrativo; contratados por diferentes modalidades, tal como se puede apreciar en la Tabla 1:

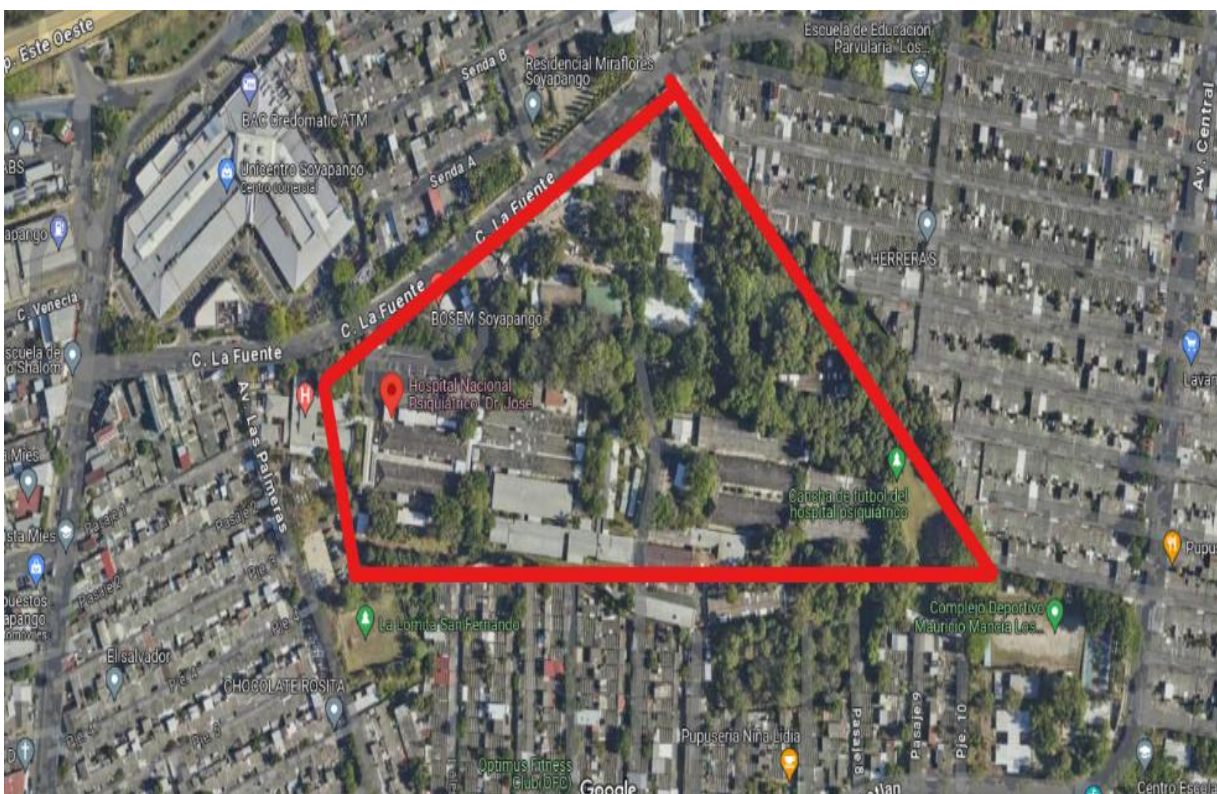
**Tabla 1:** Recursos Humanos con los que Cuenta el Hospital Nacional Psiquiátrico

Disciplina	Ley de Salario	Fondos GOES	Programa de Veteranos de Guerra	FOSALUD	Hospital El Salvador	Total
Médicos	94	62	4	2	4	166
Enfermería	171	30	1	3		205
Paramédicos	193	9		2		204
Administrativos	153	7				160
Total	611	108	5	7	4	735

Fuente: Adaptado de "Plan Anual Operativo 2024" (p. 56), por Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez", 2023, Ministerio de Salud

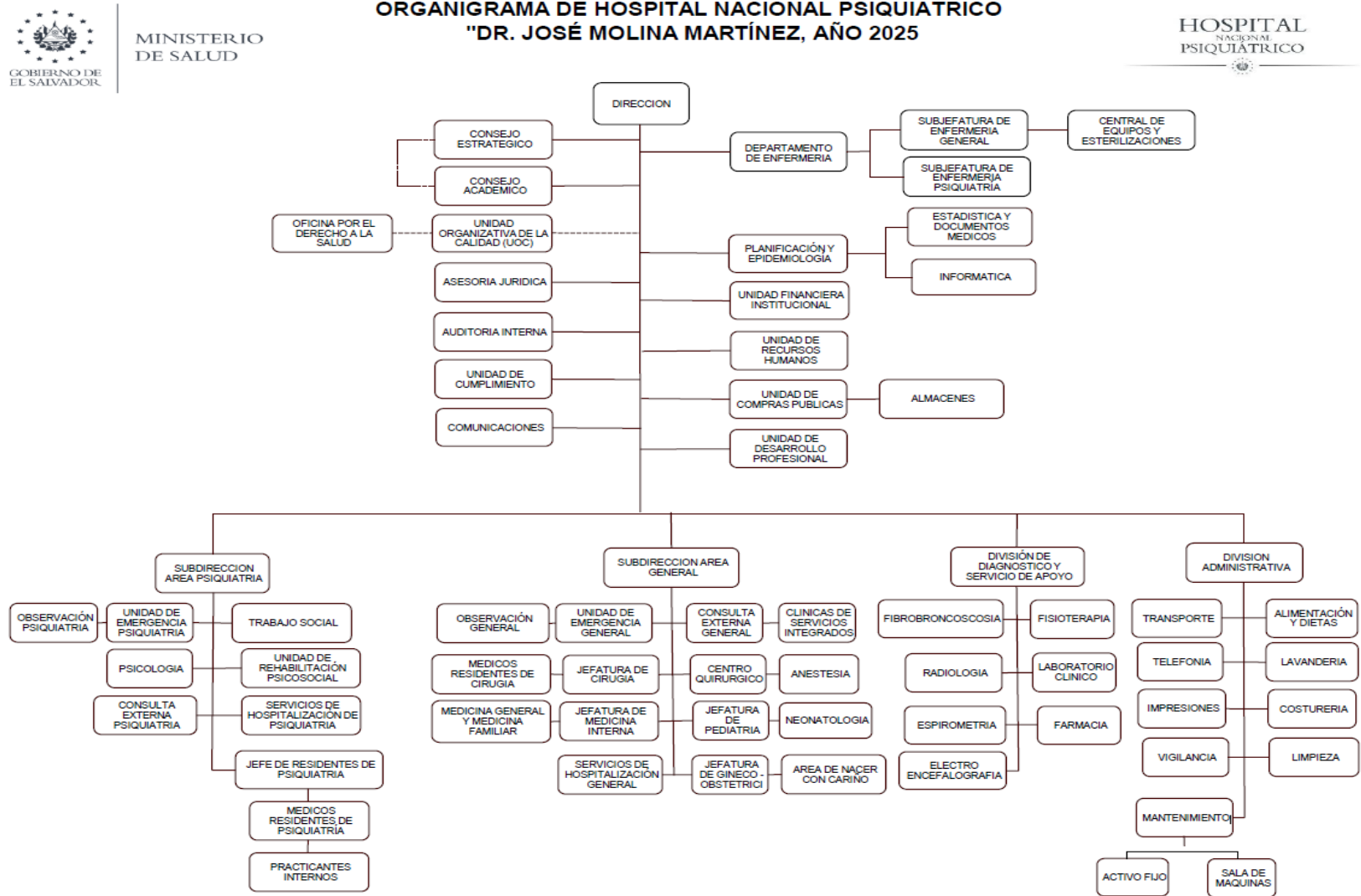
### Instalaciones

Cuenta con una única instalación Calle la Fuente Cantón Venecia, Soyapango, San Salvador, El Salvador, en la que se albergan tanto la parte administrativa como la médica hospitalaria.

**Figura 1:** Ubicación geográfica del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez"

Nota. Adaptado de google maps, 2024, (<https://www.google.com/maps/@13.7140741,-89.1376965,18.5z?entry=ttu>)

Figura 2: Organigrama del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez"



Fuente: Adaptado de "Plan Anual Operativo 2024" (p. 7), por Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez", 2024, Ministerio de Salud

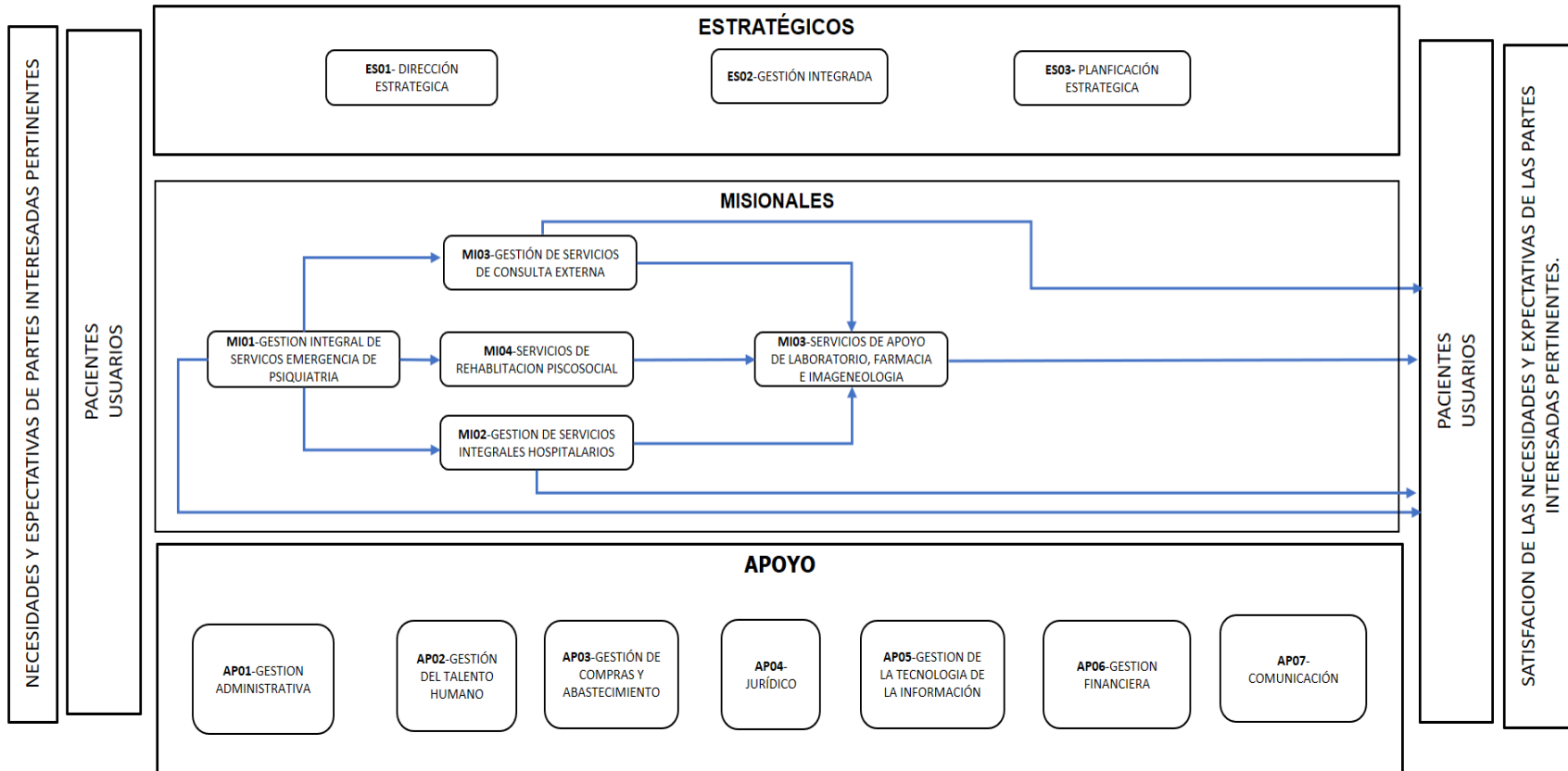
Figura 3: Mapa de proceso Nivel 1



MINISTERIO DE SALUD



**MAPA DE PROCESOS  
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO “DR. JOSÉ MOLINA MARTÍNEZ”**



Fuente: Elaboración propia

## **1.2. Planteamiento del problema.**

El Trabajo de Investigación tiene como propósito aportar soluciones respecto al Diseño de un Sistema de Gestión Integrado en la ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018.

En esta primera fase se busca disminuir la problemática a términos concretos y explícitos, dónde es necesario formulación de la misma como la primera etapa del proceso investigativo. El planteamiento del problema busca poner en orden las causas que originan la problemática. Cuando se habla de la descripción de ésta, es necesario definir qué está ocurriendo actualmente, por qué está ocurriendo y cuál es el efecto que está teniendo.

### **1.2.1. Antecedentes y contexto de situación problemática**

A nivel país, el Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" es el único especializado en psiquiatría, el cual pertenece a la red de hospitales públicos, siendo el encargado de atender a la población no solo en dicha especialidad, sino que también presta sus servicios como Hospital General. Siendo la responsable de la asistencia en salud mental a todo el país.

Desde el año 2021 el MINSAL ha implementado la gestión de calidad enfocada a procesos. Esto, a partir de su plan estratégico institucional 2021-2025.

Este enfoque tiene un despliegue para la medicina general en forma genérica y actualmente el Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" en su proceso misional M03: "Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de atención primaria en salud" no se apega en un 100 % a las actividades de atención médica psiquiátrica.

Además, el despliegue tampoco contempla procesos que sistematicen la cultura de seguridad y salud en el trabajo.

### **1.2.2. Definición (formulación) del problema**

Después de la descripción de la situación problemática de investigación, se formula el planteamiento del problema en forma de pregunta, considerando el alcance delimitado para el tema de la investigación.

### **1.2.3. Pregunta Principal**

¿Cómo afecta la falta de un sistema de gestión integrado ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 en la atención hospitalaria y las condiciones seguras en las instalaciones del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez"?

#### **1.2.4. Sistematización (problematización) del problema**

Para realizar la sistematización, se requiere descomponer la pregunta planteada en pequeñas preguntas secundarias. Por consiguiente, las respuestas a las interrogantes que se formulen deben permitir al investigador responder al problema de investigación. Cada duda formulada debe tener en su contenido variables del problema planteado, con lo cual se orienta la formulación de objetivos e hipótesis del estudio.

Del planteamiento del problema, se advierte la siguiente sistematización:

#### **1.2.5. Preguntas específicas:**

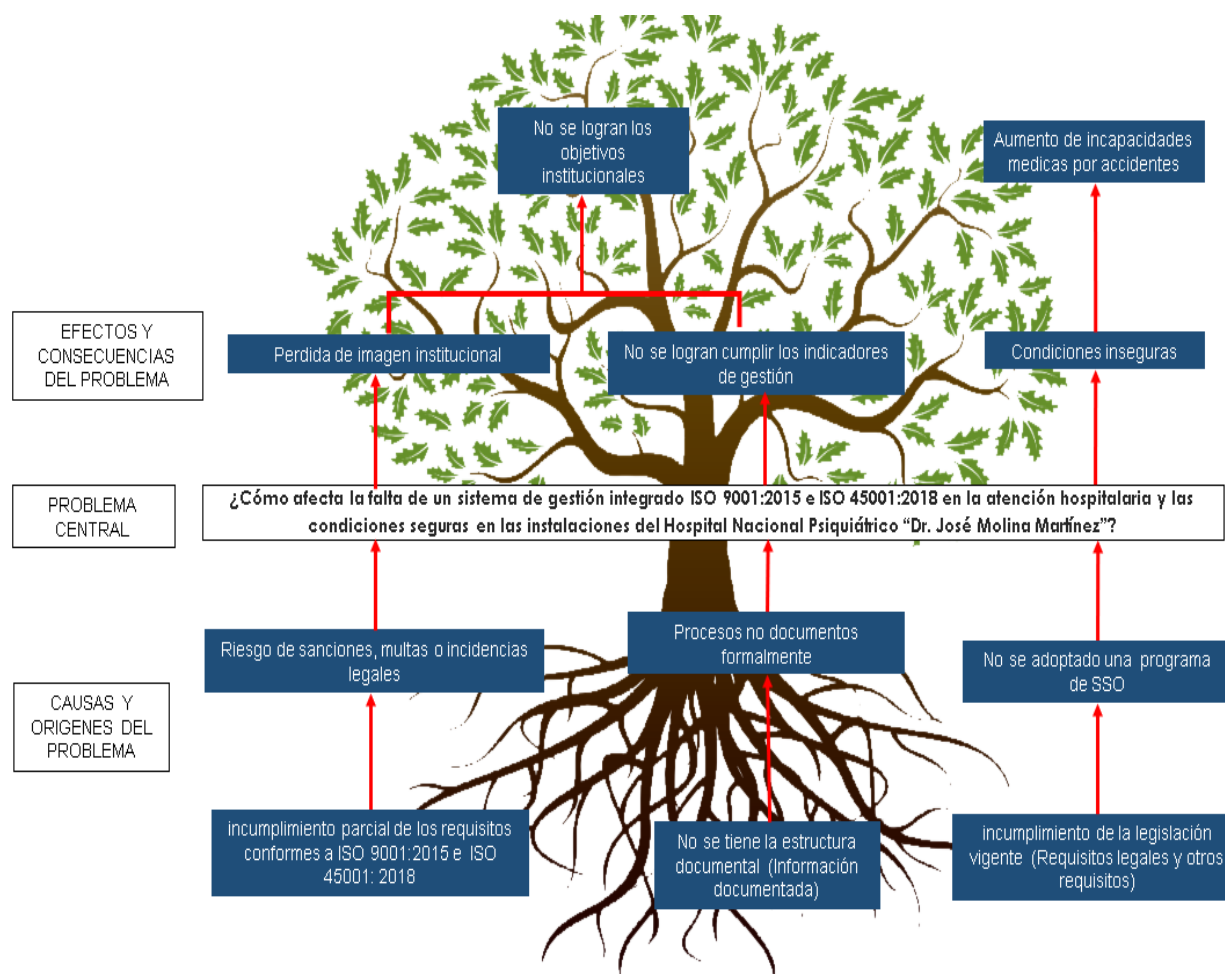
- ¿Cómo las condiciones actuales de la estructura documental existente en el hospital servirán de insumo para diseñar un Sistema Integrado con base a los requisitos de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018?
- ¿Cuál es el grado de cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018?
- ¿Cuáles son los requisitos de la norma ISO 45001:2018 y las disposiciones legales que contribuyen al cumplimiento de la legislación vigente?

#### **1.2.6. Árbol de problemas**

El árbol de problemas es una técnica que se emplea para identificar el problema central, el cual se intenta solucionar analizando relaciones de tipo causa-efecto. Para ello, se debe formular la problemática de modo tal que permita diferentes alternativas de solución, en lugar de una solución única, en este sentido se define la siguiente estructura para su construcción:

- Parte superior: acá se ubican los efectos y consecuencias relacionados con el problema planteado.
- Parte media: Se detalla pregunta principal derivada de la sistematización del problema de manera que de ella puedan verse de manera gráfica la salida tanto de ramas (efectos y consecuencias) como las raíces (causas y orígenes).
- Parte inferior: se presentan las causas y orígenes de la problemática en estudio

**Figura 4: Árbol de problemas**



Fuente: elaboración propia

### 1.2.7. Matriz diagnóstica del planteamiento del problema

La Matriz diagnóstica del planteamiento del problema para el Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" se encuentra en el **Apéndice 1**, donde esta manera sintetizada el diagnóstico, los antecedentes, el contexto y los síntomas donde están secuencialmente el diagnóstico preliminar de la problemática a nivel descriptivo juntos a los efectos derivados de los si la problemática persiste.

### 1.3. Objetivos

La formulación de los objetivos es una etapa ineludible del proceso investigativo. Están relacionados a los problemas identificados y tienen como fin proporcionar una respuesta deseada a los resultados de la investigación.

### **1.3.1. Objetivo general**

El objetivo viene directamente de la definición del problema y constituye el producto de la investigación. Es lo que se logra al terminar el trabajo

- Diseñar un sistema de gestión Integrado con base a las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018, aplicable al Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” con la finalidad de lograr estructurar los procesos de atención hospitalaria referido a la calidad y que ayuden a la alta dirección a gestionar la seguridad y salud en los trabajadores y pacientes

### **1.3.2. Objetivos específicos**

Están relacionados con el objetivo general e indican qué se logrará con el estudio de la investigación. A cada problema formulado corresponde un objetivo específico

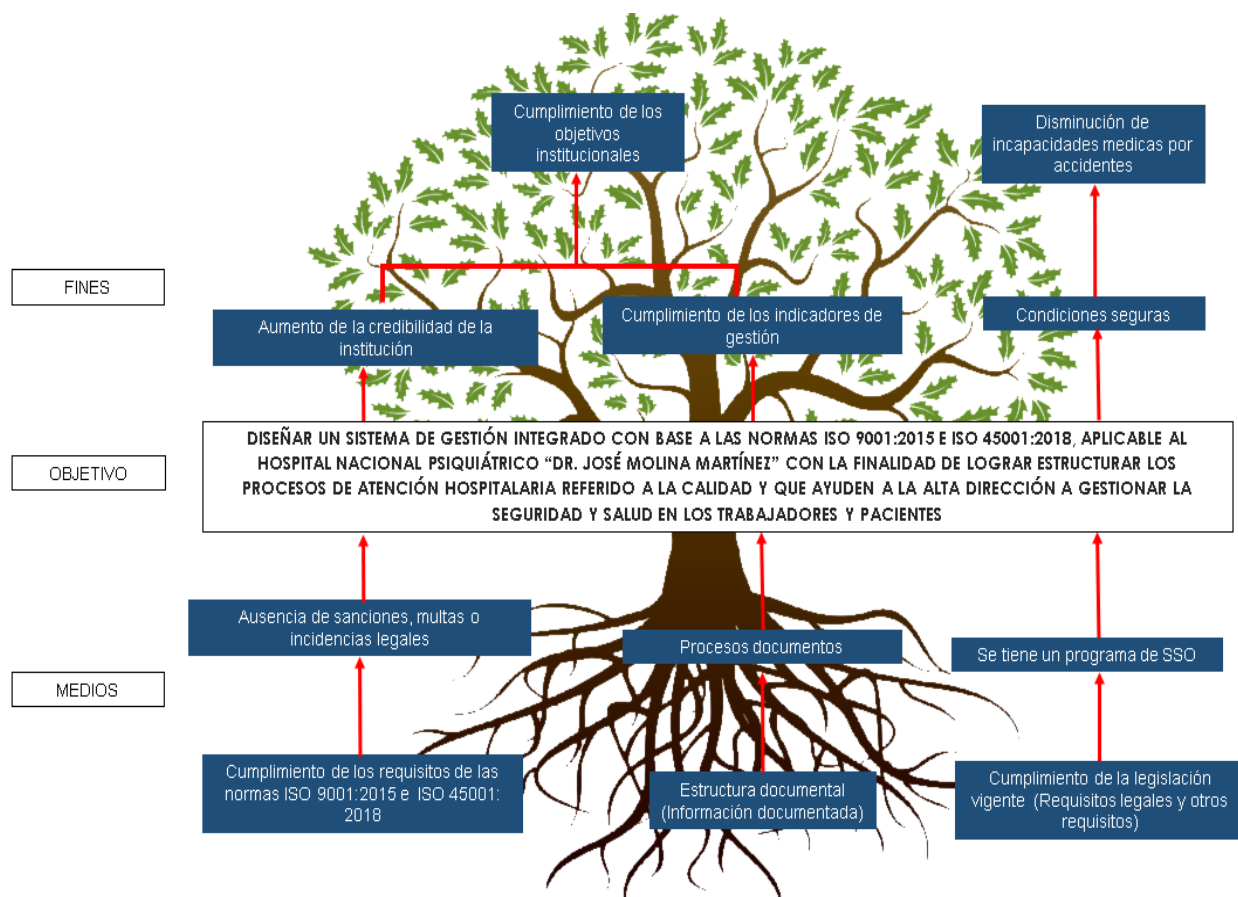
- Proponer la estructura documental ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 que apoye el diseño de un Sistema Integrado con base a los requisitos de las normas.
- Evaluar el nivel de cumplimiento de la norma ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 en la organización con base a la documentación existente.
- Determinar los requisitos de la norma ISO 45001:2018 y las disposiciones legales que contribuyen al cumplimiento de la legislación vigente

### **1.3.3. Árbol de Objetivos**

El árbol de objetivos es una técnica que se emplea identificar las distintas soluciones a la problemática que permite transformar las causas a medios y los efectos a fines, construido con base al árbol de problemas, en este sentido se define la siguiente estructura para su construcción:

- Parte superior: acá se ubican los fines relacionados con el objetivo principal planteado para la investigación
- Parte media: Se detalla el objetivo principal derivado que servirá como guía para brindar soluciones a la problemática planteada; pudiendo representar de manera gráfica que del centro puedan verse tanto de ramas (fines) como las raíces (medios).
- Parte inferior: se presentan los medios que servirán como base para la resolución del objetivo.

**Figura 5: Árbol de objetivos**



Fuente: elaboración propia

#### 1.4. Delimitación de la investigación

Toda investigación tiene límites y es aquello que pueda restringir el hacer generalizaciones a partir de los resultados, o son consecuencia de los retos no anticipados que surgieron durante la indagación. Para que el estudio sea efectivo, se establece dónde, cuándo y cuánto se va a investigar. En contenido del planteamiento del problema puede establecerse los límites del mismo y para este Trabajo de Graduación se considera la delimitación espacial y temporal.

##### 1.4.1. Delimitación espacial o geográfica y temporal

La investigación se desarrollará en las instalaciones del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez", Distrito de Soyapango, Municipio San Salvador Este, Departamento de San Salvador, en el período comprendido entre los meses de enero a agosto 2024.

**Figura 6:** Delimitación espacial o geográfica



Fuente: Adaptado de Open Street Map, (<https://www.openstreetmap.org/#map=18/13.71451/-89.13919>), 2024.

## 1.5. Justificación

Indica cómo los resultados traerán beneficios y la importancia para resolver la pregunta planteada de la investigación. El diseño de sistemas de gestión como herramienta para mejorar los procesos ayuda a dimensionar los recursos humanos y materiales necesarios para la implementación, el rol y el grado de compromiso que tendrá la alta dirección y toda la organización para llevar a cabo las exigencias que requieren para el cumplimiento de las normas en estudio.

Al diseñar un Sistema Integrado de Gestión con base a las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 generará la confianza como Hospital Nacional Psiquiátrico en sus procesos, procedimientos en la atención al usuario y las partes interesadas pertinentes.

El Sistema Integrado de Gestión, se espera que al hospital se le permita visualizar cómo puede mejorar la atención al usuario y brindar la seguridad y salud en el trabajo a sus colaboradores y pacientes de manera integrada de acuerdo a las normas de referencia. Esto ayudará a contar con una estructura de procesos actualizada, normalizada y documentada con el fin de asegurar la calidad de los servicios que brindan; además, busca garantizar la mejora continua a través del monitoreo y control por parte de la Unidad de Organizativa de la calidad y la alta dirección. Por lo anterior, se considera pertinente el diseño de un Sistema Integrado de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 y Seguridad y Salud en El Trabajo ISO 45001:2018; con el objetivo de mejorar la capacidad operacional y la confianza de los servicios que proporciona el Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”.

## **1.6. Formulación de hipótesis o supuestos**

La investigación responde al planteamiento del problema, las hipótesis o supuestos son sus respuestas tentativas y están relacionados con la sistematización del problema y los objetivos.

### **1.6.1. Hipótesis general**

La hipótesis es un enunciado presumible de la relación entre dos o más variables. Son explicaciones tentativas, oraciones afirmativas que responden a los objetivos y preguntas de investigación.

Las hipótesis proponen explicaciones tentativas del fenómeno para relacionar una respuesta a las preguntas del problema. La relación entre ambas (preguntas-hipótesis) es directa e íntima.

- El diseño de un sistema de gestión integrado del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”, facilitará el cumplimiento de los requisitos de la calidad y seguridad y salud en el trabajo.

### **1.6.2. Hipótesis específicas**

Las hipótesis particulares o específicas. Son aquellas que se desprenden lógicamente de la hipótesis general en una investigación determinada. Resultan ser respuestas a problemas de investigación específicos o particulares.

- La estructura documental con base a ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 apoyará el diseño del sistema de gestión integrado.
- El grado de cumplimiento actual de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 será mayor al 30 %.
- La determinación de los requisitos de la norma ISO 45001:2018 y las disposiciones legales contribuirá al cumplimiento de la legislación vigente.

## **1.7. Variables de investigación**

En las hipótesis o supuestos hay implícita una relación no necesariamente causa-efecto entre las variables y atributos que se miden estadísticamente (hipótesis) o se argumentan cualitativamente (supuestos). Las variables se utilizan para designar cualquier característica o cualidad de la unidad de observación.

Para el diseño del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad y Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo según ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018, se han determinado las siguientes variables de investigación, detallando en la matriz de operacionalización de variables que orienta la ejecución de todo el proceso de investigación.

**Tabla 2:** Matriz de Variables de Investigación

Operacionalización y conceptualización de variables					
#	variables	Conceptualización	Medición	Indicadores	Formula
1	Requisitos conformes a ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018	Cumplimiento de necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria (ISO 9000:2015, 3.6.4, p.19)	Cuantitativos	Porcentaje de cumplimiento de los requisitos de las normas (% CRN)	$\% CRN = \frac{\# \text{ de requisitos cumplidos}}{\# \text{ de requisitos del sistema}} * 100$
2	Estructura documental (Información documentada)	Información documentada: información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene. (ISO 9000:2015, 3.8.6, p.24)		Porcentaje de documentos conforme al Sistema de Gestión. (% DCS)	$\% DCS = \frac{\# \text{ documentos conformes al sistema}}{\text{Total de documentacion del sistema}} * 100$
3	Cumplimiento de la legislación vigente (Requisitos legales y otros requisitos)	Requisitos legales que una organización tiene que cumplir y otros requisitos que una organización tiene que cumplir o que elige cumplir. Nota 1 a la entrada: Para los propósitos de este documento, los requisitos legales y otros requisitos son aquellos que son pertinentes para el sistema de gestión de la SST. (ISO 45001:2018, 3.9, p. 3)		Porcentaje cumplimiento de la legislación vigente. (%CLV)	$\% CLV = \frac{\# \text{ requisitos legales conformes}}{\text{Total de requisitos legales de cumplimiento}} * 100$

Fuente: elaboración propia

## **1.8. Matriz de consistencia de marco referencial**

La matriz de consistencia de marco referencial se encuentra en el **Apéndice 2**, es una tabla que declara las concordancias entre cada una de las partes y componentes o elementos que constituyen un proyecto de investigación fundamentado sintéticamente en el marco de referencia

## **1.9. Fundamentos éticos**

Cuando se realizó la propuesta del tema de estudio al Director del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”, el Director en funciones recibe el anteproyecto de trabajo de estudio y da el visto bueno para que sea evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Salud; conforme a los principios del “MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD”

Dentro del ramo de salud en El Salvador se cuenta en los hospitales públicos con los comités de Ética de Investigación en Salud, los cuales velan por controlar todos los ensayos e investigaciones en curso referente al ramo de la salud pública; por lo tanto, todo protocolo de investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio.

La propuesta de investigación y su ejecución se rige en los principios éticos de la organización de estudio y la Universidad de El Salvador, toda información y documentación que se recolecte para la investigación se utilizará con fines del desarrollo del proceso del estudio, respetando los principios científicos y éticos.

### **1.9.1. Originalidad del estudio y exigencia crítica**

Dentro de las investigaciones formales existe un componente ético centrado en la originalidad del estudio a realizar y con esto entendiendo que debe ser novedoso, ya sea en cuanto a objeto de la misma, la técnica utilizada, la población que se toma como base o bien superar exploraciones previas para buscar la solución de problemas.

Dentro del estudio se propone el diseño de un sistema integrado de gestión para el Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” el cual es referente a nivel nacional en la rama de psiquiatría dentro de la red de hospitales nacionales en donde las iniciativas juegan un rol de vital importancia, ya que fortalecería la calidad del servicio prestado a la población y sus partes interesadas alcanzarían nuevos niveles de confianza en la institución.

En cuanto a la integración de los sistemas de gestión no solo se buscaría el levantamiento de la

documentación de acuerdo a las normas de referencia sino también con respecto al marco legal establecido por el gobierno de la Republica de El Salvador en cuanto a salud y seguridad en el trabajo dentro de las instalaciones de la organización.

### **1.9.2. Propiedad intelectual**

Dentro de la propiedad intelectual está el derecho de autor, todo investigador está en la obligación de respetar lo que otros autores han investigados con base a la “LEY DE PROPIEDAD INTELECTUAL”, considerado en el art. 6. El derecho moral del autor es imprescriptible e inalienable... (LEY DE PROPIEDAD INTELECTUAL, octubre 2, 2020, Diario Oficial, El Salvador) Si se utilizare una información que es propiedad de otra persona se realizará las referencias completas. Si no se cumple con este requisito, cae en ilegalidad, porque estaría violando la Ley de Propiedad Intelectual, cometiendo el plagio académico.

En el proceso de esta investigación se tomará en cuenta los derechos de autor de Investigaciones previas, material bibliográfico de referencia, marco normativo y otros; referenciándolo respectivamente.

Solo se utilizará fuentes confiables de referencias en este trabajo de investigación.

### **1.9.3. Consentimiento informado de resultados investigativos**

En la investigación realizada desde el inicio se dio a conocer al sujeto de estudio que la información y los resultados obtenidos de la investigación serian publicados por la Universidad de El Salvador y a través de la Coordinación de la Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad (MASIG) se emitió una carta para comunicarle a la institución, donde se informa que el trabajo final obtenido será de dominio público.

### **1.10. Viabilidad del trabajo de graduación**

El Trabajo de Graduación reúne las características de su viabilidad real de ser ejecutado con los recursos disponibles (humanos, materiales y financieros).

Donde los maestrantes egresados MASIG aceptan estar de acuerdo con el tiempo planificado para la elaboración del estudio; esto permite anticipar y prevenir los posibles riesgos o dificultades que puedan afectar el desarrollo del proyecto.

#### **1.10.1. Viabilidad técnica**

La viabilidad técnica la emiten los miembros del Trabajo de Graduación, a través de una carta donde se comprometen a ser los responsables directos, con suficiente competencia y experticia

técnica, comprometidos a desarrollar y finalizar el estudio en el plazo establecido.

### **1.10.2. Viabilidad del consentimiento informado sujeto de estudio**

En el caso del hospital la otorgó el Comité de Investigación y Ética en Salud del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”, por medio de una carta dirigida a la coordinación MASIG, en donde dan a conocer que están plenamente conscientes que la información y los resultados del estudio serán de dominio público a través de los medios bibliotecarios de la Universidad de El Salvador.

### **1.10.3. Viabilidad metodológica**

La coordinación MASIG emitirá un dictamen de aprobación del Anteproyecto de Trabajo de Graduación en el cual se avala la coherencia entre la metodología, los objetivos y el problema planteado, al igual que la viabilidad en el tiempo y costo del estudio.

### **1.11. Dificultades y limitaciones (Preliminares)**

Las dificultades y limitaciones preliminares que se puedan dar en un trabajo de graduación vienen dadas por factores del diseño o metodológicos que influyen en la interpretación de los resultados. La Dirección del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”, junto a la jefatura de la Unidad Organizativa de la Calidad, han proporcionado la autorización y apoyo para llevar a cabo el trabajo de investigación.

La única limitación que se encuentra actualmente es tener el visto bueno del anteproyecto por parte del Comité de Investigación y Ética del hospital.

Una de las variables que se deben considerar es el factor económico por parte de los maestrantes para poder dar continuidad al proceso del desarrollo del trabajo de graduación.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Representa un primer vistazo al tema de investigación a partir de una revisión bibliográfica de diferentes autores y fuentes, valiéndose de investigaciones previas y conceptos que sustentan el estudio a realizar. Esto es posible detallando antecedentes tanto a nivel nacional como a nivel internacional sobre la temática, definiciones relevantes y repetitivas dentro del trabajo a realizar, además de la información relacionada de los Sistemas Integrados de Gestión y las normas en estudio (ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018) y las generalidades del rubro de la institución de acuerdo con la problemática existente en el Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez.

### 2.1. Marco de antecedentes

En este apartado se encuentran resultados de investigaciones anteriores relacionadas con el sujeto de estudio (Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”), en donde estas pueden variar tanto en el ámbito nacional como internacional.

Siendo el hospital una institución pública la cual no está certificada bajo los estándares de un Sistema de Gestión ISO 9001:2015 ni ISO 45001: 2018, pero cuenta con una serie de procedimientos y herramientas que procuran generar un registro de las actividades dentro del quehacer hospitalario diario en la institución. Dentro del territorio salvadoreño no se encuentra ninguna organización dentro del rubro de psiquiatría que haya logrado la certificación bajo estas normativas.

#### 2.1.1. Antecedentes nacionales

Dentro de los antecedentes nacionales encontrados se ha logrado establecer una búsqueda de trabajos de grado y posgrado de investigación relacionados al rubro hospitalario del entorno salvadoreño. Los trabajos de investigación encontrados tienen el enfoque de la implementación o diseño de sistemas de gestión basado en las normas ISO 9001:2015 (Sistema de Gestión Calidad) e ISO 45001:2018 (Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo) de manera parcial; no se logró encontrar trabajos de investigación que tuvieran un sistema integrado de las normas a las que se hace referencia, ni estudios desde la perspectiva psiquiatría en específico.

- Estrada Regalado, Blanco Domínguez y Amaya Figueroa (2018), declaran en su tesis: ***“Implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma***

- ISO 9001:2015 Para el proceso de atención de emergencia obstétrica del Hospital Materno Infantil Primero de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)**” para optar a Maestría Gestión de la Calidad; mencionan las organizaciones del rubro hospitalario necesitan de la transformación de sus procesos, lo cual se ven en la necesidad de que adopten estándares internacionales en materia de calidad y en este sentido han tomado como base la Norma ISO 9001:2015, ya que cuenta con un enfoque basado en procesos, incorporando el ciclo PHVA y el pensamiento basado en riesgos. Para tal caso se enfocan en el Hospital Materno Infantil Primero de Mayo del ISSS, el cual presenta una propuesta de implementación de un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2015 para el proceso de atención de emergencia obstétrica que permitan un servicio más eficiente, seguro, confiable y de calidad, que abone a una mayor satisfacción a la mujer embarazada atendida en las instalaciones y demás derechohabientes.
- Desde la perspectiva de los Investigadores Chávez Molina, P. M., Peralta Santamaría, A. del C., y Soto de Zeledón, J. G. (2017). en su tesis: ***Diagnóstico del área de enfermería de la unidad de emergencia del hospital nacional “Dr. Juan José Fernández” Zacamil (HNZ), a partir de la formulación de una herramienta para la evaluación de los riesgos laborales.*** Para optar a la maestría de Gestión de la Calidad de la Universidad Don Bosco. Con base a la evaluación del cumplimiento de los aspectos legales (Decreto No. 89 REGLAMENTO GENERAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LOS LUGARES DE TRABAJO) por parte del Hospital Nacional Zacamil, se evidencia que los aspectos relacionados a riesgos psicosociales (0%), Riesgos ergonómicos (0%), Disposiciones generales sobre el control de riesgos (33.33%), riesgos biológicos (43.48%) y manejo manual y mecánico de cargas (50%), son los aspectos con menor cumplimiento legal del Decreto No. 89 RGPRLT, donde el Hospital deberá enfocar mayormente los esfuerzos en el desarrollo de planes de acción para el cumplimiento de este requisito legal.
  - Landaverde Rosales y Mejía Nuila (2020) presentan en su tesis: ***“Consultoría sobre la formación de una estructura documental de la gestión de calidad, según la***

**norma ISO 9001-2015 para el Programa de Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA) del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), El Salvador.”** para optar a Maestría de Consultoría Empresarial de la Universidad del Salvador, una propuesta documental para implementar un Sistema de Gestión de Calidad en donde definen una herramienta de evaluación utilizando los 10 apartados de la norma para conocer el nivel de madurez del SGC, los resultados obtenidos y otras herramientas utilizadas como Análisis FODA y generar un diagnóstico de la situación actual con el objetivo de iniciar con la implementación del sistema.

- Argueta, A. M., y Martínez, M. Y., (2017). **“Gestión por procesos en la calidad de atención que se brinda a los usuarios del servicio de medicina del Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque”**: Los análisis de los procesos de la organización se describen y desarrollan los planes de actuación en cuanto a los análisis cuantitativos y cualitativos del estado actual según su evaluación y supervisión de los procesos en los diferentes estadios por los que pasa un proceso desde su implementación. La metodología incorpora las técnicas, herramientas y la descripción de las áreas involucradas; así como, los recursos y cómo se realiza la incorporación de éstos en la implementación. El análisis conlleva cuatro subetapas: Establecer prioridades de los procesos a cambiar, analizar los procesos de la organización, orientar a la organización en la formulación de tareas por procesos y desarrollar una metodología con objeto de implantar los conceptos de reingeniería. (p. 118)
- Gutiérrez Teo, M. M., Castro Rodríguez, O. A. (2021); Urías Rivas, M. J. en su trabajo de graduación. **“Diseño de un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo basado en la norma ISO 45001 para la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador”** En el desarrollo de este trabajo se presenta una perspectiva de los antecedentes del estudio, esto hace referencia a la parte legal y normativa del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional, y los registros de accidentes laborales ocurridos en la Facultad de Odontología.

Con base en los antecedentes de estudios donde se identificaron los riesgos por medio de una caracterización de cada una de las áreas que se encuentran dentro de

los límites de la facultad, dentro del análisis de los resultados se obtuvo el incumplimiento de:

- a) Los reglamentos salvadoreños relacionados a la seguridad y salud ocupacional.
- b) La normativa según ISO 45001.

Los hallazgos les permitió desarrollar el Diseño del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para la Facultad de Odontología, dicho sistema propone una estructura ordenada que cumpla:

- a) Con requisitos legales el programa de seguridad y salud ocupacional que pide la Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo.
- b) Los requisitos de la norma ISO 45001, donde se establece la política del sistema la cual será aplicada por la Alta Dirección de la Facultad, al mismo tiempo se evalúa el cumplimiento de la parte legal, organizado a través de la Política del Sistema, Manuales, Procedimientos, Formularios, Planes y Programas que lo integran.

### **2.1.2. Antecedentes internacionales.**

En los antecedentes internacionales se encuentran trabajos de investigación pregrado y posgrado relacionados al rubro hospitalario con sistemas parciales y sistemas integrados con base a las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018; en el sector de salud mental no se ha encontrado trabajos relacionados al sujeto de estudio.

- Mercader Alarcón (2021), en su tesis: ***“Implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad con base a la norma ISO 9001:2015 En una unidad de cuidados intensivos quirúrgica”*** para optar a Doctorado en Ciencias de la Enfermería; mencionan que los sistemas de Gestión de Calidad son fundamentales para la mejora de los servicios en los sistemas sanitarios modernos, en este sentido el Hospital General Universitario de Elche en España ha buscado mejorar la calidad asistencial en la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica mediante la implementación de un SGC bajo la Norma ISO 9001:2015, disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica, controlando los riesgos asociados a los procesos asistenciales para proporcionar un servicio de la más alta calidad para la satisfacción de las necesidades de los y expectativas de los pacientes.

- Ledesma Alférez, K. S., y Pérez Arcila, A. (2019), En su trabajo de graduación **“Sistema integrado de gestión para una clínica de mediana y alta complejidad del municipio de Tuluá”**; de la Unidad Central del Valle del Cauca (institución pública de educación superior); establece, estructurar el sistema integrado de gestión ISO 9001:2015, 14001:2015 y 45001:2018 en una clínica de mediana y alta complejidad con base en normas actuales, con la finalidad de alinear y estandarizar los procesos.
- Acero Giraldo y Farías Barrios (2018), en su tesis: **“Modelo de adecuación del Sistema Integrado de Gestión para la Mejora de la Calidad en la Planta de Tratamiento de Agua de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins”** para optar al Grado Académico de Maestro en Gerencia de la Calidad y Desarrollo Humano menciona de la Universidad Nacional del Callao en Perú; presentan un planteamiento elaborado en función a las expectativas de los trabajadores, el compromiso de la alta dirección y las competencias de los trabajadores adecuados a un sistema integrado de gestión incluyendo las normas ISO 9001:2008; ISO 14001:2004 y OHSAS 18001:2007, incorporando los requisitos que deben cumplir en los procedimientos y la estrategia para la implementación.
- Medina Rojas (2019), en su tesis titulada **“Sistema Integrado de Gestión y su relación con la Calidad del Servicio de Salud en la Clínica San Lorenzo SRL. Cajamarca, 2016”** para optar al grado académico de Maestro en Salud Ocupacional de la Universidad Alas Peruanas de Perú; busca determinar la relación que existe entre la implementación del sistema integrado de gestión de las Normas Técnicas Colombianas NTC ISO 9001, NTC ISO 14001 y NTC OHSAS 18001, que mejore la calidad del servicio de salud contribuyendo a mejorar la buena imagen del centro del consultorio a través de la gestión del gerente, la gestión de procesos y la gestión de recursos en la institución.

## **2.2. Marco conceptual**

Dentro de este marco se busca la conceptualización del problema a través de términos comunes y necesarios para emprender la investigación, en donde se muestran conceptos relacionados con el rubro, normas de referencia, y términos clave que permiten la comprensión del tema.

### **2.2.1. Definiciones referentes a las características del sujeto de estudio**

Para entender las características del sujeto de estudio, es fundamental realizar un análisis profundo de las definiciones que permitan establecer un acercamiento más claro y comprensivo con el ámbito de los hospitales nacionales. Este proceso implica no solo conocer las características específicas de los hospitales en términos de su estructura, sino también entender el contexto en el que operan dentro del sistema de salud nacional. Así como las diferentes especialidades a las que se tiene acceso en el entorno salvadoreño

**Tabla 3: Categorización de Hospitales a Nivel Nacional**

<b>Según nivel de atención</b>	<b>Primer Nivel</b>	Unidades Comunitarias de Salud Familiar y FOSALUD	
	<b>Segundo Nivel</b>	<b>Básicos</b>	<p>Son el apoyo inmediato a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, atienden los cuatros especialidades básicas: Medicina interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecobstetricia</p> <p>Hospital Nacional de Chalchuapa, Santa Ana. Hospital Nacional "Arturo Morales" de Metapán, Santa Ana. Hospital Nacional de Nueva Concepción, Chalatenango. Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro" de San Bartolo, San Salvador. Hospital Nacional de Suchitoto, Cuscatlán. Hospital Nacional "Dr. José Luis Saca" de Ilobasco, Cabañas. Hospital Nacional de Jiquilisco, Usulután. Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, San Miguel. Hospital Nacional "Monseñor Oscar A. Romero y Galdámez" de Ciudad Barrios, San Miguel. Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, La Unión. Hospital Nacional "Dr. Jorge Arturo Mena" de Santiago de María, Usulután.</p>
		<b>Departamentales</b>	<p>Se ubican en las cabeceras departamentales con mayor concentración de población tienen mayor capacidad de respuesta en cuanto a especialidades, infraestructura y tecnología.</p> <p>Hospital Nacional "Dr. Francisco Menéndez", Ahuachapán. Hospital Nacional "Dr. Jorge Mazzini Villacorta", Sonsonate. Hospital Nacional "San Rafael" de Santa Tecla, La Libertad. Hospital Nacional "Dr. Luis Edmundo Vásquez", Chalatenango. Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" de Zacamil, Mejicanos, San Salvador. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" de Cojutepeque, Cuscatlán. Hospital Nacional "San Jerónimo Emiliani", Sensuntepeque, Cabañas. Hospital Nacional "Santa Teresa" de Zacatecoluca, La Paz. Hospital Nacional "Santa Gertrudis", San Vicente. Hospital Nacional "San Pedro", Usulután. Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" de San Francisco Gotera, Morazán. Hospital Nacional de La Unión, La Unión. Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" de Soyapango, San Salvador. Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña", San Salvador.</p>

		<b>Regionales</b>	Proveen atención de salud ambulatoria de las diferentes especialidades con que cuentan, constituyen el centro primario de referencia y hospitalización de la Región respectiva, en las cuatro especialidades básicas y en otras de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de responsabilidad	Hospital "San Juan de Dios", San Miguel. Hospital "San Juan de Dios", Santa Ana.
	<b>Tercer nivel</b>	<b>De referencia nacional</b>	Cuentan con servicios de alta complejidad y son de referencia Nacional	a) Pediátrico: Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, el cual cuenta con especialidades médicas y quirúrgicas destinadas a la atención de la población de cero a doce años, y en casos especiales que defina un lineamiento específico, hasta dieciocho de años de edad. b) Gineco-Obstétrico: Hospital Nacional de La Mujer "María Isabel Rodríguez", el cual cuenta con especialidades para la atención Materno-Neonatal y sus subespecialidades. c) Especializado para la atención de la adultez y adolescencia: Hospital Nacional Rosales, cuenta con la atención en especialidades médico-quirúrgicas, destinadas a la atención de la población mayor de doce años de edad.
<b>Hospitales Escuela</b>	Son aquellos que realizan formación de especialistas, bajo la conducción del hospital y a partir de los Convenios que suscriba el MINSAL con Instituciones Educativas en el área de la salud. Con la finalidad de preparación y especialización en las áreas de la salud, algunos de los Hospitales de segundo y tercer nivel, podrán ser Hospitales Escuela			Hospital Nacional "Rosales", San Salvador. Hospital Nacional de la Niñez "Benjamín Bloom", San Salvador. Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez", San Salvador. Hospital "San Juan de Dios", San Miguel. Hospital "San Juan de Dios", Santa Ana. Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" de Soyapango, San Salvador. Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" de Zacamil, Mejicanos, San Salvador. Hospital Nacional "San Rafael" de Santa Tecla, La Libertad. Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña", San Salvador.

Fuente: Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud de El Salvador (2017)

- a) **Segundo Nivel de Atención:** "El Segundo Nivel de Atención está constituido por los Hospitales Nacionales Generales y los Hospitales Nacionales Regionales, los cuales dependen jerárquicamente de la Dirección Regional." (Reglamento de la Ley del Sistema Básico de Salud Integral, 2006, Artículo 11)
- b) **Salud Mental:** "se emplea en referencia al bienestar psicológico y las intervenciones de salud mental tienen por objeto mejorar el bienestar psicológico reduciendo los niveles de sufrimiento psicológico, mejorando el funcionamiento cotidiano y proporcionando estrategias de afrontamiento eficaces." ( Comité Internacional de la Cruz Roja, 2019)

- c) **Programas de salud mental y apoyo psicosocial:** “hacen referencia a una amplia gama de intervenciones que abordan las dificultades psicológicas y psicosociales que pueden ser provocadas o empeoradas por los contextos de violencia. Las necesidades psicosociales y de salud mental están íntimamente ligadas entre sí, por lo que cualquier intervención eficaz debe abordar ambos componentes.” ( Comité Internacional de la Cruz Roja, 2019)
- d) **Alta hospitalaria:** “momento en el cual el profesional médico autoriza a un paciente hospitalario que se encuentra internado o recibiendo tratamiento, en las instalaciones de salud públicas o privadas, para que pueda continuar su tratamiento fuera de las mismas e incorporarse a sus actividades habituales o queda en situación de discapacidad temporal o permanente.” (Ministerio de Salud de El Salvador, 2022, pág. 48)
- e) **Emergencia:** “es toda situación urgente en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano. Es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial.” (Ministerio de Salud de El Salvador, 2022, pág. 48)
- f) **Atención ambulatoria:** “En general, un servicio ambulatorio es cualquier atención médica que se brinda a pacientes fuera de un hospital. Sin embargo, ciertos servicios realizados dentro de los hospitales todavía se clasifican como pacientes ambulatorios. Estos incluyen centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios, servicios de imágenes y estado de observación dentro de un hospital.” (Ministerio de Salud de El Salvador, 2022, pág. 48)
- g) **Atención segura del paciente:** “La seguridad del paciente implica la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención sanitaria, en particular, la reducción a un mínimo aceptable, de los riesgos de daños innecesarios relacionados con la atención de salud. Un mínimo aceptable alude a las nociones colectivas de los actuales conocimientos, los recursos disponibles y el contexto en el que se dispensa la atención, sopesados con respecto al riesgo de no dispensar ningún tratamiento o dispensar otro diferente”. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

### 2.2.2. Definiciones referentes a los sistemas de gestión

- a) **Gestión integrada:** “Parte de la gestión general de la organización que determina y aplica la política integrada de gestión. Surge de la integración de las gestiones de la calidad y otros sistemas de gestión.” (UNE 66177, 2005, p. 5).
- b) **Integración:** “Unificación de dos o más políticas, conceptos, corrientes, etc., divergentes entre sí, fusionándolos en una sola que las sintetice.” (UNE 66177, 2005, p. 5)
- c) **Integración de los elementos comunes:** “Integración de los elementos de gestión de las normas de referencia implicadas en los sistemas a Integrar, en lo que se refiere a documentación aplicable e implementación de los mismos.” (UNE 66177, 2005, p. 5)
- d) **Mapa de procesos:** “Representación gráfica de la secuencia e interacción de los diferentes procesos que tienen lugar en una organización, es una herramienta para la evaluación de los procesos de trabajo, contribuye a hacer visible el trabajo que se lleva a cabo en una organización, a través de la identificación de procesos estratégicos, claves y de soporte.” (UNE 66177, 2005, p. 5)
- e) **Mejora continua:** “Actividad recurrente para mejorar el desempeño de la organización mediante el establecimiento de objetivos e identificando oportunidades para la mejora de los procesos determinando acciones preventivas y correctivas, y se fundamenta en la aplicación del Ciclo de Deming o ciclo PHVA.” (ISO 9000, 2015, p. 14)
- f) **Parte interesada:** “Persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por una decisión o actividad.” (ISO 9000, 2015, p. 12)
- g) **Proceso:** “Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto que se puede denominar salida, producto o servicio. Los procesos en una organización generalmente se planifican y se realizan bajo condiciones controladas para agregar valor.” (ISO 9000, 2015, p. 15)
- h) **Procedimiento:** “Forma especificada de llevar a cabo una actividad o un proceso ISO”. (ISO 9000, 2015, p. 16).
- i) **Requisito:** “Término común y fundamental para las normas de sistemas de gestión, es la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria; un tipo específico de requisito, puede ser, requisito de un producto, requisito de la gestión de la calidad, requisito del cliente, requisito de la calidad. (ISO 9000, 2015, p. 26)
- j) **Trabajador:** “Persona que realiza trabajo o actividades relacionadas con el trabajo que están bajo el control de la organización. (ISO 45001, 2018, p. 2)

- k) **Contratista:** “Organización externa que proporciona servicios a la organización de acuerdo con las especificaciones, términos y condiciones acordados.” (ISO 45001, 2018, p. 3).
- l) **Lesión y deterioro de la salud:** “Efecto adverso de la condición física, mental o cognitiva de una persona, incluyendo enfermedad profesional, enfermedad común y muerte.” (ISO 45001, 2018, p. 5)
- m) **Peligro:** “Fuente con un potencial de causar lesiones y deterioro de la salud.” (ISO 45001, 2018, p. 6).
- n) **Riesgo de seguridad y salud en el trabajo:** “Combinación de la probabilidad de que ocurran eventos o exposiciones peligrosos relacionados con el trabajo y la severidad de la lesión y deterioro de la salud que pueden causar los eventos o exposiciones.” (ISO 45001, 2018, p. 6)
- o) **Riesgo psicosocial:** “combinación de la probabilidad de que se produzca una exposición a peligros de naturaleza psicosocial relacionados con el trabajo y la gravedad de las lesiones y los problemas de salud que pueden causar estos peligros.” (ISO 45003:2021, p. 1)
- p) **Sistema de Gestión de la Calidad (SGC):** “Elementos interrelacionados para establecer políticas, objetivos, procesos y el grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos.” (ISO 9000, 2015, p. 17)
- q) **Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo:** “Parte de un sistema de gestión utilizado para alcanzar la política de la SST, cuyos resultados previstos son prevenir lesiones y deterioro de la salud a los trabajadores y proporcionar lugares de trabajo seguros y saludables.” (ISO 45001, 2018, p. 4).
- r) **Sistema Integrado de Gestión (SIG):** “Conjunto formado por la estructura de la organización, las responsabilidades, los procedimientos, los procesos y los recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión integrada de los sistemas.” (UNE 66177, 2005, p. 6)
- s) **Participación:** “Acción y efecto de involucrar en la toma de decisiones, que incluye el comprometer a los comités de seguridad y salud y a los representantes de los trabajadores, cuando existan”. (ISO 45001:2018, p. 3)
- t) **Consulta:** “búsqueda de opiniones antes de tomar una decisión, incluye el comprometer a los comités de seguridad y salud y a los representantes de los trabajadores, cuando existan.” (ISO 45001:2018, p. 3)

- u) **Lugar de trabajo:** “lugar bajo el control de la organización donde una persona necesita estar o ir por razones de trabajo” (ISO 45001:2018, p. 3)
- v) **Objetivo de la seguridad y salud en el trabajo objetivo de la SST:** “establecido por la organización para lograr resultados específicos coherentes con la política de la SST” (ISO 45001:2018, p. 5)
- w) **Política de la seguridad y salud en el trabajo política de la SST:** “política para prevenir lesiones y deterioro de la salud relacionados con el trabajo a los trabajadores, y para proporcionar lugares de trabajo seguros y saludables” (ISO 45001:2018, p. 5)
- x) **Oportunidad para la seguridad y salud en el trabajo:** oportunidad para la SST “circunstancia o conjunto de circunstancias que pueden conducir a la mejora del desempeño de la SST” (ISO 45001:2018, p. 6).
- y) **Desempeño de la seguridad y salud en el trabajo desempeño de la SST:** “relacionado con la eficacia de la prevención de lesiones y deterioro de la salud para los trabajadores y de la provisión de lugares de trabajo seguros y saludables” (ISO 45001:2018, p. 7).
- z) **Incidente:** “suceso que surge del trabajo o en el transcurso del trabajo que podría tener o tiene como resultado lesiones y deterioro de la salud” (ISO 45001:2018, p. 9).
- aa) **Accidente:** “se denomina a un incidente donde se han producido lesiones y deterioro de la salud” (ISO 45001:2018, p. 9).

### 2.3. Marco de teoría fundamental

Se entiende como un conjunto de planteamientos teóricos, relacionados el tema de investigación, siendo una descripción detallada de cada uno de los elementos esenciales del capítulo II, conforme a las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018, como dos sistemas integrados de gestión.

#### 2.3.1. Normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018

Ambos comparten la estructura de alto nivel por lo que sus capítulos son idénticos en su totalidad, pero con particularidades dentro de la disposición en cada uno de sus apartados, las cuales se establecen a continuación:

- **Origen y evolución de la norma ISO 9001**

Esta norma es una de las más conocidas y con referencia a nivel mundial, siendo la

que dio comienzo a toda la familia de normas ISO, siendo utilizada por muchos rubros y una gran diversidad de organizaciones para las cuales se ha vuelto una herramienta eficaz para la alta dirección donde se crea transparencia y claridad en los procesos.

Sus orígenes se remontan al Reino Unido donde nace la primera norma de gestión la cual era conocida como BS 5750 (desarrollada por BSI en 1975), esta norma fue tomada como base por ISO para la creación de la norma que en 1985 fue nombrada como ISO 9001 pero su publicación oficial se dio en 1987.

ISO 9001:1987: en este año surge la serie ISO 9001 en 3 modelos:

- ISO 9001: Modelo para el aseguramiento de la calidad en el desarrollo, diseño servicio, producción e instalación.
- ISO 9002: Modelo para el aseguramiento de la calidad en la producción, servicio e instalación
- ISO 9003: Modelo para el aseguramiento de la calidad en inspecciones y pruebas

ISO 9001:1994: Se realizó la primera revisión de las normas donde se hicieron ajustes menores los cuales no fueron significativos, pero en función de la importancia de lo que supone la generación de nuevas versiones y la adaptación de estas a la realidad de la época supone un paso importante para el desarrollo y popularidad de la norma.

ISO 9001:2000: Esta revisión supuso un cambio significativo y fundamental donde las tres normas que anteriormente se venían manejando se fusionaron en una sola, además, se pasó de “Aseguramiento de la calidad” como en principio se conocía a “Gestión de la Calidad”, otra novedad fue una mayor atención a la satisfacción del cliente además de permitir excluir requisitos que no eran aplicables a los procesos de organizaciones

ISO 9001:2008: Se introduce la cuarta edición de la norma en la que no tuvo cambios significativos ya que fueron dirigidos a facilitar la aplicabilidad en un entorno organizacional, además de incluir conceptos como negocio, entorno de negocio y riesgos asociados.

ISO 9001:2015: Se adapta la estructura de alto nivel, donde todas unifica una configuración común en cuento a texto, apartados, definiciones para algunas normas de la familia ISO. Además, de inclusiones como: del concepto “Contexto de la organización” hablando del entorno

interno y externo; la consideración de las partes interesadas, la responsabilidad de la alta dirección con respecto al sistema; el enfoque basado en riesgos.

**Tabla 4:** Resumen de la norma ISO 9001:2015

<b>Resumen de la norma ISO 9001:2015</b>	
<b>Capítulo</b>	<b>Descripción</b>
1. Objeto y campo de aplicación	En este apartado se especifican las principales finalidades de la norma teniendo como centro la capacidad para proporcionar productos y servicios de acuerdo a los requisitos del cliente y las regulaciones vigentes; además, el aumento de la satisfacción del cliente por medio de la aplicación eficaz del sistema.
2. Referencias normativas	Las referencias como norma de consulta a la ISO 9000:2015
3. Términos y definiciones	Al igual que el capítulo anterior hace referencia a la ISO 9000:2015 en donde se detallan todos aquellos conceptos que se relacionan con el sistema y su funcionamiento, por los cuales es posible entender el documento.
4. Contexto de la organización	Detalla el abordaje de las cuestiones internas y externas que afectan o benefician la capacidad de generar resultados además de las partes interesadas que se verían perjudicadas o favorecidas y los requisitos de las mismas, la estructuración del alcance y la definición de la interacción de los procesos dentro del sistema.
5. Liderazgo	Acá se detallan aspectos como el liderazgo y compromiso de la organización en donde la alta dirección juega un papel principal para el funcionamiento del sistema con enfoque al cliente; además, aspectos como la elaboración de la política, la comunicación de la misma, la cual debe de entenderse y aplicarse dentro de la organización. Y, finalmente, establecer los roles, responsabilidades y autoridades dentro de la organización para que asuman sus funciones dentro del SGC.
6. Planificación	Dentro de la planificación, el abordaje de los riesgos y oportunidades en la interacción de los procesos toma un papel en el que se trate de asegurar que el sistema pueda lograr los resultados previstos y aumentar los efectos deseados, prevenir los no beneficiosos, y lograr

<b>Resumen de la norma ISO 9001:2015</b>	
<b>Capítulo</b>	<b>Descripción</b>
	<p>la mejora por medio de acciones que puedan ser evaluadas para medir el impacto potencial de la conformidad de los productos y servicios.</p> <p>La estructura de los objetivos del SGC y la planificación para lograrlos incluyendo lo que se va hacer, los recursos a utilizar, el responsable, la finalización y la forma de evaluarlos.</p> <p>A la vez, la organización, a través del sistema determina cambios y detalla lo necesario a considerar, manteniendo la integridad del sistema, la disponibilidad de recursos, la posible reasignación de responsabilidades, el propósito y las consecuencias.</p>
7. Apoyo	<p>Determina la disponibilidad y las necesidades de los recursos como personas, infraestructura, ambiente para la operación de los procesos, medición y seguimiento.</p> <p>Además, es de relevancia la competencia necesaria del personal que afecta el desempeño y la eficacia del sistema de gestión, la toma de conciencia, la comunicación a las partes interesadas pertinentes; y finalmente, el manejo de la información documentada abarcando desde la creación, siguiendo por el control y finalizando con la actualización.</p>
8. Operación	<p>Dentro de esta se incluyen la definición de la planificación y control de la operación en el cual se debe planificar, mantener los procesos de acuerdo a los requisitos de los productos y servicios.</p> <p>Dentro de estos procesos se debe incluir la innovación y el desarrollo de los mismos teniendo en cuenta su planificación, las entradas, controles, salidas y cambios teniendo en cuenta los servicios suministrados de manera externa y los requisitos para la producción y provisión, la liberación y finalmente el control de las salidas no conformes.</p>
9. Evaluación del desempeño	<p>Detalla las necesidades de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar los resultados.</p> <p>El seguimiento pertinente debe estar con base a la percepción de los clientes de acuerdo a sus necesidades y expectativas, de los cuales se obtendrán los datos para el análisis y evaluación.</p> <p>La organización debe realizar auditorías internas a intervalos planificados que provean información acerca del sistema valiéndose</p>

<b>Resumen de la norma ISO 9001:2015</b>	
<b>Capítulo</b>	<b>Descripción</b>
	de programas de auditorías (internas y externas) que deben incluir frecuencia, métodos, responsabilidades, planificación y elaboración de informes. De igual manera, la alta dirección debe realizar una revisión que incluya estado de las acciones derivadas de verificaciones previas, cambios en cuestiones internas, externas e información sobre el desempeño, oportunidades de mejora y necesidades de recursos.
10. Mejora	<p>Detalla que la organización debe determinar y seleccionar oportunidades de mejora en función de aumentar la satisfacción del cliente.</p> <p>El tratamiento de las no conformidades y sus acciones correctivas define cómo evaluar y reacciona a estas causas raíz para que no vuelvan a ocurrir.</p> <p>También se define los resultados derivados del análisis y evaluación; además, las salidas de revisión por la dirección deberán considerarse como parte de la mejora continua.</p>

Fuente: elaboración propia

- **Origen y evolución de la norma ISO 45001:**

Las especificaciones sobre sistema de gestión y salud en el trabajo (SGSST) tienen sus orígenes con la publicación de las directrices BS 8800 por parte del British Standards Institution (BSI) en el año de 1996.

Para el año de 1999 el BSI junto al Grupo de Proyecto OHSAS publican las series OHSAS 18000 (Occupational Health and Safety Assessment Series), donde define los Sistemas de Gestión de la SST como aquellos que permiten controlar la organización desde el punto de vista de la seguridad y salud de sus integrantes; se reconoce como una norma internacional OHSAS 18001 donde las organizaciones interesadas en su implementación pueden alcanzar la certificación en SGSST. Su última actualización es en el año 2007, OHSAS 18001:2007.

La norma OHSAS 18001 no logra un consenso internacional, es acá donde ISO retoma en el año 2013 el trabajo de OHSAS 18001 y publican en el año 2018 la ISO 45001.

La ISO 45001 fue lanzada en marzo de 2018, resultado de cinco años de desarrollo y discusiones

dentro del comité técnico ISO/PC 283. Su estructura está alineada con el marco de alto nivel de otras normas ISO, como la ISO 9001 (calidad) y la ISO 14001 (medio ambiente), lo que facilita la integración de sistemas de gestión; continuación se hace un breve resumen de la ISO 45001:2018:

**Tabla 5:** Resumen de la norma ISO 45001:2018

<b>Resumen de la norma ISO 45001:2018</b>	
<b>Capítulo</b>	<b>Descripción</b>
Introducción	<p>El documento sigue normas ISO y define los requisitos para su implementación y evaluación del sistema de SST. Puede ser evaluado mediante autoevaluación, validación por partes interesadas o certificación externa.</p> <p>Las organizaciones deben asegurar la salud y seguridad de los trabajadores mediante un sistema de gestión de SST que busca prevenir lesiones y promover ambientes de trabajo saludables.</p> <p>El objetivo de la norma es proporcionar un marco para gestionar riesgos en SST, prevenir lesiones y mantener lugares de trabajo seguros, mejorando continuamente el desempeño en SST.</p> <p>El éxito de la organización en su implementación depende del liderazgo, compromiso, comunicación, participación de trabajadores, asignación de recursos, políticas coherentes y evaluación continua.</p> <p>Se establece la estrategia de resolución de problemas del ciclo PHVA:</p> <p>Planificar: Evaluar riesgos y establecer objetivos.</p> <p>Hacer: Implementar los procesos.</p> <p>Verificar: Medir y revisar resultados.</p> <p>Actuar: Tomar acciones para mejorar continuamente.</p>
1. Objeto y campo de aplicación	<p>En este apartado establece requisitos para un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SST) y guía su implementación. Su propósito es crear lugares de trabajo seguros, prevenir lesiones y deterioro de la salud, y mejorar continuamente el desempeño en SST.</p> <p>Aplicabilidad:</p> <p>Para: Cualquier organización que desee mejorar la seguridad y salud en el trabajo.</p>

<b>Resumen de la norma ISO 45001:2018</b>	
<b>Capítulo</b>	<b>Descripción</b>
	Alcance: Riesgos bajo control de la organización, considerando su contexto y las expectativas de las partes interesadas
2. Referencias normativas	No contiene referencias
3. Términos y definiciones	Se establece términos y definiciones que ayudan a entender mejor la norma y orientar a la organización en la comprensión.
4. Contexto de la organización	En este apartado se establecen los requisitos para definir el contexto de la organización y diseñar el sistema de SST. Se deben aclarar los objetivos estratégicos, considerar las necesidades de los trabajadores y establecer el alcance del sistema. El diseño del sistema y la planificación se deben realizar a nivel ejecutivo. La Norma considera que factores internos y externos afectan la seguridad y salud laboral. Se centra en los procesos para lograr los objetivos de la política de seguridad y salud, comprendiendo el contexto operativo de la organización.
5. Liderazgo y participación de los trabajadores	En este apartado establece que la alta dirección es responsable de establecer y fomentar una cultura de seguridad en la organización, asegurando un sistema de participación y consulta de los trabajadores. Su liderazgo y compromiso son esenciales para el éxito del sistema de gestión de salud y seguridad en el trabajo, convirtiéndose en defensores del sistema y proporcionando los recursos necesarios para proteger a los trabajadores.
6. Planificación	<p>Se centra en la planificación dentro del sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST). Este apartado establece los requisitos que las organizaciones deben cumplir para planificar de manera efectiva su sistema de gestión, asegurando que los riesgos y oportunidades se gestionen adecuadamente.</p> <p>La organización debe determinar los riesgos y oportunidades que necesitan ser abordados para asegurar que el sistema de gestión de SST pueda lograr los resultados previstos, prevenir o reducir los efectos no deseados y lograr la mejora continua.</p>
7. Apoyo	El apartado 7 de Apoyo de un SST abarca:

<b>Resumen de la norma ISO 45001:2018</b>	
<b>Capítulo</b>	<b>Descripción</b>
	<p>Recursos: Asegurar los recursos humanos, tecnológicos, financieros e infraestructura adecuados, con el respaldo de la Alta Dirección para mantener un entorno seguro.</p> <p>Competencia: se debe garantizar que los trabajadores estén debidamente formados y competentes para manejar riesgos, incluyendo la formación de proveedores externos y el mantenimiento de registros de formación.</p> <p>Concienciación: se debe garantizar que todos los trabajadores comprendan las políticas de seguridad, los peligros y cómo reportar incidentes, con formación y pruebas de concienciación.</p> <p>Comunicación: Establecer canales claros para comunicar políticas, normas y resultados, usando métodos como tableros de anuncios, correos electrónicos y reuniones.</p> <p>Información Documentada: Mantener y controlar adecuadamente la información documentada, asegurando que esté actualizada y accesible, con un sistema de archivo y recuperación eficiente.</p>
8. Operación	<p>En este apartado de la norma se determina la operación del sistema de gestión de SST la cual es:</p> <p>Planificación de la operación: definir los procedimientos necesarios para cumplir los requisitos del sistema y gestionar los riesgos y oportunidades identificados.</p> <p>Control de procesos: implementar controles operacionales para prevenir riesgos, garantizar la seguridad en las actividades y cumplir con los requisitos legales y otros compromisos.</p> <p>Preparación y respuesta ante emergencias: determina el desarrollo e implementación de planes para manejar emergencias y situaciones imprevistas, asegurando que se pueda responder eficazmente para proteger la salud y seguridad.</p>
9. Evaluación del desempeño	<p>Dentro de este apartado se establece la necesidad de implementar y mantener procesos para el seguimiento de la medición, el análisis, evaluación del desempeño y determinar la eficacia del SST.</p> <p>Dentro de la auditoría interna se establece por medio de un método sistemático con el fin de evaluar, verificar el cumplimiento de los procesos y requisitos organizativos, asegurando que se cumplan tanto</p>

Resumen de la norma ISO 45001:2018	
Capítulo	Descripción
	<p>las disposiciones internas, marco normativo legal pertinente y los estándares internacionales.</p> <p>Revisión por la dirección: La Alta Dirección evalúa regularmente la eficacia del SST para asegurarse que sigue siendo adecuado, efectivo y alineado con los objetivos de la organización. El fin es asegurar que el SST cumple con las necesidades de la organización y previene lesiones o daños a los trabajadores.</p>
10. Mejora	<p>La organización debe determinar la importancia de las oportunidades de mejora por medio de un ciclo de mejora continua en la gestión de la salud y seguridad en el trabajo, impulsado por la participación de los trabajadores y otras partes interesadas pertinentes con el fin de la identificación y resolución de problemas, así como la implementación de acciones para prevenir futuros incidentes.</p>

Fuente: elaboración propia

- **Tipos de procesos**

En el proceso de diseño de cualquier sistema de gestión se debe establecer el mapa de proceso nivel 0. En este mapa se refleja la interacción que hay dentro de la organización con los procesos estratégicos, misionales (cadena de valor) y los de apoyo. En este sentido, es necesario tomar en cuenta las definiciones que dicho proceso posee, tal como lo defina la Escuela Nacional de Administración Pública. (2021), en su libro Gestión por Procesos para la Administración Pública:

- Procesos estratégicos:** Brindan lineamientos generales y objetivos a todos los demás procesos. Se caracterizan porque: determinan y aseguran el cumplimiento de las políticas, estrategias, objetivos y metas de la entidad; brindan lineamientos, políticas y prácticas en forma de documentos como directivas y resoluciones. (p. 40)
- Procesos misionales u operativos** Son los procesos vinculados a la generación de los bienes y servicios públicos que ayudan a cumplir la misión de la entidad. Se caracterizan porque: incorporan los requisitos y necesidades del cliente externo; logran la satisfacción del cliente externo; agregan valor directamente al cliente externo. (p. 40)
- Procesos de apoyo o soporte:** Permiten que los demás procesos de la entidad se

ejecuten de manera fluida y les dan soporte tecnológico, logístico, entre otros, porque realizan actividades de apoyo. Se caracterizan porque: agregan valor indirectamente al cliente externo; sus clientes finales son internos y otros grupos de interés (Stakeholders como: el MEF, Contraloría, OSCE, Congreso, entre otros); su desempeño es evaluado por los clientes internos. (p. 41)

## **2.4. Normas de integración PAS 99 y UNE 66177**

Las Normas UNE 66177 y PAS 99 sirven de guía para la integración de los sistemas de gestión de aquellas organizaciones que han decidido integrar total o parcialmente sus sistemas de gestión en busca de una mayor eficacia. La gestión integrada es adecuada para cualquier organización, independientemente del tamaño o sector, que quiera integrar dos o más sistemas de gestión, unificando documentación, políticas, procesos y procedimientos para funcionar en un mismo sistema de gestión.

### **2.4.1. PAS 99:2012**

PAS 99:2012 es una norma internacional de especificación de acceso público elaborada por British Standards Institution (Institución Británica de Normalización – BSI) que especifica los requisitos para sistemas integrados de gestión y permite a una organización integrar dos o más sistemas de gestión combinando más de una norma en un solo sistema de gestión de manera integrada.

Por su estructura la PAS 99:2012 está diseñada principalmente para ser utilizada en combinación con normas del sistema de gestión ISO, pero también se puede utilizar con otras normas nacionales e internacionales del sistema de gestión.

### **2.4.2. UNE 66177:2005**

Los documentos normativos UNE (cuyas siglas corresponden a Una Norma Española) son normas, especificaciones técnicas e informes creados en los comités técnicos de normalización (CTN) de la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR).

La norma UNE 66177 está basada en el ciclo de mejora continua (o ciclo de Deming PHVA). En ella establece las directrices para desarrollar, implantar y evaluar un sistema integrado de gestión.

La UNE 66177:2005, expresa que: “la norma proporciona directrices para desarrollar, implantar y evaluar el proceso de integración de los sistemas de gestión de la calidad, gestión ambiental y gestión de la seguridad y salud en el trabajo, de aquellas organizaciones que han decidido integrar total o parcialmente dichos sistemas en busca de una mayor eficacia en su gestión y de aumentar su rentabilidad.” (UNE 66177, p. 4)

### **2.4.3. Sistemas integrados de gestión (SIG)**

Según Fraguela Formoso et al. (2011), “Un sistema de gestión integral debe funcionar como un único sistema, un solo equipo que se dirige hacia el mismo objetivo organizacional y teniendo en común los elementos de gestión de las normas de referencia. En este sentido la implementación del sistema de gestión integral debe estar representada en el modelo por procesos, incluyendo las cuatro etapas del ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar).” (p. 48)

La cadena de valor es un concepto fundamental para entender cómo las organizaciones crean valor añadido en sus procesos, desde la concepción del producto o servicio hasta su entrega al cliente final. Este enfoque, desarrollado originalmente por Michael Porter en los años 80, subraya la importancia de analizar y optimizar cada una de las actividades que intervienen en la producción y comercialización de bienes o servicios. Cuando una empresa logra integrar eficazmente todos estos procesos, desde los primarios como la logística interna, operaciones y logística externa, hasta los de apoyo como la infraestructura de la empresa, gestión de recursos humanos, desarrollo tecnológico y adquisición, se coloca en una posición ventajosa frente a sus competidores.

Al enfocarse en cada eslabón de la cadena de valor, las organizaciones pueden identificar dónde están sus fortalezas y debilidades, permitiéndoles tomar decisiones estratégicas para mejorar su eficacia, eficiencia, productividad y efectividad. Por ejemplo, una gestión eficaz de las relaciones con los proveedores puede mejorar la logística interna, lo que a su vez puede acelerar la producción y mejorar la entrega del producto final al cliente, mejorando la experiencia del cliente y, en última instancia, la posición competitiva de la empresa.

En resumen, la integración y optimización de la cadena de valor son esenciales para cualquier organización que busque mantenerse relevante y competitiva. Al analizar detenidamente cómo se crean, procesan y entregan los bienes o servicios, las empresas pueden descubrir oportunidades significativas para mejorar su desempeño y satisfacer mejor las necesidades de sus clientes. Esto, combinado con un enfoque constante en la innovación y la adaptabilidad.

## **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO, DIAGNÓSTICO Y RESULTADOS**

El Trabajo de Graduación requiere un marco metodológico el cual debe exponer el desarrollo del diseño de investigación, el programa que precisará el proceso y el control del tema en estudio, indicándose los procedimientos y las condiciones para lograr la información necesaria para alcanzar los objetivos del estudio y analizar las hipótesis.

Esta etapa del proceso investigativo contempla el enfoque y método a desarrollar, tipo de estudio, población o muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos que constituye el mapa que guía hasta el final de la ruta investigación, además de someter a prueba las hipótesis, medición de variables y dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas.

### **3.1. Introducción al diagnóstico y resultados de la investigación**

En este capítulo se detallan los lineamientos y controles que apoyan la recopilación de datos permitiendo establecer la situación actual del hospital de acuerdo al cumplimiento de los objetivos previamente planteados, la resolución de las preguntas de sistematización y la prueba de las hipótesis, valiéndose de un marco metodológico en el que se consideró el tipo de investigación aplicada para el estudio relacionado con la integración de sistemas de gestión de calidad y de seguridad y salud en el trabajo, a partir de un alcance exploratorio y descriptivo, estableciendo población y muestra con sus respectivas unidades de análisis, fuentes de información y técnicas e instrumentos de recolección. Así mismo, se determinó un diagnóstico a partir de los resultados obtenidos al evaluar el sujeto de estudio conforme a estándares internacionales, leyes, reglamentos, entre otros.

### **3.2. Determinación de población y muestra**

#### **3.2.1. Tipo de investigación**

La investigación del Trabajo de Graduación tiene la finalidad de buscar un adecuado diseño de los Sistemas Integrados de Gestión (SIG) específicamente en las dimensiones de Gestión de Calidad a partir de la ISO 9001:2015 y el Sistema de seguridad y salud en el trabajo a través de la ISO 45001:2018 en el Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”.

Dentro del estudio se buscó resolver las dificultades de la organización en cuanto al diseño del SIG a través de una **investigación aplicada** que se orienta hacia la gestión directa de los hallazgos para mejorar procesos y resolver situaciones concretas, analizando las causas que los originan y su evolución, teniendo en cuenta las necesidades y problemas encontrados con el fin

de detectar los elementos que requieran cambios.

### 3.2.2. Enfoque o ruta de la investigación

La metodología sobre el diseño de un sistema integrado de gestión se abordó a través de un enfoque de investigación mixto. El planteamiento general no se puede abordar desde una única perspectiva (cuantitativo o cualitativo) ya que llega a ser insuficiente para el análisis del estudio realizado.

El método mixto permite abordar el problema desde una perspectiva más amplia y profunda de la dificultad a resolver, produciendo datos más sólidos y variados que potencia la creatividad teórica, apoya con mayor solidez las inferencias y permite una mejor exploración desde la perspectiva de todos los involucrados.

Posteriormente se aplicarán instrumentos básicos del enfoque cualitativo, principalmente en la recolección de la información a través de entrevistas que se realizarán a personas claves del sujeto de estudio y otras herramientas propias de esta metodología. Sin dejar a un lado el enfoque cuantitativo el cual permitirá la obtención de información para el análisis en la medición numérica y la interpretación estadística que ayuda a establecer patrones de comportamiento y tendencias que se pueden representar de forma gráfica.

### 3.2.3. Alcance o tipo de estudio

Considerando el tipo de investigación mixta y que la metodología del estudio tiene un enfoque holístico, se consideró los siguientes tipos para el trabajo de graduación: exploratorio, descriptivo y explicativo. Se hace importante el establecimiento de variables en las cuales exista un grado de ocurrencia y resultados que determinen explicaciones que contribuyan a la investigación.

- **Exploratoria:** Es un estudio inicial sobre un hecho o evento poco conocido, por ejemplo: son aquellas monografías e investigaciones bibliográficas que buscan elaborar un marco teórico de referencia. Se realiza con el fin de destacar los aspectos fundamentales de un evento poco conocido y de encontrar las mejores propuestas de trabajos realizados para elaborar una investigación posterior.
- **Descriptiva:** Tiene como objeto lograr la identificación de diferencias o semejanzas, respecto a la aparición de un evento en un contexto; el cual permite conocer las características del objeto de estudio, se descubre y comprueba la asociación entre variables de investigación de acuerdo con los objetivos e hipótesis planteados.
- **Explicativo:** Permite a través de un análisis más profundo validar o refutar hipótesis, lo que ayuda a una comprensión más completa; es decir, que busca no solo describir

fenómenos, sino entender las causas y relaciones subyacentes.

#### 3.2.4. Método de investigación.

Los medios de investigación se refiere al conjunto de técnicas, procedimientos y herramientas que son utilizados para recolectar y analizar información en el desarrollo de una investigación, estos tienen como propósito guiar el proceso para ayudar a que los datos obtenidos sean válidos, confiables y adecuados, y así responder a las preguntas de investigación planteadas.

- a) **Método teórico:** Los métodos teóricos permiten estudiar la investigación mediante su naturaleza, posibilidad y el origen por medio de la descripción de las relaciones esenciales del objeto de estudio, teniendo así las siguientes categorías:
- **Analítico:** es una operación intelectual que permite profundizar el conocimiento al identificar las relaciones de sus elementos, descomponiéndolo en un todo complejo en sus partes y naturaleza, el análisis facilita una comprensión más detallada de los componentes individuales y sus interrelaciones, lo que permite descubrir patrones, causas y efectos.
  - **Sintético:** establece la unión entre las partes, previamente analizadas, y posibilita descubrir relaciones y dependencia entre ellos definiendo las características generales entre los elementos.
  - **Inductivo:** es la forma de razonamiento que parte de casos o hechos particulares para llegar a conclusiones generales donde refleja lo que hay de común en los fenómenos individuales.
  - **Deductivo:** se basa en trasladar un conocimiento general hacia un nivel más específico con el objetivo de comprender y explicar casos particulares. Se parte de teorías o principios generales previamente aceptados, para luego deducir hipótesis o predicciones que puedan ser probadas en la investigación.
- b) **Método empírico:** Permite un contacto directo con el objeto de estudio, recopilando información que satisfaga los objetivos de la investigación; abordando así, los problemas del objeto de estudio para poder evaluar los datos obtenidos, entre las categorías presentes en este método se tienen:
- **Observación:** se refiere a la percepción (utilizando los sentidos) atenta, racional, planificada y sistemática de los fenómenos de la realidad a investigar, buscando obtener información de carácter comprobable.
  - **Entrevista:** conversación planificada y estructurada que está integrada por el entrevistador y el/ los entrevistados en la que se establece un proceso de

comunicación buscando recabar datos de interrogantes planteadas en el dialogo.

- **Cuestionario:** busca obtener respuestas a un conjunto de preguntas organizadas y estructuradas previamente, descritas en una herramienta cuyas interrogantes pueden ser conseguidas de forma oral o escrita.

### 3.2.5. Diseño metodológico

La estrategia para lograr obtener la información que está relacionada con el tipo de estudio donde se trata de responder a las preguntas de la sistematización del problema; como lo declara Sampieri, et al (2010): "El término diseño se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea" (p.120)

Se ha declarado que la investigación es de carácter descriptivo; por lo tanto, no existe el control de variables experimentales; sino que busca describir el estado y comportamiento de las variables que tiene como objeto de estudio

Se realizó únicamente medición y recopilación de información sobre las variables, cuya finalidad no es indicar cómo se relacionan éstas; es decir que se utilizará un diseño metodológico no experimental. La investigación se orienta de forma práctica y concreta, a responder las preguntas de investigación y cubrir los objetivos establecidos.

### 3.2.6. Determinación de población y muestra

La selección de la muestra está orientada a las características de la investigación y seleccionada a juicio del investigador; delimitando a la población por sus características con fundamentos en el planteamiento del problema, las que no solo dependen de los objetivos investigables sino también del objeto de estudio y la relación con el Sistema Integrado de Gestión.

- **Unidad de análisis y población**

La unidad de análisis en la investigación se refiere al sujeto de estudio sobre el cual se recolectó la información estando estrechamente relacionado con el marco referencial, ya que define el "qué" o "quiénes" se estudian, y su correcta definición permite obtener resultados válidos durante el proceso de recolección.

En este caso particular, la unidad de análisis incluye los actores principales y partes interesadas en la integración de los Sistemas de Gestión, estos se caracterizan por su grado de participación, influencia, capacidades, conocimientos y posición de liderazgo, lo que los convierte en esenciales

para alcanzar los objetivos de la investigación.

Por otro lado, la población a investigar debe estar claramente delimitada en términos de contenido, lugar y tiempo. Según Sampieri et al. (2010), “Población o universo es un conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (p. 174),

La correcta definición de la unidad de análisis y la población garantiza que la investigación sea precisa y que los resultados obtenidos sean útiles y aplicables a los objetivos de la investigación.

Es este caso la unidad de análisis se detallada en la Tabla 6.

**Tabla 6:** Unidad de análisis y población de estudio

<b>Unidad de análisis y población de estudio</b>	
<b>Unidad de análisis</b>	<b>Población</b>
Consejo administrativo	Jefaturas administrativas
Responsables de procesos	Jefes de unidades
Personal de enfermería	Subjefatura
Personal relacionado al área de psiquiatría	Personal asociado al proceso de estudio

Fuente: elaboración propia

- **Diseño de la muestra (Unidad de muestra)**

El trabajo de investigación fue aplicado con base a l diseño de los Sistemas Integrados de Gestión apoyándose en el muestreo no probabilístico intencional, según Rojas Soriano (2013): “Si bien este muestreo no es probabilístico, permite, la obtención de datos relevantes para el estudio, y se utiliza cuando se requiere tener casos que puedan ser representativos de la población; aunque tiene el inconveniente que los resultados no pueden generalizarse” (p.296). Este enfoque permite obtener datos relevantes y representativos de la población específica de interés. Sin embargo, es importante señalar que los resultados obtenidos no pueden generalizarse, lo que limita su aplicabilidad a otros contextos. Este tipo de muestreo es útil cuando se busca profundizar en casos particulares que ofrecen información valiosa para el estudio. La selección adecuada de la unidad de muestra es crucial porque garantiza que los datos recolectados sean representativos de la población de estudio, tal como se describe en la tabla 07.

Tabla 7: Diseño de la muestra

Unidad muestra				
Unidad de análisis	Población	No. de muestra	Cargo	Instrumentos utilizados
Consejo administrativo	Jefaturas administrativas	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Subdirección de Psiquiatría</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de verificación (I. a., y I.b.)</li> <li>Guía de entrevista II</li> <li>Cuestionario III</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Jefe de Planificación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de verificación (I. a., I.b, I.d, y I.e)</li> <li>Guía de entrevista II</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guía de Entrevista II</li> <li>Lista de verificación (I. a. , I. b, I.c. I.d. y I.e .)</li> <li>Cuestionario III</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Jefe de Servicios de apoyo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de verificación (I. a., y I.b.)</li> <li>Guía de entrevista II</li> </ul>
Responsables de procesos	Jefes de unidades	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jefe de emergencia de psiquiatría</li> <li>Jefes de servicios hospitalarios de psiquiatría</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de verificación (I. a y I. d.)</li> <li>Cuestionario (III.)</li> </ul>
Personal enfermería de	subjefatura	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Subjefatura de enfermería del área de psiquiatría</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de verificación (I. a., I.b y I.c.)</li> <li>Guía de entrevista II</li> <li>Cuestionario III</li> </ul>
Personal relacionado al área de psiquiatría	Personal asociado al proceso de estudio	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comité de Seguridad y Salud Ocupacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de verificación (I. b., I.c., y I.e)</li> <li>Guía de entrevista II</li> </ul>
<p>I. Listas de verificación:</p> <p>a. Lista de verificación de cumplimiento con base a la norma ISO 9001:2015 (ver apéndice 5)</p> <p>b. Lista de verificación de cumplimiento con base a la norma ISO 45001:2018 (ver apéndice 6)</p> <p>c. Lista de verificación de evaluación sobre las condiciones de seguridad y salud ocupacional en instituciones públicas Ministerio de Trabajo y Previsión Social (ver apéndice 7)</p> <p>d. Evaluación de nivel de estructura documental de la norma ISO 9001:2015 (ver apéndice 10)</p> <p>e. Evaluación de nivel de estructura documental de la norma ISO 45001:2018 (ver apéndice 11)</p> <p>II. Guía de entrevista (ver apéndice 8)</p> <p>III. Cuestionario de evaluación de nivel de concordancia del proceso misional: “M03-03-proporcionar atenciones de salud integrales en hospitalización” en el área de psiquiatría (ver apéndice 9)</p>				

Fuente: elaboración propia

### 3.3. Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Una vez identificada la población y seleccionada la muestra, se procedió a la extracción de la información necesaria para la investigación y análisis del problema objeto de estudio. La recolección de datos se llevó a cabo utilizando método empírico, con el fin de recopilar la mayor cantidad de datos confiables y relevantes. Se emplearon instrumentos como cuestionario, entrevistas y análisis documental, garantizando la fiabilidad y validez de los resultados.

#### 3.3.1. Niveles de información del marco teórico

A partir de la recopilación de diversas fuentes de información; tales como, bibliográficas, históricas y documentos relacionados con los sistemas integrados de gestión. Se emplearon fuentes documentales y se contó con información recolectada en campo; con el fin de proporcionar un análisis adecuado y dar respuesta a la problemática planteada, así como para establecer y fundamentar la comprobación de las variables de estudio, se identifican y describen tres niveles de información que deben considerarse en una investigación aplicada para la construcción del marco teórico y conceptual, según lo describe Rojas Soriano (2013):

El primer nivel implica el manejo de las teorías generales y los elementos teóricos particulares existentes sobre el problema; el segundo nivel consiste en analizar la información empírica secundaria o indirecta proveniente de distintas fuentes y el tercer nivel implica el manejo de información empírica primaria o directa obtenida mediante acercamiento con la realidad, a través de guías de observación y de entrevista a informantes clave. (p. 96).

Se consideró el uso de la clasificación anterior para obtener información amplia del objeto de estudio, como se describe a continuación en la tabla 8.

**Tabla 8:** Descripción de niveles de información

Nivel de información	Descripción
Primer nivel	Normas de sistemas de calidad, seguridad y salud en el trabajo, normas de Sistemas Integrados de Gestión, leyes y reglamentos específicos.
Segundo nivel	Información indirecta (secundaria) proveniente de distintas fuentes, tales como: investigaciones sobre la problemática ubicadas en el marco de antecedentes.
Tercer nivel	Información directa que se obtuvo del sujeto de estudio, así como: observaciones de los procesos, entrevista e instrumentos de evaluación con líderes de áreas

Fuente: elaboración propia

### 3.3.2. Fuentes de información.

Existen diversas fuentes de información para una investigación, tales como experiencias personales de la población muestran, normas, leyes y procesos, observaciones de hechos, etc. No obstante, es fundamental ser cauteloso al seleccionar las fuentes de información. En este sentido, Sampieri et al. (2010) advierten: "Las fuentes que originan las ideas de investigación no se relacionan con la calidad de éstas" (p. 26).

Para el diseño del Sistema Integrado de Gestión del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez", la investigación utilizó dos fuentes de información (ver tabla 09) de acuerdo al problema, los objetivos e hipótesis planteados.

**Tabla 9:** Fuentes de información del marco teórico

Fuentes de información del marco teórico	
Fuentes	Instrumentos
<b>Primaria:</b> proporciona datos de primera mano, recolectada mediante investigación de campo directamente en el espacio geográfico del sujeto de estudio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista y cuestionario a líderes de los procesos y el personal clave</li> <li>• observación directa como parte del diagnóstico a desarrollar sobre la integración de los Sistemas de Gestión</li> </ul>
<b>Secundaria:</b> Recopila datos concretos, confiables y verídicos, que respalde la referencia teórica sobre la temática de la investigación aplicada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libros</li> <li>• Normas técnicas: ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018</li> <li>• Leyes y reglamentos relacionadas al objeto de estudio</li> </ul>

Fuente: elaboración propia

### 3.3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La aplicación de técnicas e instrumentos de recolección de datos ha sido fundamental para obtener la información necesaria para el estudio. Se contó con el apoyo de los líderes de procesos y el personal clave del hospital. Las siguientes técnicas e instrumentos fueron utilizados para la recolección fueron:

### **Entrevista y cuestionario:**

Esta técnica se compuso de preguntas cerradas y abiertas, dirigidas a la subdirección, personal seleccionado del consejo estratégico, jefes de unidades de psiquiatría y jefatura de enfermería, con el propósito de obtener una visión integral de las actividades, prácticas, procedimientos de trabajo y documentación relacionada a los sistemas de gestión en estudio. Los instrumentos utilizados fueron una guía de entrevista estructurada, que contenía tanto preguntas cerradas como abiertas, y listas de verificación basadas en los requisitos de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018. Los datos recopilados fueron sistematizados digitalmente para facilitar su posterior análisis. (ver apéndices del 5 al 11)

#### **3.3.4. Matriz integral metodológica**

La matriz metodológica es fundamental en el proceso de investigación, ya que permite estructurar de manera ordenada y clara cómo se recopiló, analizó y sistematizó la información tanto primaria como secundaria. En *el apéndice 4* se detalla los componentes de dicha matriz.

La información primaria en la que se obtienen datos directamente de la fuente a través de métodos tales como técnicas e instrumentos cualitativos y cuantitativos diseñados específicamente para la investigación en cuestión.

La información secundaria esta la sistematización bibliográfica, en la que se presentan la unidad de análisis de la población y muestra en estudio, se detallan las variables que se investigarán, los métodos, técnicas e instrumentos que se utilizarán para la recolección de datos en el desarrollo de la investigación

#### **3.3.5. Sistematización.**

La sistematización permitió organizar y estructurar de manera lógica el proceso mediante el cual se seleccionó, diseño, aplico y analizo los instrumentos que se utilizaron para evaluar las variables o aspectos clave del estudio.

Estos instrumentos incluyeron entrevistas, cuestionarios, listas de verificación, observaciones, entre otros, y su correcta sistematización garantiza la recolección de datos válidos, confiables y relevantes para responder las preguntas de investigación; todo para asegurar que los datos recopilados sean válidos y confiables.

#### **3.3.6. Metodología.**

La metodología aplicada permitió obtener una imagen clara y objetiva del nivel de cumplimiento

de la institución en relación con los requisitos de los sistemas de gestión y las normativas legales aplicables. El uso combinado de entrevistas, cuestionarios y revisión documental proporcionó un enfoque multidimensional, asegurando que se captaran tanto las percepciones del personal como la realidad documentada de los procesos.

Con base a los hallazgos del diagnóstico, se podrán diseñar propuestas que ayuden a la institución alcanzar los niveles óptimos de cumplimiento en calidad, seguridad y salud en el trabajo, mejorando su desempeño global y garantizando la conformidad con las exigencias normativas, legales y reglamentarias.

### **3.3.7. Metodología del diagnóstico y resultados**

El diagnóstico y los resultados que se realizaron en el hospital, se centró en identificar la situación actual de esta, en relación con el cumplimiento de los requisitos exigidos por los Sistemas de Gestión de Calidad (ISO 9001:2015), el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (ISO 45001:2018), otras normativas vigentes y los requisitos legales aplicables.

Las metodologías aplicadas en el proceso fueron entrevistas con el personal clave: Se entrevistó a los responsables y colaboradores clave de los distintos procesos de la institución para comprender su visión sobre las prácticas actuales y el nivel de cumplimiento de los requisitos de calidad, seguridad en el trabajo y conocer la información documentada existente. Estas entrevistas permitieron obtener información cualitativa y cuantitativa valiosa sobre las actividades que se realizan y la percepción del personal sobre las fortalezas y áreas de mejora en los procesos.

### **3.3.8. Evaluación de los Sistemas de Gestión**

Para la evaluación del cumplimiento de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018, se utilizaron listas de verificación que desglosan una serie de preguntas específicas alineadas con los requisitos establecidos en los capítulos del 4 al 10 de ambas normas. Estas listas permitieron evaluar el nivel de conformidad del hospital en relación con cada uno de los requisitos. (ver apéndice 5 y 6)

A continuación, se describen los títulos de los capítulos de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 que se evaluaron.

**Tabla 10:** Capítulos de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018

Capítulos de la norma ISO 9001:2015	Capítulos de la norma ISO 45001:2018
Capítulo 4: Contexto de la organización	Capítulo 4: Contexto de la organización
Capítulo 5: Liderazgo	Capítulo 5: Liderazgo y participación de los trabajadores
Capítulo 6: Planificación	Capítulo 6: Planificación
Capítulo 7: Apoyo	Capítulo 7: Apoyo
Capítulo 8: Operación	Capítulo 8: Operación
Capítulo 9: Evaluación del desempeño	Capítulo 9: Evaluación del desempeño
Capítulo 10: Mejora	Capítulo 10: Mejora

Fuente: elaboración propia

#### a. Evaluación de cumplimiento de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018

El procedimiento de diagnóstico implicó la evaluación de cada uno de los requerimientos de los capítulos del 4 al 10 de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018, dado que los tres primeros capítulos son de naturaleza introductoria y explicativa "Objeto y campo de aplicación, Referencias normativas, Términos y definiciones".

Las calificaciones para cada uno de los criterios de evaluación de la Tabla 10 se determinaron considerando el progreso o el cumplimiento del requisito examinado de las normas para la evaluación de los sistemas de gestión, de la manera siguiente:

**Tabla 11:** Criterios de evaluación de los Sistemas de Gestión

Puntaje	Criterio
0	0% de cumplimiento: Cuando no hay ninguna evidencia
1	Cumple un 25 %: muy poca evidencia de información de cumplimiento
2	Cumple un 50 %: se determina que la evidencia es limitada de cumplimiento
3	Cumple 75 %: Se logra sustentar con evidencia el cumplimiento, pero no en su totalidad
4	Cumple 100 %: el criterio se cumple en su totalidad

Fuente: elaboración propia

Asimismo, en las listas de verificación (ver apéndice 5 y 6), se define una columna de observaciones o comentarios que contiene el análisis del cumplimiento de cada requisito evaluado de la normativa pertinente.

Para determinar el porcentaje de cumplimiento por capítulo, se concedió una calificación (0 a 4) conforme a los criterios de la Tabla 11 y a los requisitos establecidos por la norma.

Por cada subcapítulo se determinó el promedio de puntaje de ellos, luego la suma de los promedios de los subcapítulos, para luego obtener el % de cumplimiento, como se declara a continuación:

Porcentaje de cumplimiento de los requisitos de las normas (% CRN).

$$\bar{X}_{subcapítulo} = \frac{\text{Sumatoria de puntaje por cada requisito del subcapítulo}}{\text{Nº total de requisitos del subcapítulo}}$$

$$\bar{X}_{capítulo} = \frac{\text{Sumatoria de puntaje por subcapítulo}}{\text{Nº total subcapítulos}}$$

$$\% CRN_{capítulo} = \frac{\bar{X}_{capítulo}}{4} * 100$$

#### **b. Metodología para la Medición de Estructura documental (Información documentada) con base a los requisitos de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018.**

Uno de los objetivos de investigación es evaluar el nivel de cumplimiento de las normas ISO 9001:2015 (gestión de la calidad) e ISO 45001:2018 (gestión de la seguridad y salud en el trabajo) en la organización. Este objetivo busca proporcionar un análisis detallado de qué tan alineadas están las prácticas y procesos del Hospital Psiquiátrico con los requisitos de estas normas, tomando como referencia la documentación existente.

Evaluación de la documentación existente

Dado que la base de la evaluación es la documentación interna, este paso implica una revisión sistemática de todos los documentos relevantes. Entre ellos:

- Políticas de calidad y de seguridad y salud en el trabajo.
- Procedimientos operativos y protocolos relacionados con ambos sistemas.
- Registros de auditorías, revisiones de la dirección y evaluaciones de riesgos.
- Planes de acción frente a no conformidades o mejoras detectadas en el pasado.
- Evidencias documentales de capacitación, formación y medidas preventivas adoptadas por la organización.

#### **Criterios de evaluación del cumplimiento de estructura documental**

La evaluación se enfoca en determinar si la documentación refleja el cumplimiento de los siguientes puntos clave de cada norma (Ver apéndice 10 y 11):

#### **ISO 9001:2015 (Calidad)**

- **Enfoque basado en procesos:** Si los procesos están debidamente documentados, controlados y gestionados para garantizar la calidad.
- **Mejora continua:** Si existen mecanismos documentados que muestren un ciclo de mejora continua basado en los principios de la norma.
- **Satisfacción del cliente:** Documentos que reflejen la gestión y medición de la satisfacción de los pacientes (usuarios de los servicios de psiquiatría).

#### **ISO 45001:2018 (Seguridad y salud en el trabajo)**

- **Identificación de peligros y evaluación de riesgos:** Si existen procedimientos claros y documentados para la identificación de riesgos laborales y las medidas preventivas adoptadas.
- **Participación de los trabajadores:** Documentación que demuestre la implicación del personal en la gestión de la seguridad.
- **Control operacional:** Si hay evidencia de controles operacionales para garantizar la salud y seguridad en el trabajo.

#### **Metodología de evaluación**

Se debe establecer el indicador de cumplimiento y comparar la documentación existente con los requisitos normativos para identificar:

- **Áreas conformes:** Secciones o procesos que cumplen de manera adecuada los requisitos de las normas.
- **Áreas no conformes:** Documentos o procesos que presentan deficiencias o no están alineados con las normas.
- **Indicador:** Porcentaje de documentos conforme al Sistema de Gestión. (% DCS)

$$\%DCS = \frac{\sum \text{documentos conforme a la norma a evaluar}}{\text{Total de documentación requerida para dar cumplimiento a la norma}} * 100$$

#### **Resultados esperados**

El objetivo es obtener una visión clara del nivel de conformidad con las normas, identificando brechas y áreas de mejora para orientar futuras acciones de diseño o corrección dentro del sistema de gestión. Este análisis permitirá al hospital:

- Tomar decisiones informadas para ajustar o mejorar los sistemas de gestión existentes.
- Asegurar que tanto la calidad en el servicio hospitalario como la seguridad y salud de los trabajadores estén debidamente gestionadas.

Este enfoque proporciona una base sólida para la revisión por la dirección y otros actores clave, con el fin de establecer estrategias correctivas o de mejora continua que aseguren el cumplimiento normativo.

**c. Metodología para la Determinación de los requisitos legales en El Salvador y su alineación con la norma ISO 45001:2018 por medio de la “Lista de verificación de evaluación de las condiciones de seguridad y salud ocupacional”**

La ISO 45001:2018 es una norma internacional que especifica los requisitos para un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SST). En el contexto de El Salvador, su implementación en el Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" no solo implica cumplir con los requisitos normativos internacionales, sino también asegurar el cumplimiento de las disposiciones legales nacionales vigentes en materia de seguridad y salud ocupacional.

**El capítulo 6.1.3** de la ISO 45001:2018 establece la obligación de identificar y tener acceso a los requisitos legales y otros requisitos aplicables a la organización, asegurando su incorporación en el sistema de gestión de SST.

El Ministerio de Trabajo y Previsión Social elaboró un instrumento de autoevaluación que permite a las entidades públicas evaluar su grado de cumplimiento en lo concerniente a Seguridad y Salud Ocupacional (SSO). Este instrumento, titulado “*Cuestionario de evaluación sobre las condiciones de seguridad y salud ocupacional en instituciones públicas | Ministerio de Trabajo y Previsión Social*”. En esta investigación se titula "**Lista de verificación de evaluación sobre las condiciones de seguridad y salud ocupacional en instituciones públicas del Ministerio de Trabajo y Previsión Social**" (ver apéndice 7), Para completar este formulario se consultó a dos miembros del Comité de SSO y al jefe de la Unidad Organizacional de la Calidad. Esto facilitó la identificación del grado de cumplimiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" en el marco legal y reglamentario de los siguientes decretos:

- **LGPRLT:** Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo (Decreto

Legislativo N°. 254)

- **RGPRLT:** Reglamento General de Prevención en los Lugares de Trabajo (Decreto Ejecutivo N°. 89)
- **PRLT:** Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo (Decreto Ejecutivo N°. 86)

Para determinar el porcentaje de cumplimiento por cada apartado de la lista de verificación se evaluó de la siguiente manera:

Porcentaje cumplimiento de la legislación vigente. (%CLV)

$$\% CLV_{\text{apartado}} = \frac{\sum \# \text{ de criterio que si cumple}}{\text{Total de criterios a evaluar en el apartado}} * 100$$

**d. Cuestionario de evaluación de nivel de concordancia del proceso misional: “M03-03-proporcionar atenciones de salud integrales en hospitalización” en el área de psiquiatría**

Dentro del **Plan estratégico institucional 2021 – 2025** del Ministerio de Salud establece dentro de la estrategia **“2.3.4.1. Al 2025, el MINSAL ha implementado progresivamente un modelo de gestión de la calidad en la prestación de los servicios de salud”**. En este planeamiento se tiene el proceso misional M03: "Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de atención primaria en salud" específicamente el **“M03-03-proporcionar atenciones de salud integrales en hospitalización”**, el proceso fue diseñado para ser aplicado a los 30 hospitales que posee la red del MINSAL en todo el país; uno de los problemas que se han identificado con este proceso dentro de los servicios de hospitalización del área de psiquiatría es su aplicabilidad, ya que es un proceso genérico y no cuenta con la peculiaridad de atención en salud mental del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”.

Para saber el grado de aplicabilidad se elaboró la herramienta **“cuestionario de evaluación de nivel de concordancia del proceso misional: “M03-03-proporcionar atenciones de salud integrales en hospitalización” en el área de psiquiatría”** (Ver apéndice 9), el instrumento fue pasado a cada jefe médico de los servicios de hospitalización tales como: Atención en Crisis, Agudos Hombres, Agudos Mujeres, Crónicos Hombres, Crónicos Mujeres y Adicciones. Los procedimientos sometidos a evaluación fueron:

**Tabla 12:** Inventario de procedimientos del proceso M03-03

M03-03-proporcionar atenciones de salud integrales en hospitalización		
Macroproceso	Proceso	Procedimientos
M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS.	M03-03 Proporcionar atenciones de salud integrales en Hospitalización.	M03-03-P01-Ingreso del paciente en hospitalización. M03-03-P02-Visita médica diaria. M03-03-P03-Gestión de procedimientos médicos en internación. M03-03-P04-Entrega y recibo de turno. M03-03-P05-Traslados Intrahospitalarios
		Subprocesos
		M03-03-01-P01-Referencia/retorno/interconsulta hospitalaria. M03-03-01-P02-Alta médica. M03-03-01-P03-Alta voluntaria. M03-03-01-P04-Egreso del paciente en condición de fallecido.
		M03-03-01-Egreso de pacientes.

Fuente: adaptado de Ministerio de Salud de El Salvador. (2022). Manual de procesos y procedimientos de atención de salud integral en hospitalización. San Salvador, San Salvador, El Salvador, Pág. 12

Las calificaciones para cada uno de los procedimientos de evaluación de la Tabla 12 se determinaron considerando el grado de aplicabilidad para cada área de hospitalización de psiquiatría.

**Tabla 13:** Criterios de evaluación para los procedimientos de hospitalización.

Puntaje	Criterio de grado de aplicabilidad
0	0% de aplicabilidad: cuando no hay relación con la actividad realizada con lo descrito en el procedimiento.
1	Aplicabilidad en un 25 %: muy poca correlación de las actividades realizadas con las descritas
2	Aplicabilidad en un 50 %: poca correlación con limitado nivel de cumplimiento
3	aplicabilidad 75 %: Se logra una correlación y se puede sustentar con evidencia documental pero no en su totalidad
4	Aplicabilidad al 100 %: correlación total en lo que se hace con lo que se describe en el procedimiento aprobado

Fuente: elaboración propia

Para determinar el porcentaje de aplicabilidad del procedimiento en los diferentes servicios hospitalarios que fueron evaluados por el jefe médico, se aplicó la siguiente fórmula por procedimiento:

$$\% \text{ aplicabilidad}_{\text{Procedimiento}} = \frac{\text{Puntaje}_{\text{procedimiento}}}{4} * 100$$

### 3.3.9. Matriz metodológica de consistencia de la investigación

La matriz integral metodológica garantiza la coherencia lógica entre los elementos clave de una investigación: el problema, las preguntas de investigación, los objetivos, las hipótesis, las variables, indicadores y el diseño metodológico. Asegura que cada componente esté alineado, permitiendo que el estudio sea claro y lógico, facilitando la recolección de datos para responder a las preguntas y validar las hipótesis. Es una herramienta esencial para estructurar la investigación de manera ordenada y eficaz. (ver apéndice 3)

## 3.4. Resultados del diagnóstico

Derivado de los instrumentos utilizados se presentan los resultados obtenidos del diagnóstico realizado en cuanto al nivel de cumplimiento de los capítulos y requisitos de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018. De igual manera, de la parte legal en materia de Seguridad y Salud Ocupacional para instituciones públicas.

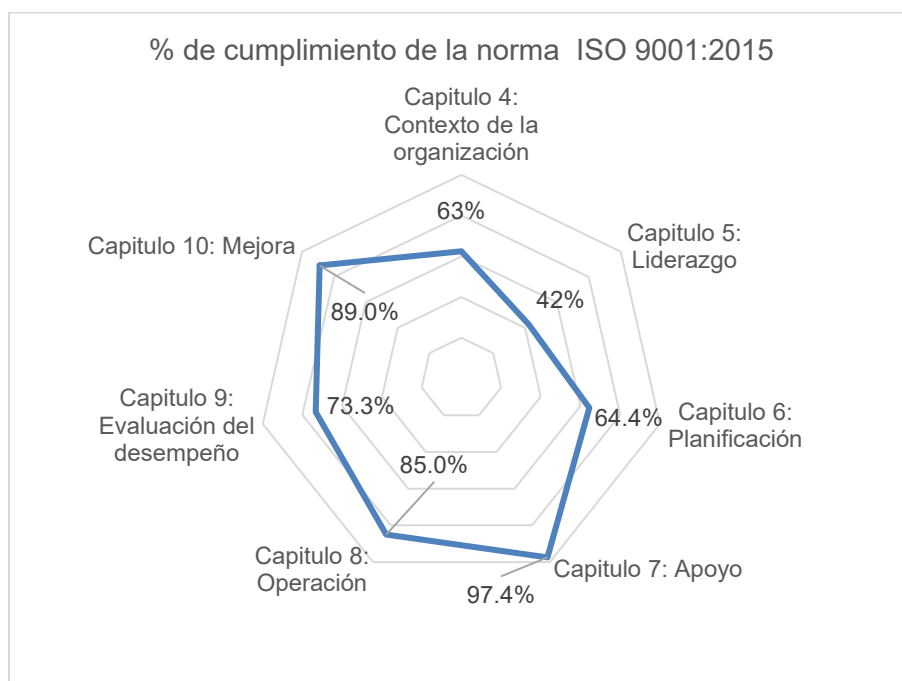
### 3.4.1. Análisis de resultados ISO 9001:2015

El porcentaje de cumplimiento total de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 en conjunto fue de 73%, donde el capítulo de “Liderazgo” obtuvo un valor de 42% siendo el más bajo de todos los capítulos evaluados, en este mismo sentido seguidamente por el “Contexto de la Organización” con un 63%. Es destacar que el capítulo con mayor porcentaje de cumplimiento de acuerdo al análisis de los datos obtenidos en la investigación es el “Apoyo” con 97.4%, seguido en segundo lugar por la “Mejora” con un 89% y en tercer lugar el de “Operación” con un 85%.

**Tabla 14:** Resultados de la Evaluación de Cumplimiento de la norma ISO 9001:2015

<b>Capítulo de la norma ISO 9001:2015</b>	<b>% de cumplimiento</b>
Capítulo 4: Contexto de la organización	63.0%
Capítulo 5: Liderazgo	42.0%
Capítulo 6: Planificación	64.4%
Capítulo 7: Apoyo	97.4%
Capítulo 8: Operación	85.0%
Capítulo 9: Evaluación del desempeño	73.3%
Capítulo 10: Mejora	89.0%
<b>Porcentaje total de cumplimiento a norma ISO 9001:2015</b>	<b>73.0%</b>

Fuente: elaboración propia

**Figura 07:** Porcentaje de Cumplimiento de la Norma ISO 9001:2015

Fuente: elaboración propia

## **Capítulo 4. Contexto de la Organización**

De acuerdo con los resultados obtenidos en los instrumentos de recolección de datos se obtuvo un valor 63% de cumplimiento con respecto a la norma siendo segundo porcentaje más bajo obtenido de acuerdo con la evaluación de los siguientes requisitos:

### **4.1 Comprensión de la organización y de su contexto**

Si bien es cierto el hospital ha determinado cuestiones internas y externas de acuerdo con un análisis DAFO para identificar todo aquel indicio que pueda afectar a la organización tomando en cuenta las fortalezas con las que cuentan, las debilidades percibidas a nivel institucional, las oportunidades que pueda presentar en el entorno o aquellos cambios con los que se puedan ver beneficiados dentro del desarrollo de sus actividades, además de encontrar todas aquellas amenazas del medio o rubro que puedan afectar las operaciones, presentadas en la POA institucional aunque no bajo un enfoque para un SGC.

### **4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas**

Se ha determinado las partes interesadas que puedan verse afectadas o en algunos casos ser relevantes para el desarrollo del sistema dentro de la POA institucional, aunque no con un enfoque de SGC de acuerdo con los requisitos de estas, en donde los resultados obtenidos en el instrumento no se han logrado identificar claramente las necesidades y expectativas pertinentes.

### **4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad**

La institución al no contar con un sistema de gestión de calidad implementado no tiene definido un alcance, toma un papel relevante para determinar límites y la aplicabilidad del sistema; si bien es cierto, cuentan con partes interesadas identificadas y han determinado cuestiones internas y externas que son requisito para determinar el alcance, estas no cumplen con el enfoque en SGC de la norma en estudio.

### **4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos**

El hospital no ha implementado, no ha establecido, ni mantenido un SGC con base a la norma, en el que se incluyan todos los procesos necesarios y sus interacciones de acuerdo con los requisitos, aunque se tiene un enfoque en gestión por procesos que viene del nivel central del MINSAL, aunque es un acercamiento al estándar no está adaptado a los procesos del área de psiquiatría.

## **Capítulo 5. Liderazgo**

Los resultados obtenidos en los instrumentos de recolección de datos se obtuvo un valor 42% de cumplimiento con respecto a la norma siendo el más bajo de los resultados obtenidos de acuerdo con la evaluación de los siguientes requisitos:

### **5.1 Liderazgo y compromiso**

La Dirección del hospital es la responsable de la rendición de cuentas a través del desarrollo de sus actividades, designación de presupuesto y seguimiento de la POA, además, posee un Comité de Oficina por el Derecho a la Salud que se encargan de evaluar la satisfacción del usuario, pero no es posible determinar que exista un compromiso con el SGC de la norma debido a que no se tiene diseñado ni implementado.

### **5.2 Política**

El hospital no cuenta con una política de calidad apropiada a su propósito, contexto de la organización, ni que incluya el compromiso con los requisitos aplicables, por ende, al no estar definida no está disponible como información documentada, no es comunicada, entendible y ni disponible para las partes interesadas.

### **5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización**

Cuenta con un Manual de Organización y Funciones, donde define los roles y responsabilidades asignados a cada puesto de trabajo de acuerdo con los procesos de la organización, además, la Unidad Organizativa de la Calidad evalúa los indicadores hospitalarios rindiendo informes a la alta dirección y los procesos son aprobados desde el nivel central del MINSAL

## **Capítulo 6. Planificación**

Los resultados obtenidos en los instrumentos de recolección de datos se obtuvo un valor 64.4% de cumplimiento con respecto a la norma siendo el tercer capítulo más bajo de los resultados obtenidos de acuerdo con la evaluación de los siguientes requisitos:

### **6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades**

Si bien es cierto se cuenta con guías y procesos establecidos dentro de las cuales se busca asegurar las acciones para abordar riesgos y oportunidades, no existe una planificación acorde con el SGC que incluya el análisis del contexto, la comprensión de las expectativas y necesidades de las partes interesadas ya que no se dispone de una metodología determinada para definir estos riesgos y oportunidades, ni como evaluar el logro y el seguimiento de los resultados producto de la aplicación de controles.

## **6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos**

El hospital no cuenta con objetivos de calidad definidos ni con planes de acción para alcanzar los mismos, por tanto, no se cuenta con información documentada de estos. Actualmente se cuenta con objetivos institucionales aplicados a los servicios que ofrece la institución, pero no con un enfoque en SGC.

## **6.3 Planificación de los cambios**

Dentro del hospital es el Consejo Estratégico quien se encarga de evaluar los cambios, el cual cuenta con la disponibilidad de recursos dentro de la POA institucional, pero no se tiene establecido un mecanismo para determinar la planificación de los cambios de acuerdo con un SGC.

## **Capítulo 7. Apoyo**

De los resultados obtenidos en los instrumentos de recolección de datos se obtuvo un valor 97.4% de cumplimiento con respecto a la norma siendo el capítulo con más alto de resultado obtenido de acuerdo con la evaluación de los siguientes requisitos:

### **7.1 Recursos**

La alta dirección del hospital determina los recursos necesarios para las actividades por medio de la asignación presupuestaria para el recurso (recurso humano, infraestructura y condiciones ambientales dentro de la operación) dada de nivel central del MINSAL para sus departamentos y unidades contenidos dentro de la POA institucional.

Las jefaturas de cada área llevan tabuladores de sus indicadores con base a sus actividades y son corroborados en diferentes plataformas digitales monitoreadas de nivel central, además, se rinde informes de los resultados.

Todos los equipos que necesitan fiabilidad de los resultados son calibrados y verificados con base a l programa de calibración y mantenimiento de equipos para que estos tengan validez en su medición.

También se mantienen programas de capacitación continua del personal; dando a conocer al personal donde pueden acceder a la información de procesos, reglamentos y otros servicios dentro de la plataforma institucional.

### **7.2 Competencia**

El personal del hospital cuenta con las habilidades, formación y educación acorde a sus

responsabilidades y funciones; Recursos Humanos posee un Manual de Puestos donde se determina el perfil académico y las competencias con base a la actividad a realizar, los aspirantes son sometidos a evaluaciones, además, se cuenta con un programa de inducción para nuevos empleados. De parte del MINSAL se mantiene un programa de capacitación continua en diferentes disciplinas y los registros son mantenidos dentro de los expedientes de cada colaborador el cual es mantenido y actualizado constantemente.

### **7.3 Toma de conciencia**

En cuanto al compromiso y el grado de concientización de la organización por parte de la UOC y los diferentes comités hospitalarios se da seguimiento a los resultados de los indicadores de gestión en conjunto con las diferentes unidades y/o departamentos, pero al no contar con una política, objetivos de calidad y por consiguiente no tener implementado un SGC con base a la norma, no es posible lograr el cumplimiento del requisito.

### **7.4 Comunicación**

El hospital realiza comunicación a través de diversos medios que no están debidamente definidos ni documentados, pero en cuanto a lo relacionado al SGC no ha definido los canales, el tipo, el que, cuando, a quien, como y quien notifica, para que su comunicación interna y externa permita hacer llegar la información pertinente del quehacer de la organización.

### **7.5 Información documentada**

El hospital tiene un cierto grado de información documentada la cual cuenta con documentación actualizada y estandarizada por parte del MINSAL en plataformas digitales que dependen del nivel de autorización de acuerdo al cargo del colaborador, pero esta no cumple con los criterios del SGC para su creación, actualización y/o control.

## **Capítulo 8. Operación**

Los resultados obtenidos en los instrumentos de recolección de datos se obtuvo un valor 85% de cumplimiento con respecto a la norma siendo el tercer capítulo con más alto nivel de resultado de acuerdo con la evaluación de los siguientes requisitos:

### **8.1 Planificación y control operacional**

El hospital cuenta con el POA para controlar los procesos relacionados con su funcionamiento, la unidad encarga de la elaboración de dicho documento es Planificación la cual es monitoreada por el MINSAL en la adecuada operación de la organización y el control de los cambios. En cuanto al marco legal sobre los procesos de contrataciones de productos y servicios se vale de

la Ley de Compras Públicas que obliga a llevar controles sobre la contratación externa.

### **8.2 Requisitos para los productos y servicios**

El hospital mantiene una comunicación directa con el cliente y tiene establecidos procesos para obtener retroalimentación de los usuarios, teniendo en cuenta que la institución al ser del sector público, el usuario tiene derechos y deberes los cuales son respetados y su cumplimiento es monitoreado por la Oficina por el Derecho a la Salud (ODS).

Por ser un hospital público no se cuenta con un contrato de nivel de servicios, pero se da a conocer directamente al paciente los beneficios del tratamiento y los riesgos; en donde, de forma voluntaria el paciente o encargado acepta las condiciones y se procede a brindar la atención médica.

### **8.3 Diseño y desarrollo**

El hospital cuenta con lineamientos y reglamentos para el diseño y desarrollo adecuado para la provisión de los servicios que ofrece la institución; además, se tienen metodologías para la adecuación y funcionamiento de nuevos servicios hospitalarios en el área de psiquiatría, siendo la Unidad de Planificación en conjunto con el Consejo Estratégico los responsables de establecer controles, basándose en un marco normativo institucional del Reglamento General Hospitales del Ministerio de Salud, sección III, art. 25, numeral 11 y 12.

La Unidad de Planificación lleva a cabo la revisión, control y el resguardo de la información documentada, siendo la alta dirección la encargada de la autorización quedando registrado en actas o acuerdos administrativos.

### **8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente**

En la determinación de los controles que aplica a los procesos, productos y servicios que le son suministrados externamente, no se cuenta con procesos internos definidos, pero a nivel nacional se cuenta con la Ley de Compras Públicas; se realizan solicitudes de compras y contrataciones por medio de la Unidad de Compras Públicas (UCP) cuyos requerimientos de productos y servicios son comunicados a proveedores externos en procesos de compra subidos a la plataforma de COMPRASAL.

### **8.5 Producción y provisión del servicio**

La producción y provisión de servicios se encuentra reflejados en el Plan Operativo Institucional, en el sitio web “Portal de Transparencia”; en la parte misional se tienen procesos misionales genéricos que no están adaptados plenamente para las actividades de hospitalización

psiquiátrica, aunque dicha información de provisión servicios no están visibles para el usuario. Se tienen indicadores de procesos que miden la efectividad y calidad del servicio, cada unidad cuenta con plan operativo anual donde refleja la disponibilidad de los recursos y el uso adecuado de ellos, también dan seguimiento con informes trimestrales de análisis del plan operativo.

Dentro de los servicios de atención al paciente se utilizan plataformas digitales para registrar el servicio al usuario y dar seguimiento a la atención.

Para prevenir errores humanos cuentan con comités hospitalarios donde toman relevancia: comité de atención segura en salud, comité de morbi-mortalidad, comité de infecciones asociadas a la atención sanitaria, comité de cirugía segura, comité oficina por el derecho a la salud, entre otros. Todos los procesos aseguran actividades de liberación, entrega y posterior a la entrega por cada servicio.

Todo procedimiento médico en el hospital es informado al paciente de los riesgos y efectos adversos al tratamiento y si acepta el servicio procede afirmar la hoja de consentimiento informado de manera voluntaria.

Se realiza la retroalimentación por los usuarios por medio de encuestas de satisfacción, buzón electrónico de quejas y el sitio web “Sistema de Atención Ciudadana”

### **8.6 Liberación de los productos y servicios**

Sobre la liberación de los servicios, el usuario debe firmar de aceptación del servicio con la hoja de consentimiento informado donde se le explica el riesgo y efectos secundarios del tratamiento médico, sin esta firma no se procede a dar el servicio, antes de la firma se tiene que explicar el alcance y sus limitaciones del beneficio, todo esto se anexa al expediente de cada paciente.

### **8.7 Control de las salidas no conformes**

El control de salidas no conformes está definido de acuerdo a los Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RISS, se validan todos los indicadores de calidad a través de los sistemas internos y si esta fuera de especificación, se procede a realizar plan de mejora para eliminar la brecha; sin embargo, si hay un reclamo de parte del usuario, se procesa para darle respuesta apropiada en tiempo y forma, todas las quejas se atienden y son documentadas por ODS.

## **Capítulo 9. Evaluación del desempeño**

De acuerdo con los resultados obtenidos en los instrumentos de recolección de datos se obtuvo un valor 67.1% de cumplimiento con respecto a la norma, obtenido de acuerdo con la evaluación de los siguientes requisitos:

### **9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación**

Se realiza seguimiento de los procesos, se tienen establecido una metodología para medir si están obteniendo los resultados esperados del indicador, la jefatura de UOC procura dar seguimiento a través de reuniones, se tiene información documentada de resultados de medición. Para las percepciones de los usuarios, se da seguimiento y retroalimentación a través de la encuesta de evaluación de los servicios, los resultados se comparten con las áreas involucradas y realizan acciones pertinentes.

### **9.2 Auditoría interna**

En el hospital en lo que respecta a auditorías, no se han planificado, establecido, implementado, mantenido programas de auditorías, ni se han seleccionado auditores referentes a un SGC; aunque de parte de la UOC si se han realizado auditorias, pero no bajo un enfoque a sistemas las cuales no han abarcado todos los procesos de la institución.

### **9.3 Revisión por la dirección**

La alta dirección realiza revisiones del funcionamiento y de la administración del hospital, no planifica revisiones basadas en el SGC de la norma ISO 9001:2015, el desempeño de los procesos, las conformidades de los servicios y las oportunidades de mejora.

## **Capítulo 10. Evaluación del desempeño**

De acuerdo con los resultados obtenidos en los instrumentos de recolección de datos se obtuvo un valor 89% de cumplimiento siendo el segundo porcentaje más alto con respecto a la norma, obtenido de acuerdo con la evaluación de los siguientes requisitos:

### **10.1 Generalidades**

El hospital considera oportunidades de mejora para cumplir los requisitos del usuario y aumentar su satisfacción, respondiendo a quejas y observaciones contando con un buzón electrónico para tal fin. Dándole seguimiento la Oficina por el Derecho a la Salud y la Unidad Organizativa de la Calidad, permitiendo evidenciar la mejora del desempeño, aunque no está apegada a un Sistema de Gestión de la Calidad y no implementa acciones necesarias para el logro de los resultados previstos por el sistema.

### 10.2 No conformidad y acción correctiva

La institución cuenta con información documentada para la gestión de no conformidades y acciones correctivas ante brechas por indicadores fuera de especificación u observaciones realizadas por algún comité hospitalario, Es de mencionar que las no conformidades de auditorías realizadas por la UOC no están basadas en un SGC (norma ISO 9001:2015), se tienen auditorías de procesos.

### 10.3 Mejora continua

El Consejo Estratégico en conjunto con UOC consideran los resultados de las evaluaciones y revisiones, existen evidencia de planes de mejora, contingencias, acciones correctivas y adecuación, pero no existe un Sistema de Gestión de la Calidad, por ende, no hay evidencia documental referente a SGC basado en la norma ISO 9001:2015.

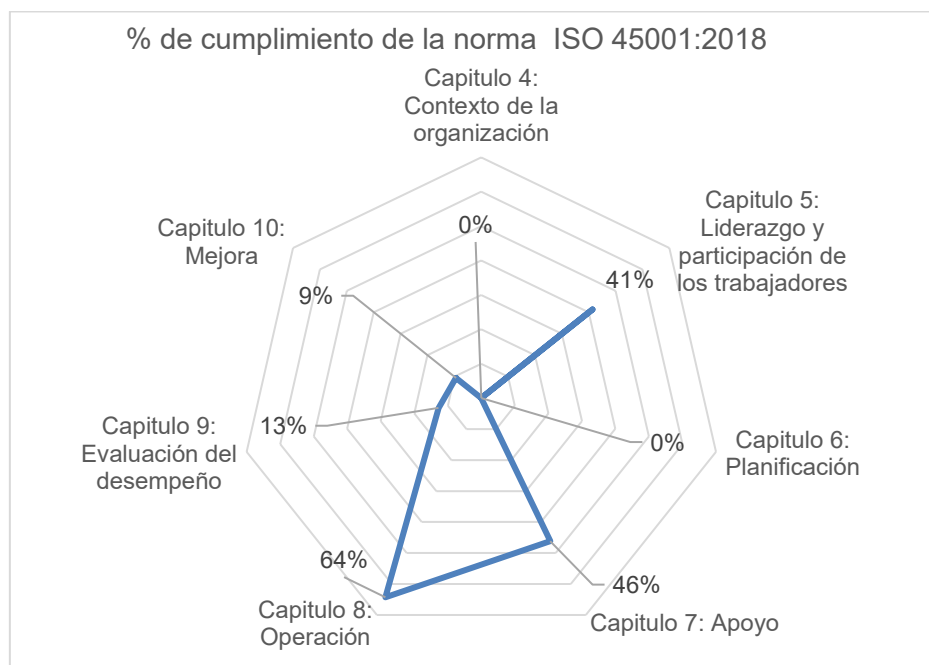
#### 3.4.2. Análisis de resultados ISO 45001:2018

El porcentaje de cumplimiento total de los requisitos de la norma ISO 45001:2018 en conjunto fue de 25%, donde los capítulos “Contexto de la organización” y “Planificación” obtuvieron un valor de 0%, siendo los valores más bajos evaluados; en este mismo sentido, seguidamente por la “Mejora” con un 9%. Es de destacar que el mayor porcentaje de cumplimiento que se obtuvo fue el de “Operación” con un 64%, seguido de “Apoyo” con un 46% y “Liderazgo y participación de los trabajadores” con un 41%.

**Tabla 15:** Resultados de la Evaluación de Cumplimiento de la norma ISO 45001:2018

<b>Capítulo de la norma ISO 45001:2018</b>	<b>% de cumplimiento</b>
Capítulo 4: Contexto de la organización	0%
Capítulo 5: Liderazgo y participación de los trabajadores	41%
Capítulo 6: Planificación	0%
Capítulo 7: Apoyo	46%
Capítulo 8: Operación	64%
Capítulo 9: Evaluación del desempeño	13%
Capítulo 10: Mejora	9%
<b>Porcentaje total de cumplimiento a norma ISO 45001:2018</b>	<b>25%</b>

Fuente: elaboración propia

**Figura 8:** Porcentaje de Cumplimiento de la Norma ISO 45001:2018

Fuente: elaboración propia

#### **Capítulo 4. Contexto de la Organización**

De acuerdo con los resultados obtenidos en los instrumentos de recolección de datos se obtuvo un valor 0% de cumplimiento con respecto a la norma siendo uno de los porcentajes más bajos obtenido de acuerdo con la evaluación de los siguientes requisitos:

##### **4.1 Comprensión de la organización y de su contexto**

El hospital ha realizado un análisis DAFO para identificar factores internos y externos que puedan influir en la organización, considerando fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas. Sin embargo, aunque estas cuestiones están reflejadas en POA institucional, no se han enfocado específicamente en la gestión de seguridad y salud en el trabajo (SGSST).

##### **4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de los trabajadores y de otras partes interesadas**

Se ha determinado las partes interesadas que puedan verse afectadas o en algunos casos ser relevantes para el desarrollo del sistema dentro de la POA institucional, pero no se han tomado en cuenta a los trabajadores y sus necesidades, expectativas respecto a SGSST y el marco legal referente a seguridad y salud en el trabajo.

#### **4.3 Determinación del alcance del Sistema de gestión de SST**

La institución al no contar con un sistema de gestión de SST implementado no tiene definido un alcance; toma un papel relevante para determinar límites y la aplicabilidad del sistema; además, no cuentan con partes interesadas identificadas, cuestiones internas y externas enfocadas en un SGSST

#### **4.4 Sistema de gestión de SST**

El hospital no ha implementado un SGSST en el que se incluyan todos los procesos necesarios y sus interacciones de acuerdo con los requisitos de esta norma.

### **Capítulo 5. Liderazgo**

De acuerdo con los resultados obtenidos en los instrumentos de recolección de datos se obtuvo un valor 41% de cumplimiento con respecto a la norma siendo el tercer porcentaje más alto obtenido de acuerdo con la evaluación de los siguientes requisitos:

#### **5.1 Liderazgo y compromiso**

La Dirección del hospital es la responsable de la rendición de cuentas, designación de presupuesto y seguimiento de la POA y cuenta con comité de seguridad y salud ocupacional que trabaja con base a el marco legal y normativo institucional contando con el apoyo de la alta dirección la cual es la responsable de los comités hospitalarios, administrados por la Unidad Organizativa de la Calidad, pero no es posible determinar que exista un compromiso con el SGSST debido a que no se tiene diseñado ni implementado con base a la norma ISO 45001:2018.

#### **5.2 Política**

El hospital no cuenta con una política de SST apropiada a proporcionar condiciones de trabajo apropiada, cumplimiento de los objetivos, requisitos legales, la eliminación de peligros y la reducción de riesgos, la mejora del sistema ni que incluya el compromiso con los requisitos aplicables, por ende, al no estar definida no está disponible como información documentada, no es comunicada, entendible y ni disponible para las partes interesadas.

#### **5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización**

El hospital solo cuenta con el comité de SSO con responsabilidades designadas por la alta dirección que busca dar cumplimiento al marco normativo legal: Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo (Decreto Legislativo 254); Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo (Decreto ejecutivo 86); Reglamento General de Prevención de riesgos en los Lugares de Trabajo (Decreto Ejecutivo 89).

#### **5.4 Consulta y participación de los trabajadores**

En cuanto a la consulta y participación de los trabajadores, el hospital proporciona los mecanismos como reuniones del comité de SST de manera coordinada con la UOC, no se evidenció procesos de consulta para el mejoramiento de la seguridad y salud ocupacional, además no se cuenta con un SGSST implementado que permita mantener una evaluación del desempeño y acciones de mejora de acuerdo con el sistema.

### **Capítulo 6. Planificación**

De acuerdo con los resultados obtenidos en los instrumentos de recolección de datos se obtuvo un valor 0% de cumplimiento con respecto a la norma, siendo uno de los porcentajes más bajos obtenido de acuerdo con la evaluación de los siguientes requisitos:

#### **6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades**

El hospital no cuenta con mecanismos que permitan abordar las acciones de riesgos y oportunidades, no existe una planificación acorde con el SGSST que incluya el análisis del contexto, la comprensión de las expectativas, riesgos, oportunidades y requisitos legales, y necesidades de las partes interesadas, ya que no se dispone de una metodología definida que incluya los peligros y requisitos legales.

#### **6.2 Objetivos de la SST y planificación para lograrlos**

El hospital no cuenta con objetivos de SST definidos, ni con planes de acción para alcanzar los mismos; por tanto, no se cuenta con información documentada de estos. Actualmente se tienen objetivos institucionales aplicados a los servicios que ofrece la institución, pero no con un enfoque en SGSST.

### **Capítulo 7. Planificación**

De acuerdo con los resultados obtenidos en los instrumentos de recolección de datos se obtuvo un valor 46% de cumplimiento con respecto a la norma, siendo el segundo porcentaje más alto obtenido de acuerdo con la evaluación de los siguientes requisitos:

#### **7.1 Recursos**

La alta dirección del hospital determina los recursos necesarios para las actividades referidas a Salud y Seguridad Operacional por medio de la asignación presupuestaria dada de nivel central del MINSAL para el uso de recursos financieros, humanos, de infraestructura y tecnológicos contenidos dentro de la POA institucional.

## **7.2 Competencia**

El personal del hospital cuenta con las habilidades, formación y educación acorde a sus responsabilidades y funciones; Recursos Humanos posee un Manual de Puestos donde se determina el perfil académico y las competencias con base a la actividad a realizar, los aspirantes son sometidos a evaluaciones, además, se cuenta con un programa de inducción para nuevos empleados. De parte del MINSAL se mantiene un programa de capacitación continua en diferentes disciplinas y los registros son mantenidos dentro de los expedientes de cada colaborador el cual es actualizado constantemente.

## **7.3 Toma de conciencia**

En cuanto al compromiso y el grado de concientización de la organización, el comité de seguimiento a los resultados de los indicadores de gestión en materia de Salud y Seguridad Ocupacional, pero al no contar con una política, objetivos de SST y por consiguiente no tener implementado un SGSST, no es posible lograr el cumplimiento del requisito.

## **7.4 Comunicación**

El hospital realiza comunicación interna a través de diversos medios que no están debidamente definidos, ni documentados; en cuanto a lo relacionado al SGSST no ha definido los canales, el tipo, el que, cuando, a quien, como y quien notifica, para que su comunicación interna y externa permita hacer llegar la información pertinente en temas de SST.

## **7.5 Información documentada**

El hospital no cuenta con información documentada requerida por el sistema. Por ende, no hay procedimiento para el control de registros y documentos del SGSST.

## **Capítulo 8. Operación**

De acuerdo con los resultados obtenidos en los instrumentos de recolección de datos se obtuvo un valor 64% de cumplimiento con respecto a la norma siendo el porcentaje más alto obtenido de acuerdo con la evaluación de los siguientes requisitos:

### **8.1 Planificación y control operacional**

Cuentan con indicadores operacionales de los procedimientos de la prestación de servicios, cumplimiento del POA, ejecución de programas de mantenimiento preventivo, aunque no todas las áreas tienen control de las condiciones de seguridad y existe poca documentación de acciones implementadas para el SGSST.

## **8.2 Preparación y respuesta ante emergencias**

El hospital establece, implementa y mantiene procesos necesarios para la preparación y respuesta ante situaciones de emergencia potenciales derivadas de las actividades que realiza, además, cuenta con un Comité de Desastre, Emergencia y Contingencia el cual mantiene actualizado el Plan de Emergencias avalado por la Dirección y socializado al personal. Además de que este mismo realiza la evaluación riesgos ante cualquier emergencia o desastre que se pueda presentar.

## **Capítulo 9. Evaluación del desempeño**

Los resultados obtenidos en los instrumentos de recolección de datos se tiene un valor del 13% de cumplimiento con respecto a la norma, de acuerdo con la evaluación de los siguientes requisitos:

### **9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación**

No es posible evaluar el desempeño en el hospital, porque no ha implementado, ni planificado un SGSST y no se cuenta con evidencia de seguimiento y medición de los procesos relacionados por parte de la institución.

### **9.2 Auditoría interna**

En el hospital en lo que respecta a auditorías, no se han planificado, ni mantenido programas de auditorías, ni se han seleccionado auditores referentes a un SGSST.

### **9.3 Revisión por la dirección**

La alta dirección realiza revisiones de riesgos y oportunidades, evaluación de requisitos legales y oportunidades de mejora del hospital, pero no planifica revisiones basadas en el SGSST.

## **Capítulo 10. Evaluación del desempeño**

Los resultados obtenidos en los instrumentos de recolección de datos se obtuvo un valor 9% de cumplimiento siendo el segundo porcentaje más bajo con respecto a la norma, de acuerdo con la evaluación de los siguientes requisitos:

### **10.1 Generalidades**

El hospital no considera oportunidades de mejora referidas a Seguridad y Salud en el Trabajo y no implementa acciones necesarias para el logro de los resultados previstos por el sistema. Se lleva registros de la gestión del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, pero con base al marco legal y no para el sistema.

## **10.2 No conformidad y acción correctiva**

La institución cuenta con poca información documentada para la gestión de no conformidades y acciones correctivas derivada de investigaciones y toma de acciones en incidentes, pero no están basadas en un SGSST.

## **10.3 Mejora continua**

El Comité de Seguridad y Salud Ocupacional considera los resultados de las evaluaciones y revisiones, pero no existe evidencia de la mejora, contingencias, acciones correctivas, adecuación, ni considera los resultados del análisis y evaluación, debido a que no se cuenta con un sistema enfocado en SGSST.

### **3.4.3. Análisis de resultados de la estructura documental de la ISO 9001:2015**

El nivel de avance del 33.3 % de estructura documental pertinente la norma ISO 9001:2015 indica que el hospital está en las primeras fases de implementación de su Sistema de Gestión de Calidad. Al haber avanzado más en los capítulos 7 y 8, se deduce que las áreas de apoyo y operación están siendo reforzadas para garantizar que los recursos y procesos clave estén bien documentados. Se debe centrar en comprender el progreso en la implementación de los requisitos clave y cómo afecta las áreas críticas de la operación hospitalaria. Sin embargo, aún queda trabajo por hacer en otras áreas fundamentales, como:

Liderazgo (Capítulo 5): Involucra el compromiso de la alta dirección en la creación y sostenimiento del sistema de gestión de la calidad. Un enfoque insuficiente en este capítulo podría limitar la eficacia de la implementación del sistema.

Planificación (Capítulo 6): Este capítulo es fundamental para asegurar que la organización gestione riesgos y oportunidades, lo cual es especialmente importante en el ámbito de la salud mental.

Evaluación del desempeño (Capítulo 9) y Mejora (Capítulo 10): Un área crucial que deberá desarrollarse en el futuro, se tienen métricas claras para evaluar el desempeño y mejora continua, pero no están alineados a un SGC con base en la norma ISO 9001:2015 y que abarque a toda la organización.

**Tabla 16:** Resultados de estructura documental con base en la norma ISO 9001:2015

RESULTADOS DE ESTRUCTURA DOCUMENTAL			
Sumatoria de $\sum$ Si acorde a la norma	Sumatoria de $\sum$ No Acorde a la norma	Total de documentación requerida	Porcentaje de documentos conforme al Sistema de Gestión. (% DCS)
13	26	39	33.3%

Fuente: elaboración propia

**3.4.4. Análisis de resultados de la estructura documental de la ISO 45001:2018**

Con solo un 26.9% de la estructura documental desarrollada, es evidente que el sistema de gestión de SST del hospital está en sus etapas iniciales. El bajo nivel de cumplimiento en los capítulos 8, 9 y 10 sugiere que las áreas críticas de operación, evaluación y mejora no están adecuadamente cubiertas, por lo que se puede ver afectado la seguridad de los trabajadores. Sin un control operativo eficaz, sin la evaluación de riesgos y sin acciones correctivas, es difícil garantizar un entorno seguro para todos los involucrados.

Además, la falta de indicadores de desempeño y auditorías internas impide al hospital evaluar si las medidas actuales están siendo eficaces. Esto limita la capacidad del hospital de hacer ajustes basados en datos y experiencias reales en el SGSST.

**Tabla 17:** Resultados de estructura documental con base en la norma ISO 45001:2018

RESULTADOS DE ESTRUCTURA DOCUMENTAL			
Sumatoria de $\sum$ Si acorde a la norma	Sumatoria de $\sum$ No Acorde a la norma	Total de documentación requerida	Porcentaje de documentos conforme al Sistema de Gestión. (% DCS)
7	19	26	26.9%

Fuente: elaboración propia

**3.4.5. Análisis de resultados del cumplimiento legal en materia de SST**

En busca de conocer el cumplimiento legal de SST del hospital, se realizó la consulta en conjunto al Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, obteniendo los resultados siguientes:

**Tabla 18:** Resultados del cumplimiento legal en materia de SST

<b>CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL EN INSTITUCIONES PÚBLICAS   MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL</b>		
<b>CAPITULOS DE EVALUACIÓN</b>	<b>% DE CUMPLIMIENTO POR CAPITULO</b>	<b>% DE CUMPLIMIENTO GLOBAL</b>
GENERALIDADES DE LA ORGANIZACIÓN	50.0%	5.0%
I. IDENTIFICACION, EVALUACION, CONTROL Y SEGUIMIENTO PERMANENTE DE LOS RIESGOS OCUPACIONALES.	66.7%	20.0%
II. REGISTRO ACTUALIZADO DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES PROFESIONALES Y SUCESOS PELIGROSOS.	100.0%	10.0%
III. DISEÑO E IMPLEMENTACION DEL PLAN DE EMERGENCIA Y EVACUACION.	100.0%	10.0%
IV. ENTRENAMIENTO DE MANERA TEORICA Y PRACTICA PERMANENTE A PERSONAS TRABAJADORAS.	100.0%	10.0%
V. ESTABLECIMIENTO DE PROGRAMA DE EXAMENES MEDICOS Y ATENCION DE PRIMEROS AUXILIOS	100.0%	5.0%
VI. PLANIFICACION DE ACTIVIDADES Y REUNIONES DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL.	83.0%	4.0%
VII. PROGRAMA DE DIFUSION Y PROMOCION DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS.	67.0%	3.0%
VIII. FORMULACIÓN DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE VIOLENCIA HACIA LA MUJER, ACOSO SEXUAL Y DEMÁS RIESGOS PSICOSOCIALES.	100.0%	10.0%
XI. CONDICIONES ESTRUCTURALES DEL LUGAR DE TRABAJO.	95.0%	5.0%
<b>TOTAL DE CUMPLIMIENTO AL MARCO LEGAL RELATIVO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>		<b>82.0%</b>

Fuente: elaboración propia

Los resultados de la evaluación determinan un cumplimiento total del 82%, lo cual establece que el hospital está cumpliendo con la mayor parte de la LGPRLT y sus reglamentos. Obteniendo hasta un porcentaje de 100% en algunos ítems como: Registro actualizado de accidentes, enfermedades profesionales y sucesos peligrosos; Diseño e implementación del plan de emergencia y evacuación; Entrenamiento de manera teórica y práctica permanente a personas trabajadoras; Establecimiento de programa de exámenes médicos y atención de primeros auxilios; Formulación de programas preventivos y de sensibilización sobre violencia hacia la mujer, acoso sexual y demás riesgos psicosociales.

Aunque estos resultados están relacionados con SST, no cuenta con un Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo implementado, que permita tratar de la mejor manera las medidas actuales; debido a que están focalizadas en lograr realizar todas las actividades diarias con los recursos que se tienen disponibles, teniendo en cuenta que el cumplimiento legal solo representa el mínimo requerido por la ley siendo necesario profundizar en las acciones que ya realizan en función del logro de objetivos.

**Figura 9:** Porcentaje de cumplimiento del marco legal referente a SSO



Fuente: elaboración propia

### 3.4.6. Análisis de nivel de concordancia del proceso misional: “M03-03”

**Tabla 19:** Resultados de evaluación de concordancia del proceso misional M03-03

ESCALA DE VALORACIÓN: del 0 al 4 Donde (0) no se cumple en absoluto y (4) se cumple a totalidad									
Procedimiento a evaluar	Servicios Hospitalarios de Psiquiatría								Observaciones
	Intervención en crisis		Área de Agudos		Área de Crónicos		Adicciones y detoxificación		
	Nivel de aplicabilidad		Nivel de aplicabilidad		Nivel de aplicabilidad		Nivel de aplicabilidad		
	Nivel	%	Nivel	%	Nivel	%	Nivel	%	
¿Se cumplen los indicadores de calidad en el área? <b>Nota:</b> <u>Este apartado se refiere a la caracterización del proceso, específicamente a la frecuencia y control</u>	4	100%	4	100%	4	100%	4	100%	
¿Qué tan apegado está el procedimiento <b>M03-03-P01-Ingreso del paciente en hospitalización</b> a las actividades de la unidad?	4	100%	4	100%	0	0%	4	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Área Crónicos: No se realizan ingresos a hospitalización, los pacientes se encuentran institucionalizados</li> </ul>
¿Qué tan apegado está el procedimiento <b>M03-03-P02-Visita médica diaria</b> a las actividades de la unidad?	4	100%	3	75%	0	0%	4	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Área de agudos no realiza visita médica diaria, la visita es semanal</li> <li>Área de crónicos: Los pacientes están ingresados por tiempo indefinido, no se realiza visita médica diaria los tiempos de visita médica son diferentes.</li> </ul>
¿Qué tan apegado está el procedimiento <b>M03-03-P03-Gestión de procedimientos médicos en internación</b> a las actividades de la unidad?	4	100%	4	100%	4	100%	4	100%	
¿Qué tan apegado está el procedimiento <b>M03-03-P04-Entrega y recibo de turno</b> a las actividades de la unidad?	4	100%	4	100%	4	100%	4	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Área de crónicos y agudos: La entrega y recibo de turno lo realizan médicos residentes y enfermería</li> </ul>
¿Qué tan apegado está el procedimiento <b>M03-03-P05-Traslados Intrahospitalarios</b> a las actividades de la unidad?	4	100%	4	100%	4	100%	4	100%	
¿Qué tan apegado está el <b>Subproceso M03-03-</b>	4	100%	4	100%	0	0%	4	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Crónicos: pacientes de este</li> </ul>

<b>ESCALA DE VALORACIÓN: del 0 al 4</b>									
<b>Donde (0) no se cumple en absoluto y (4) se cumple a totalidad</b>									
<b>Procedimiento a evaluar</b>	<b>Servicios Hospitalarios de Psiquiatría</b>								
	<b>Intervención en crisis</b>		<b>Área de Agudos</b>		<b>Área de Crónicos</b>		<b>Adicciones y detoxificación</b>		<b>Observaciones</b>
	<b>Nivel de aplicabilidad</b>		<b>Nivel de aplicabilidad</b>		<b>Nivel de aplicabilidad</b>		<b>Nivel de aplicabilidad</b>		
	<b>Nivel</b>	<b>%</b>	<b>Nivel</b>	<b>%</b>	<b>Nivel</b>	<b>%</b>	<b>Nivel</b>	<b>%</b>	
<b>01-Egreso de pacientes</b> a las actividades de la unidad? <b>Procedimientos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• M03-03-01-P01-Referencia/retorno/interconsulta hospitalaria.</li> <li>• M03-03-01-P02-Alta médica. M03-03-01-P03-Alta voluntaria.</li> <li>• M03-03-01-P04-Egreso del paciente en condición de fallecido.</li> </ul>									

Fuente: elaboración propia

Los resultados reflejan que las áreas de intervención en crisis y Adicciones y detoxificación no tiene problemas con la aplicación del proceso M03-03-proporcionar atenciones de salud integrales en hospitalización”.

Para las áreas de agudos y crónicos se tiene:

- El M03-03-P01-Ingreso del paciente en hospitalización; no aplica para el área de crónicos
- El procedimiento M03-03-P02-Visita médica diaria, tendrá que ser adaptado a las modalidades de trabajo por la peculiaridad del servicio
- El Subproceso M03-03-01-Egreso de pacientes, tendrá que ser modificado para el servicio de crónicos por la forma en la que se da el egreso del paciente en el servicio.

### 3.4.7. Relación del sistema con las variables identificadas

#### Análisis de resultados de hipótesis e indicadores

Luego de los resultados obtenidos de la investigación, es necesario realizar un análisis de acuerdo con la sistematización previamente definida en relación con las normas en estudio, indicadores e hipótesis. Sobre el cumplimiento legal del SST y la estructura documental se ha definido un comparativo en relación con las hipótesis y variables contra los resultados obtenidos.

**Tabla 20:** Análisis de resultados de hipótesis e indicadores

#	HIPOTESIS	INDICADORES	RESULTADOS	CONCLUSIÓN
1	La estructura documental con base a ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 apoyará el diseño del sistema de gestión integrada.	Porcentaje de documentos conforme al Sistema de Gestión. (% DCS).	Porcentaje de documentos conforme al SGC = 33.3%	Hipótesis aceptada
			Porcentaje de documentos conforme al SGSST = 26.9%	Hipótesis aceptada
2	El grado de cumplimiento actual de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 será mayor al 30 %.	Porcentaje de cumplimiento de los requisitos de las normas (% CRN).	Porcentaje de cumplimiento norma ISO 9001:2015 = 73%	Hipótesis aceptada
			Porcentaje de cumplimiento norma ISO 45001:2018 = 25%	Hipótesis rechazada
3	La determinación de los requisitos de la norma ISO 45001:2018 y las disposiciones legales contribuirá al cumplimiento de la legislación vigente.	Porcentaje cumplimiento de la legislación vigente. (%CLV)	Porcentaje de Cumplimiento de la legislación vigente = 82%	Hipótesis aceptada

Fuente: elaboración propia

Los resultados obtenidos en cuanto a documentación conforme a los sistemas de gestión es necesario proponer una estructura documental que se apegue más a estos, pero en función de la hipótesis planteada fue que la estructura documental con base en la norma ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 apoyará el diseño del sistema de gestión integrada, si cumple ya que cuenta con documentos base que pueden ser utilizados como insumo para el diseño de los sistemas.

En cuanto al cumplimiento de los requisitos de las normas en estudio se planteó una hipótesis

donde el grado de cumplimiento de la norma ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 serían mayores al 30% esto para ISO 9001:2015 obtuvo un valor del 73% lo cual indica que se cumplió con la hipótesis, pero con respecto a la ISO 45001:2018 el hospital obtuvo el 25% no cumpliendo con la hipótesis planteada en principio. En cuanto a cumplimiento legal vigente se obtuvo un valor de 82% se determinando que en su mayoría cumple con la ley y sus reglamentos.

### **3.5. Conclusión de los Sistemas de Gestión**

#### **3.5.1. Objetivo General:**

Diseñar un sistema de gestión Integrado con base a las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018, aplicable al Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” con la finalidad de lograr estructurar los procesos de atención hospitalaria referido a la calidad y que ayuden a la alta dirección a gestionar la seguridad y salud en los trabajadores y pacientes.

- La comprobación de este objetivo con base en los resultados planteados en la **Tabla 16** es pertinente y viable establecer el diseño de un Sistema de Gestión Integrado con base a las normas de referencia ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 donde se deberá trabajar más en la parte de gestión documental de ambas normas y el fortalecimiento del cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo a los datos presentados.

#### **3.5.2. Objetivos específicos:**

**Objetivo 1:** Proponer la estructura documental ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 que apoye el diseño de un Sistema Integrado con base en los requisitos de las normas

- Los resultados reflejan un bajo nivel de cumplimiento de estructura documental, pero servirá de base para el diseño y apuntalar las áreas que no han desarrollado su documentación en relación con el SIG.

**Objetivo 2:** Evaluar el nivel de cumplimiento de la norma ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 en la organización con base en la documentación existente.

- A pesar de que el nivel de cumplimiento sobre la norma ISO 9001:2015 es alto en relación con la norma ISO 45001:2018 (ver tabla 16); se debe trabajar en el diseño

documental de ambas para lograr satisfacer los requisitos de las normas,

**Objetivo 3:** Determinar los requisitos de las normas ISO 45001:2018 y las disposiciones legales que contribuyen al cumplimiento de la legislación vigente

- Se logró evaluar el nivel de apego de los requisitos legales con base a I SST y el hospital logra cumplir una buena parte de la legislación vigente (ver tabla 16); por lo tanto, es necesario trabajar más en la elaboración de documentación con el comité y el jefe UOC para lograr satisfacer el requisito “6.13 Determinación de los requisitos legales y otros requisitos de la ISO 45001:2018”, resguardar la seguridad de los colaboradores y no caer en posibles sanciones.

Con base en los hallazgos presentados en los Capítulos III y IV, se desarrolla la propuesta documental para el diseño del Sistema Integrado de Gestión (SIG), el cual se fundamenta en los lineamientos establecidos por las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018. Estas proporcionan un marco robusto para asegurar la calidad en los procesos y servicios, así como para garantizar un entorno laboral seguro y saludable para todos los empleados. En el Capítulo IV, se detallan de manera exhaustiva los elementos clave que conforman el diseño de la estructura del SIG, asegurando que este sistema sea no solo eficiente, sino también completamente alineado con las necesidades del hospital.

Es fundamental que el sistema permita que los procesos favorezcan la mejora continua en la calidad del servicio prestado, a la vez que se asegure el cumplimiento de los estándares de SST en cada una de sus áreas. La integración de estos dos aspectos calidad del servicio y bienestar laboral no solo optimiza el desempeño del hospital, sino que también refuerza su compromiso de los trabajadores y clientes. La propuesta, por lo tanto, tiene como fin no solo cumplir con los requisitos normativos, sino también crear un ambiente de trabajo que promueva el bienestar integral, contribuyendo a la gestión eficiente de recursos dentro del hospital.

## CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE DISEÑO Y PLAN DE ACCIÓN

El diseño de la propuesta y plan de acción expresa el propósito de un proceso de investigación aplicada, que se nutre de la información recolectada en los segmentos previos y refleja la creatividad de los investigadores en dar respuesta a los problemas que se detectaron en el análisis de los datos recabados.

A partir de los resultados del diagnóstico previo y la información obtenida mediante los instrumentos de recolección de datos detallados en el capítulo III, se elaboró una propuesta de sistema documental que cumple con los requisitos de un Sistema Integrado de Gestión (SIG) en calidad y en seguridad y salud en el trabajo, de acuerdo con las normas ISO

Las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 siguen una estructura de alto nivel, se realizó un análisis normativo para identificar los requisitos comunes, asociándolos con los elementos del ciclo de mejora continua.

### 4.1. Descripción de la propuesta de diseño

La estructura documental del SIG se basó en los requerimientos de la información documentada de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 los cuales deben estar alineados a las necesidades del Hospital Nacional Psiquiátrico de acuerdo al estudio previo realizado en capítulo III; para garantizar una adecuada relación entre los objetivos y las causas reales del problema, se establecerán las acciones requeridas para el desarrollo del Sistema Integrado de Gestión, las cuales incluyen: la Política del SIG, procesos, documentos, matrices y formatos. Cada uno de estos componentes está diseñado tanto para satisfacer las exigencias de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018, como para cubrir las demandas de los empleados y usuarios del hospital.

Además, se propone las modificaciones a los procedimientos del **Manual de Proceso –**

**Proporcionar Atenciones de Salud Integrales en Hospitalización**, tales como:

- Procedimiento de gestión de internación para el servicio de crónicos.
- Procedimiento de visita médica para los servicios de agudos y crónicos.
- Procedimiento de egreso de pacientes para el servicio de crónicos.

Con la finalidad de alinear las actividades del área hospitalización de psiquiatría con el manual de hospitalización vigente.

#### 4.1.1. Estructura documental propuesta

La norma ISO 9001:2015, la cual está enfocada en los sistemas de gestión de la calidad (SGC), y la norma ISO 45001:2018, que aborda los sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SST), coinciden en no proporcionar una estructura documental concreta, lo que facilita la adaptabilidad de las organizaciones para administrar la documentación de sus sistemas. ISO 9001:2015 establece requisitos generales para asegurar la calidad en los procesos y productos, mientras que ISO 45001:2018 se enfoca en identificar, evaluar y controlar los riesgos asociados a la salud y seguridad en el trabajo, mejorando continuamente el desempeño en esta área. Sin embargo, la norma ISO 10013:2021 proporciona una guía útil para estructurar la documentación en un sistema de gestión integrado

**Figura 10:** Pirámide Documental de un Sistema Integrado de Gestión



Fuente. Elaboración propia, adaptado de la jerarquía de la documentación según la Norma ISO 10013:2020

**Basados en esta norma se propone la siguiente documentación**

**Tabla 21:** Propuesta de estructura documental

No.	Requisitos ISO 9001:2015	No.	Requisitos ISO 45001:2018	Acción a tomar		
				Documento conforme	Actualizar	Crear documento
4	Contexto de la organización	4	Contexto de la organización			
4.1	Comprensión de la organización y de su contexto	4.1	Comprensión de la organización y de su contexto			Manual de SIG: <ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimiento de análisis de contexto y partes interesadas pertinentes.</li> <li>Matriz FODA</li> <li>Matriz de estrategias</li> </ul>
4.2	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	4.2	Comprensión de las necesidades y expectativas de los trabajadores y de otras partes interesadas			Manual de SIG: <ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimiento de análisis de contexto y partes interesadas pertinentes.</li> <li>Matriz de análisis de partes interesadas</li> </ul>
4.3	Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad	4.3	Determinación del alcance del sistema de gestión de la SST			Manual de SIG: <ul style="list-style-type: none"> <li>Alcance del SIG</li> </ul>
4.4	Sistema de gestión de la calidad y sus procesos	4.4	Sistema de gestión de la SST			Manual de SIG: <ul style="list-style-type: none"> <li>Mapa de procesos</li> </ul>
5	Liderazgo	5	Liderazgo y participación de los trabajadores			
5.1	Liderazgo y compromiso	5.1	Liderazgo y compromiso			Manual de SIG: <ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimiento de revisión por la dirección</li> <li>Actas de revisión por la dirección</li> </ul>
5.1.1	Generalidades		N/A			
5.1.2	Enfoque al cliente		N/A			
5.2	Política	5.2	Política de la SST			Manual de SIG <ul style="list-style-type: none"> <li>Política de SIG.</li> <li>Declaración</li> </ul>
5.2.1	Establecimiento de la política de		N/A			

No.	Requisitos ISO 9001:2015	No.	Requisitos ISO 45001:2018	Acción a tomar		
				Documento conforme	Actualizar	Crear documento
	la calidad					documentada de la SIG, política y objetivos
5.2.2	Comunicación de la política de la calidad		N/A			Manual de SIG: <ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimiento de comunicación interna y externa</li> </ul>
5.3	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	5.3	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	Manual de organización y funciones		Manual de SIG: <ul style="list-style-type: none"> <li>Reglamento del comité de SSO</li> </ul>
	N/A	5.4	Consulta y participación de los trabajadores			Manual de SIG: <ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimiento de participación de los trabajadores</li> <li>Matriz de participación y consulta de los trabajadores.</li> </ul>
6	Planificación	6	Planificación			
6.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	6.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades			Manual de SIG: <ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimiento de evaluación de riesgos y oportunidades</li> <li>Matriz de riesgos y oportunidades</li> <li>Procedimiento para la identificación de peligros y evaluación de riesgos</li> <li>Matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos.</li> <li>Matriz de</li> </ul>
6.1.1	<i>Sin título</i>	6.1.1	Generalidades			
6.1.2	<i>Sin título</i>	6.1.2	Identificación de peligros y evaluación de los riesgos y oportunidades			
	N/A	6.1.2.1	Identificación de peligros			
	N/A	6.1.2.2	Evaluación de los riesgos para la SST y otros riesgos para el sistema de gestión de la SST			
	N/A	6.1.2.3	Evaluación de las oportunidades para la SST y			

No.	Requisitos ISO 9001:2015	No.	Requisitos ISO 45001:2018	Acción a tomar		
				Documento conforme	Actualizar	Crear documento
			otras oportunidades para el sistema de gestión de la SST			requisitos legales y otros requisitos. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de plan de acción</li> </ul>
	N/A	6.1.3	Determinación de los requisitos legales y otros requisitos			
	N/A	6.1.4	Planificación de acciones			
6.2	Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	6.2	Objetivos de la SST y planificación para lograrlos			Manual de SIG: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivos de SIG</li> <li>• Declaración documentada del SIG, política y objetivos.</li> </ul>
6.2.1	<i>Sin título</i>	6.2.1	Objetivos de la SST			
6.2.2	<i>Sin título</i>	6.2.2	Planificación para lograr los objetivos de la SST			
6.3	Planificación de los cambios		N/A			Manual de SIG: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de gestión del cambio</li> </ul>
7	Apoyo	7	Apoyo			
7.1	Recursos	7.1	Recursos	Plan Operativo Anual (POA)		
7.1.1	Generalidades		N/A			
7.1.2	Personas		N/A			
7.1.3	Infraestructura		N/A			
7.1.4	Ambiente para la operación de los procesos		N/A			
7.1.5	Recursos de seguimiento y medición		N/A			
7.1.5.1	Generalidades		N/A			
7.1.5.2	Trazabilidad de las mediciones		N/A			
7.1.6	Conocimientos de la organización		N/A			
7.2	Competencia	7.2	Competencia	• Manual de		

No.	Requisitos ISO 9001:2015	No.	Requisitos ISO 45001:2018	Acción a tomar		
				Documento conforme	Actualizar	Crear documento
				proceso de reclutamiento, selección y contratación. <ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimiento para formación y capacitación para personal</li> </ul>		
7.3	Toma de conciencia	7.3	Toma de conciencia			Manual de SIG <ul style="list-style-type: none"> <li>Declaración documentada de la SIG, política y objetivos</li> </ul>
7.4	Comunicación	7.4	Comunicación			Manual de SIG <ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimiento de comunicación interna y externa</li> <li>Matriz de comunicación de SIG</li> </ul>
	N/A	7.4.1	Generalidades			
	N/A	7.4.2	Comunicación interna			
	N/A	7.4.3	Comunicación externa			
7.5	Información documentada	7.5	Información documentada			Manual de SIG <ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimiento de información documentada.</li> <li>Lista maestra de información documentada del SIG.</li> <li>Lista maestra de documentación externa.</li> <li>Formato de extravío de copias controladas.</li> <li>Formato de entregas de copias controladas.</li> <li>Formato de destrucción de documentos.</li> </ul>
7.5.1	Generalidades	7.5.1	Generalidades			
7.5.2	Creación y actualización	7.5.2	Creación y actualización			
7.5.3	Control de la información documentada	7.5.3	Control de la Información documentada			
8	Operación	8	Operación			
8.1	Planificación y control operacional	8.1	Planificación y control operacional	Manual de procesos Fichas de procesos		
	N/A	8.1.1	Generalidades			Manual de SIG:

No.	Requisitos ISO 9001:2015	No.	Requisitos ISO 45001:2018	Acción a tomar		
				Documento conforme	Actualizar	Crear documento
	N/A	8.1.2	Eliminar peligros y reducir riesgos para la SST			<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimiento para la identificación de peligros y evaluación de riesgos</li> <li>Matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos.</li> </ul>
	N/A	8.1.3	Gestión del cambio			Manual de SIG: <ul style="list-style-type: none"> <li>Formato de gestión del cambio</li> </ul>
	N/A	8.1.4	Compras			Manual de SIG: <ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos de compras y evaluación de proveedores</li> </ul>
	N/A	8.1.4.1	Generalidades			
	N/A	8.1.4.2	Contratistas			
	N/A	8.1.4.3	Contratación externa			
		8.2	Preparación y respuesta ante emergencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de emergencia y contingencias.</li> <li>Actas de comité de desastre y emergencia</li> </ul>		
8.2	Requisitos para los productos y servicios					
8.2.1	Comunicación con el cliente		N/A			
8.2.2	Determinación de los requisitos para los productos y servicios		N/A	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan Operativo Anual</li> <li>Manuales de procesos</li> <li>Hojas de consentimiento o informado.</li> </ul>		
8.2.3	Revisión de los requisitos para los productos y servicios		N/A			
8.2.4	Cambios en los requisitos para los productos y		N/A			

No.	Requisitos ISO 9001:2015	No.	Requisitos ISO 45001:2018	Acción a tomar		
				Documento conforme	Actualizar	Crear documento
	servicios					
8.3	Diseño y desarrollo de productos y servicios		N/A	Ministerio de Salud es responsable del diseño y desarrollo de productos y servicios por medio de la DNH aplicando el marco normativo: Lineamientos técnicos para la categorización de establecimientos prestadores de servicios de salud del Ministerio de Salud y el Reglamento Técnico Administrativo- EXCD-N-17-2RTA-CLINICAS ESPECIALIZADAS. Por esta razón el apartado 8.3 no aplica al hospital.		
8.3.1	Generalidades		N/A	N/A	N/A	N/A
8.3.2	Planificación del diseño y desarrollo		N/A	N/A	N/A	N/A
8.3.3	Entradas para el diseño y desarrollo		N/A	N/A	N/A	N/A
8.3.4	Controles del diseño y desarrollo		N/A	N/A	N/A	N/A
8.3.5	Salidas del diseño y desarrollo		N/A	N/A	N/A	N/A
8.3.6	Cambios del diseño y desarrollo		N/A	N/A	N/A	N/A
8.4	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente		N/A			Manual de SIG: <ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos de compras y evaluación de proveedores</li> </ul>
8.4.1	Generalidades		N/A			
8.4.2	Tipo y alcance del control		N/A			
8.4.3	Información para los proveedores externos		N/A			
8.5	Producción y provisión del servicio		N/A	Manuales del macro proceso		
8.5.1	Control de la producción y de la provisión del servicio		N/A	M03-Atención en Salud Integral e Integrada a la Persona en Curso de Vida con Enfoque de Atención Primaria en Salud	Manual de Proceso – Proporcionar Atenciones de Salud Integrales en Hospitalización. <ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimiento de gestión</li> </ul>	

No.	Requisitos ISO 9001:2015	No.	Requisitos ISO 45001:2018	Acción a tomar		
				Documento conforme	Actualizar	Crear documento
					<p>de internación para el servicio de crónicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimiento de visita médica para los servicios de agudos y crónicos</li> <li>• Procedimiento de egreso de pacientes para el servicio de crónicos</li> </ul>	
8.5.2	Identificación y trazabilidad		N/A			
8.5.3	Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos		N/A			
8.5.4	Preservación		N/A			
8.5.5	Actividades posteriores a la entrega		N/A			
8.5.6	Control de los cambios		N/A			
8.6	Liberación de los productos y servicios		N/A	Expedientes clínicos		
8.7	Control de las salidas no conformes		N/A			<p>Manual SIG.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Matriz de no conformidades y acciones correctivas</li> </ul>
9	Evaluación del desempeño	9	Evaluación del desempeño			
9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación	9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matriz de indicadores de procesos y de calidad.</li> </ul>		<p>Manual SIG</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Matriz de procedimientos y reclamos.</li> <li>• Matriz de inspecciones</li> <li>• Informes de</li> </ul>

No.	Requisitos ISO 9001:2015	No.	Requisitos ISO 45001:2018	Acción a tomar		
				Documento conforme	Actualizar	Crear documento
9.1.1	Generalidades	9.1.1	Generalidades			accidentes. • Matriz de requisitos legales y otros requisitos
9.1.2	Satisfacción del cliente	9.1.2	Evaluación del cumplimiento			
9.1.3	Análisis y evaluación		N/A			
9.2	Auditoría interna	9.2	Auditoría interna			Manual de SIG: • Procedimiento de auditoría interna. • Plan de auditoría Interna • Programa de auditoría interna. • Informe de auditoría interna. • Matriz de no conformidades y acciones correctivas. • Perfil del auditor del SIG. • Análisis de competencias de auditores internos. • Listas de asistencia
9.2.1	<i>Sin título</i>	9.2.1	Generalidades			
9.2.2	<i>Sin título</i>	9.2.2	Programa de auditoría interna			
9.3	Revisión por la dirección	9.3	Revisión por la dirección	• Actas de revisión por la dirección		Manual de SIG: • Procedimiento de revisión por la dirección
9.3.1	Generalidades		N/A			
9.3.2	Entradas de la revisión por la dirección		N/A			
9.3.3	Salidas de la revisión por la dirección		N/A			
10	Mejora	10	Mejora			Manual de SIG: • Procedimiento de gestión de la mejora. • Matriz de no conformidades y acciones correctivas. • Registro de incidentes
10.1	Generalidades	10.1	Generalidades			
10.2	No conformidad y acción correctiva	10.2	Incidentes, no conformidades y acciones correctivas			
10.3	Mejora continua	10.3	Mejora continua			

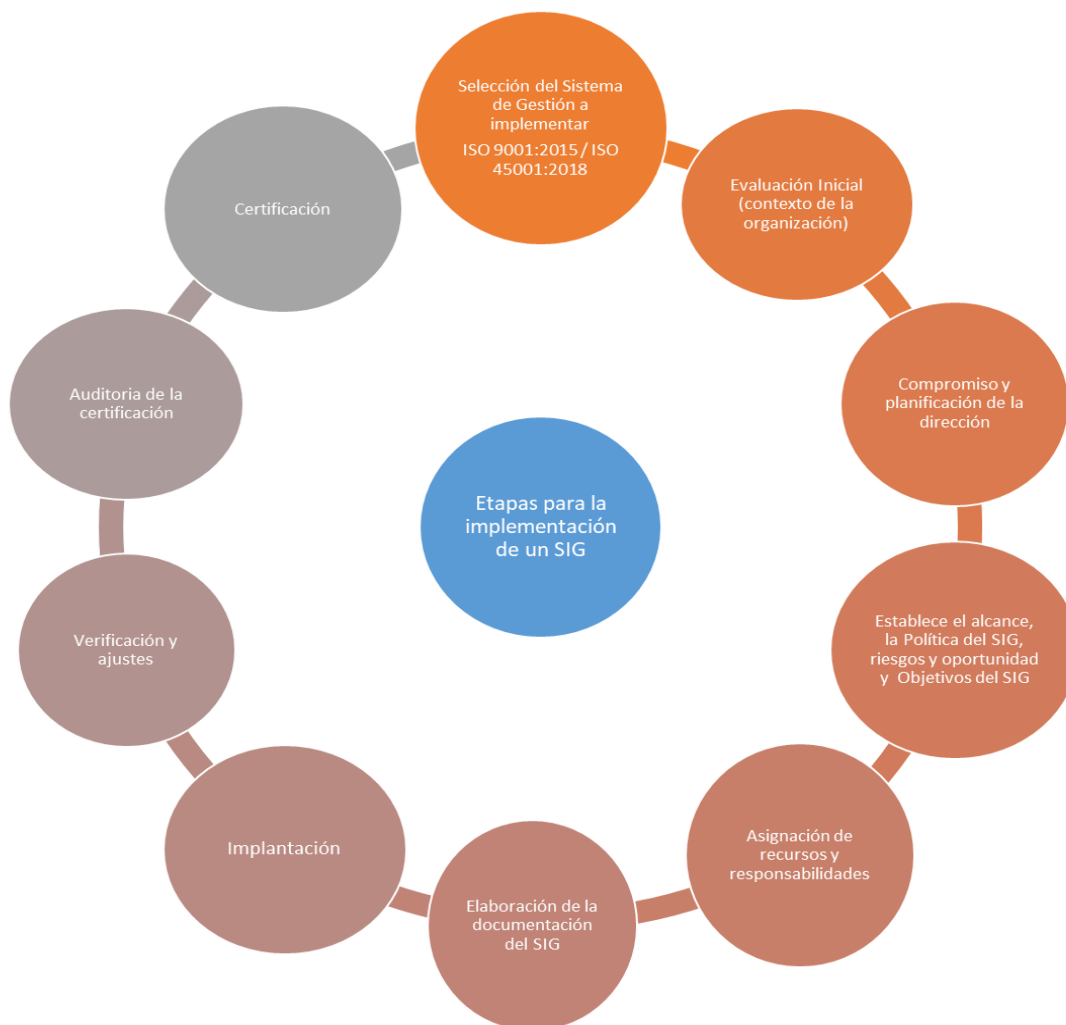
Fuente: elaboración propia

#### 4.2. Plan de acción:

Para la puesta en funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión en el Hospital Nacional Psiquiátrico, se fija un periodo de dos años, en el que se llevarán a cabo todas las tareas requeridas para su implementación. Para realizar la implementación de este sistema de gestión integrado de calidad y seguridad y salud laboral, se toman en cuenta los siguientes factores:

- a. **Tamaño de la organización:** Al tratarse de una organización grande, con más de 600 empleados, el proceso de adaptación a los requisitos normativos demandará más tiempo debido al volumen de información que debe analizarse.
- b. **Diagnóstico realizado:** El resultado de la evaluación inicial permite clarificar el estado actual del proceso en relación con los requisitos normativos. Este diagnóstico es crucial para determinar las actividades que deben modificarse, actualizarse o diseñarse conforme a los estándares.
- c. **Documentos, leyes y reglamentos:** Es fundamental revisar los marcos legales y reglamentarios aplicables, ya que sustentan la operatividad de la Subgerencia de Prestaciones y son esenciales para los procesos ejecutados. Este marco regulatorio incluye leyes y reformas de cumplimiento obligatorio para la concesión de prestaciones.
- d. **Entrada en vigor de nuevas regulaciones:** La implementación debe considerar la Ley de Procedimientos Administrativos y la Ley de Mejora Regulatoria, que exigen revisar tanto las operaciones actuales como las que se generen bajo el sistema integrado de gestión conforme a las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018.

Considerando estos factores, se estima que el plazo para la implementación completa del sistema será de dos años. Este período se estructurará en fases claramente definidas, enfocadas en acciones estratégicas que garantizarán no solo el cumplimiento de los requisitos normativos establecidos por las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018, sino también la efectiva operatividad de los procesos integrados. Estas acciones incluirán actividades clave como la capacitación del personal, la asignación de recursos necesarios, la implementación de tecnologías de apoyo, el monitoreo constante de avances, y la realización de auditorías internas para asegurar la mejora continua durante cada etapa. Esta planificación detallada permitirá abordar los desafíos del proyecto de manera ordenada y sostenible, asegurando que los beneficios del sistema integrado se materialicen en el corto y largo plazo.

**Figura 11:** Pasos para una implantación de un SIG

Fuente: elaboración propia

Cada etapa representada en el esquema anterior constituye la base para una implementación efectiva del Sistema Integrado de Gestión (SIG). El éxito de cada fase depende del compromiso y empoderamiento tanto de la alta dirección como de todos los colaboradores del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”. A continuación, en la tabla, se presenta un desglose detallado de cómo se desarrollará la implementación del SIG en el hospital, estructurado en etapas y fases que abarcan desde el pre diagnóstico hasta la certificación final. Esta estructura permitirá una ejecución organizada y coherente, asegurando que todos los aspectos del SIG se aborden de manera eficaz y eficiente.

**Tabla 22:** Grupo gestor implementador del SIG

Cargo	Responsabilidades
Director	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir y comunicar la importancia del SIG</li> <li>• Participar en las revisiones periódicas del SIG para evaluar su eficacia y tomar decisiones sobre posibles ajustes.</li> <li>• analizar los resultados de las auditorías, indicadores de desempeño, no conformidades y sugerencias de mejora.</li> </ul>
Jefe de Planificación y epidemiología	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar análisis del contexto de la organización y gestionar recursos para el funcionamiento del SIG.</li> <li>• Definir los objetivos estratégicos alineados con la misión y visión de la organización, asegurando que estos sean coherentes con los requisitos de las normas ISO.</li> </ul>
Jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionar capacitación al personal sobre el SIG.</li> <li>• Socialización sobre los procesos del SIG</li> <li>• Apoyo técnico para la elaboración de documentación del sistema</li> <li>• Gestión de riesgos de la ISO 900:2015</li> <li>• Identificación de peligros y evaluación de riesgos ISO 45001:2018</li> <li>• Mantenimiento y actualización de la información documentada</li> <li>• Planificar y gestionar las Auditorias del SIG</li> </ul>
Comité de Seguridad y Salud Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Velar por el cumplimiento del marco normativo legal relacionado al SGSST</li> <li>• Participar en la elaboración, aprobación, puesta en práctica y evaluación de las políticas.</li> <li>• Elaborar planes y programas de promoción de la seguridad y salud en el trabajo, de la prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia

**Tabla 23:** Plan de actuación para la puesta en marcha del Sistema Integrado de Gestión.

Etapa	Fase	Acción	Responsable
Etapa I: prediagnóstica	Contacto inicial con el cliente	Es fundamental establecer una comunicación con el cliente para comprender sus	Consultores del SIG

Etapa	Fase	Acción	Responsable
		necesidades y expectativas	
Etapa II Diagnóstico o Evaluación Inicial	Concientización	Ejecutar actividades de sensibilización y formar un equipo interno para el SIG.	Consultores del SIG Equipo implementador
	Análisis del contexto de la organización	Analizar el ambiente interno y externo, detectar elementos críticos y normativas.	Consultores del SIG Jefe de planificación
	Evaluación del grado de cumplimiento de la organización	Analizar el grado actual de madurez en relación con la gestión y los procesos.	Consultores del SIG Equipo implementador
Etapa III Planificación y Diseño del SIG	Diseño del SIG	Elaborar la estructura del SIG y establecer procesos, obligaciones y recursos.	Consultores del SIG Equipo implementador
Etapa IV Documentación del SIG	Establecimiento de Política del SIG y Objetivos	Elaborar una política del SIG y definir objetivos precisas y cuantificables.	Consultores del SIG Equipo implementador
	Identificación de Riesgos y Controles del SIG	Identificar los riesgos y definir los controles para mitigarlos	
	Identificación de peligros y evaluación de riesgos en los lugares de trabajo	Identificar de los peligros y la evaluación de los riesgos (IPER), estimar la magnitud de todos los riesgos laborales asociados a las actividades que se realizan en el hospital	
	Identificación de Clientes y Partes Interesadas	Identificar y analizar a las partes interesadas, comprender sus necesidades y expectativas, y desarrollar un plan de participación.	
	Desarrollo del Manual del SIG	Desarrollar un manual integral del Sistema Integrado de Gestión (SIG) que documente exhaustivamente todos los procesos, políticas y procedimientos establecidos.	
Etapa V. Implementación del SIG.	Capacitación	Desarrollar un programa integral de capacitación para el personal en la implementación del Sistema de Gestión Integrado (SIG), que incluya sesiones teóricas y prácticas.	Consultores del SIG Equipo implementador
	Pilotaje	Llevar a cabo una prueba piloto del Sistema de Gestión Integrado (SIG) en un área o proceso específico de la organización. Este piloto permitirá observar el desempeño y efectividad del sistema en un entorno controlado.	Equipo implementador
	Soporte en la implementación del SIG	Brindar apoyo continuo durante toda la implementación del Sistema Integrado de Gestión (SIG), acompañando cada etapa del proceso para asegurar su correcta ejecución y el logro de los objetivos planteados.	Consultores del SIG Equipo implementador
Etapa VI. Evaluación del SIG	Auditoría interna. (Evaluación del SIG)	Llevar a cabo una auditoría interna exhaustiva del Sistema Integrado de Gestión (SIG) con el fin de evaluar su efectividad, cumplimiento y alineación con los estándares	Consultores del SIG Equipo implementador

Etapa	Fase	Acción	Responsable
		establecidos por las normativas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018. Esta auditoría debe revisar cada proceso y procedimiento implementado, identificar áreas de mejora y detectar posibles no conformidades.	
	Soporte en la Administración de Nuevos Hallazgos	Proporcionar apoyo integral en la gestión y resolución de los hallazgos detectados durante la auditoría interna del Sistema Integrado de Gestión (SIG), asegurando que cada no conformidad o área de mejora sea abordada de manera efectiva. Este proceso implica colaborar con los responsables de cada área para identificar las causas raíz de los hallazgos, desarrollar planes de acción correctiva específicas y verificar la implementación de las soluciones propuestas.	Equipo implementador
	Reevaluación del Grado de Madurez de la Organización	Revisión del grado de madurez después de la implementación del SIG y cotejar con la evaluación inicial.	Consultores del SIG
Etapa VII Mantenimiento y mejora del SIG	Fortalecimiento y consolidación de la mejora continua	Promover activamente una cultura de mejora continua dentro de la organización, asegurando que todos los miembros del equipo comprendan la importancia de optimizar constantemente los procesos y prácticas.	Equipo implementador
	Revisión por la Dirección	Llevar a cabo revisiones periódicas del Sistema Integrado de Gestión (SIG) por parte de la dirección, con el fin de evaluar su alineación continua con los objetivos estratégicos del hospital. Estas revisiones deben incluir un análisis exhaustivo del desempeño del sistema, considerando indicadores clave, resultados de auditorías, retroalimentación de las partes interesadas y el cumplimiento de las normativas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018.	Dirección
Etapa VIII Certificación del SIG	Asesoría y asistencia en la certificación	Brindar apoyo durante el proceso de certificación del Sistema Integrado de Gestión (SIG) en colaboración con un organismo acreditado, asegurando que la organización cumpla con todos los requisitos previos y esté completamente preparada para la auditoría externa. Esto incluye la coordinación y recopilación de la documentación requerida, la revisión de los procesos y procedimientos, y la verificación del cumplimiento con las normativas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018.	Consultores del SIG

Fuente: elaboración propia

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Tras concluir la investigación de campo y analizar en profundidad la propuesta de diseño de un Sistema Integrado de Gestión (SIG) para el Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”, la cual se basó, en las normas ISO 9001:2015 y en la ISO 45001:2018, se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas de este estudio. El análisis ha permitido identificar las necesidades específicas del hospital en términos de calidad de atención y protección de la salud laboral, y ha facilitado la adaptación de los requisitos normativos a su entorno particular.

### **CONCLUSIONES**

- Esta investigación ha permitido evidenciar la necesidad de desarrollar una estructura documental sólida y alineada con los requisitos de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 en el Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez". A pesar de contar con una extensa documentación proveniente del nivel central del Ministerio de Salud, se determinó que está incompleta y no adaptada según los estándares de calidad y SST que exigen dichas normas. Las entrevistas realizadas con el personal clave permitieron corroborar que los documentos actuales no cumplen plenamente con los requisitos normativos.
- La evaluación del nivel de cumplimiento de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 en la organización ha revelado que, si bien se ha logrado un avance significativo en la implementación de los estándares de gestión de calidad (73%), existe una importante brecha en cuanto a los requisitos de seguridad y salud en el trabajo, con un cumplimiento de solo el 25%. Estos resultados evidencian que, aunque la organización ha desarrollado una base sólida en la gestión de calidad, aún debe fortalecer considerablemente su estructura documental y sus prácticas para cumplir con los requisitos de la norma ISO 45001:2018.
- Los resultados del análisis de las disposiciones legales referidas a los decretos 254, 86 y 89; aplicables en el Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" evidenció un cumplimiento del 82%, reflejando avances significativos en la seguridad y salud ocupacional (SSO). Sin embargo, el 18% de incumplimiento destaca áreas de mejora, como la gestión de riesgo, la difusión de los programas de prevención y su concientización. Alcanzar un cumplimiento total fortalecería la seguridad laboral y fomentaría una cultura organizacional preventiva. Este análisis resalta la importancia de integrar completamente los requisitos normativos y promover un sistema de gestión enfocado en la mejora continua.

## RECOMENDACIONES

- Es fundamental la readecuación de la documentación existente para ajustarla a los lineamientos de las normas ISO, así como la creación de nuevos documentos que cubran áreas desatendidas en el sistema actual. Esta estructuración documental no solo facilitará la integración de los sistemas de gestión de calidad y SST, sino que también promoverá un entorno organizacional más eficiente, enfocado en la mejora continua y en el cumplimiento de estándares internacionales.

La propuesta de un SIG, con una estructura documental acorde a las ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018, apoyará al hospital en el objetivo de brindar servicios de alta calidad, al tiempo que asegura la salud y seguridad de sus trabajadores, contribuyendo así al fortalecimiento de la gestión hospitalaria y al cumplimiento de sus metas estratégicas; Además, se sugiere involucrar a los líderes de cada área en este proceso, mediante capacitaciones sobre los beneficios de un Sistema Integrado de Gestión (SIG), dando a conocer la importancia del cumplimiento normativo. Esto facilitará la comprensión y el compromiso del personal con el SIG, promoviendo una cultura de calidad y SST en la institución.

- Se sugiere realizar auditorías internas periódicas para monitorear el avance en el cumplimiento de los requisitos de ambas normas y asegurar la integración gradual de los elementos de la ISO 45001:2018 e ISO 9001:2015 que faltan para dar cumplimiento al SIG. Involucrar a los líderes de cada área en estas mejoras es clave para fomentar una cultura de SST y calidad en toda la organización, promoviendo el compromiso de todos los niveles en la creación de un entorno de trabajo seguro y eficiente. En función de estos, la organización podrá fortalecer su Sistema Integrado de Gestión (SIG) y avanzar hacia un cumplimiento normativo completo.
- Se recomienda desarrollar e implementar un plan de acción específico para alcanzar el cumplimiento total de los requisitos de la legislación nacional en materia de seguridad y salud en el trabajo (SST), con especial atención a los aspectos pendientes de los decretos 254, 86 y 89 de El Salvador. Este plan debe incluir:
  - ✓ Evaluación y control de riesgos específicos en aquellas áreas con menor nivel de cumplimiento, implementando medidas de prevención y mitigación adecuadas.

- ✓ Fortalecimiento de los programas de capacitación y sensibilización en SST, asegurando que todos los empleados comprendan sus responsabilidades y cuenten con las habilidades necesarias para trabajar de manera segura y conforme a la normativa vigente.
- ✓ Monitoreo y auditorías internas periódicas para evaluar de forma continua el avance en el cumplimiento de los requisitos normativos y legales, y para detectar áreas de mejora en tiempo real.
- ✓ El cierre de brechas de cumplimiento mejorará las condiciones laborales y fortalecerá la cultura de SST, consolidando así un entorno seguro que beneficie tanto a los trabajadores como a los usuarios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acero Giraldo, Y., & Farías Barrios, F. R. (2018). *Modelo de adecuación del Sistema Integrado de Gestión para la Mejora de la Calidad en la Planta de Tratamiento de Agua de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins* [Tesis, Universidad Nacional del Callao].
- Argueta, A. M., y Martínez, M. Y., (2017). Gestión por procesos en la calidad de atención que se brinda a los usuarios del servicio de medicina del Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque, febrero a julio 2017 [Tesis, Universidad de El Salvador].  
<https://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.ues.edu.sv/server/api/core/bitstreams/aa7152a0-65d6-4d85-a130-a253e1b17a32/content>.
- Chávez Molina, P. M., Peralta Santamaría, A. del C., y Soto de Zeledón, J. G. (2017). *Diagnóstico del área de enfermería de la unidad de emergencia del hospital nacional “Dr. Juan José Fernández” Zacamil (HNZ), a partir de la formulación de una herramienta para la evaluación de los riesgos laborales.* (pp. 92–93) [Tesis, UNIVERSIDAD DON BOSCO].  
<https://rd.udb.edu.sv/server/api/core/bitstreams/c51e929d-077f-4fe5-a090-e66ac93aaa4f/content>
- Comité Internacional de la Cruz Roja. (2019). Guía de Salud Mental y Apoyo Psicosocial. Ginebra, Suiza: CICR. <https://doi.org/https://www.icrc.org/es/publication/guia-de-salud-mental-y-apoyo-psicosocial>
- Decreto No. 77, *Reglamento de la Ley del Sistema Básico de Salud Integral*, (2 de octubre de 2006). Diario Oficial El Salvador No. 182, Tomo No. 373.
- Escuela Nacional de Administración Pública. (2021). *Gestión por Procesos para la Administración Pública* (Primera, pp. 40–41). Escuela Nacional de Administración Pública. (Original work published 2021)  
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2679188/Gesti%C3%B3n%20por%20Procesos%20para%20la%20Administraci%C3%B3n%20P%C3%ABlica.pdf>
- Estrada Regalado, Luis Carlos, Dr., Blanco Domínguez, Marjorie Delfina, Ing., y Amaya Figueroa, R. A., Dr. (2018). *Implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la*

*norma ISO 9001:2015 Para el proceso de atención de emergencia obstétrica del Hospital Materno Infantil Primero de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)* (p. 3) [Tesis, Universidad Don Bosco]. <https://rd.udb.edu.sv/server/api/core/bitstreams/d937a1ec-17e0-42e1-a75c-fc87da94c327/content>

Fragela Formoso, J. A., Carral Couce, L., Iglesias Rodríguez, G., Castro Ponte, A., & Rodríguez Guerreiro, M. J. (2011). La integración de los sistemas de gestión. Necesidad de una nueva cultura empresarial. *DYNA*, 44-49.

Fraguela Formoso, JA, Carral Couce, L., Iglesias Rodríguez, G., Castro Ponte, A., y Rodríguez Guerreiro, MJ (2011). *La Integración de los Sistemas de Gestión. Necesidad de una Nueva Cultura Empresarial*. *Dina*, 78 (167), 44-49.

Google. (27 de 03 de 2024). Google maps. <https://www.google.com/maps/@13.7140741,-89.1376965,18.5z?entry=ttu>

Gutiérrez Quintanilla, J. R., y Lobos Rivera, M. E. (2019). *Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario* (p. 8 - 118) [Investigación, Universidad Tecnológica de El Salvador]. <https://www.utec.edu.sv/vips/uploads/investigaciones/investigacion89.pdf>

Gutiérrez Teo, M. M., Castro Rodríguez, O. A., & Urías Rivas, M. J. (2021). Diseño de un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo basado en la norma ISO 45001 para la facultad de odontología de la Universidad de El Salvador [Trabajo de Graduación, Universidad de El Salvador]. <https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/22972/1/DISE%C3%91O%20DE%20UN%20SISTEMA%20DE%20GESTI%C3%93N%20DE%20SEGURIDAD%20Y%20SALUD%20EN%20EL%20TRABAJO%20BASADO%20EN%20LA%20NORMA%20ISO%2045001%20PARA%20LA%20FACULTAD%20DE%20ODONTOLOG%C3%8DA%20DE%20LA%20UNIVERSIDAD%20DE%20EL%20SALVADOR.pdf>

Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las ruta cuantitativa, cualitativa y mixta* (7th ed.). Mc Graw Hill. (Original work published 2018).

Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez". (2023). Plan Anual Operativo 2024.

Ministerio de Salud.

ISO 45001. (13 de 03 de 2018). ISO 45001:2018. Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo - Requisitos con orientación para su uso. Gnebra, Suiza: ISO Org.

ISO 9000. (15 de 09 de 2015). ISO 9000:2015. Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario, 8. Ginebra, Suiza: ISO Org.

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR. (02 de octubre de 2020). LEY DE PROPIEDAD INTELECTUAL. 65. San Salvador, El Salvador: Diario Oficial de El Salvador.

<https://elsalvador.eregulations.org/media/LEY%20DE%20PROPIEDAD%20INTELECTUAL.pdf>

Landaverde Rosales y Mejia Nuila. (2020). Consultoría sobre la formación de una estructura documental de la gestión de calidad, según la norma ISO 9001-2015 para el Programa de Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA) del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), El Salvador. [Tesis, Universidad de El Salvador].

<https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/23083/1/tesis%20pdf.pdf>

Ledesma Alférez, K. S., & Pérez Arcila, A. (2019). *Sistema integrado de gestión para una clínica de mediana y alta complejidad del municipio de Tuluá* [Trabajo graduación, Unidad Central del Valle del Cauca].

<https://repositorio.uceva.edu.co/bitstream/handle/20.500.12993/2694/T00031241.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Medina Rojas, C. A. (2019). *Sistema Integrado de Gestión y su relación con la Calidad del Servicio de Salud en la Clínica San Lorenzo SRL. Cajamarca, 2016* [Tesis, Universidad Alas Peruanas].

[https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.12990/9644/Tesis\\_Sistema\\_Relaci%c3%b3n\\_Servicio.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.12990/9644/Tesis_Sistema_Relaci%c3%b3n_Servicio.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Medina, C., (2019). Sistema integrado de gestión y su relación con la calidad de servicio de salud en la clínica San Lorenzo SRL. Cajamarca, 2016 [Universidad Alas Peruanas].

<https://hdl.handle.net/20.500.12990/9644>

Mercader Alarcón, M. (2021). Implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad con base

a la Norma ISO 9001:2015 en una Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica [Tesis, Universitat Jaume I]. <http://hdl.handle.net/10803/672540>

Ministerio de Salud de El Salvador. (3 de marzo de 2022). Manual de procesos y procedimientos de atención de salud integral en hospitalización. San Salvador, San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud de El Salvador.

Open Stree Map. (28 de 03 de 2024). OpenStreeMap. <https://www.openstreetmap.org/#map=18/13.71451/-89.13919>

Organización Mundial de la Salud. (09 de 11 de 2019). World Health Organization. Retrieved 01 de 06 de 2024, from Seguridad del Paciente: [https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab_1)

UNE 66177. (1 de junio de 2005). Sistemas de gestión. Guía para la integración de los sistemas de gestión. Madrid, España: AENOR.

# **APENDICE**

**Apéndice 1:** Matriz diagnóstica del planteamiento del problema de investigación

Título: Diseño de un Sistema Integrado de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 y Seguridad y Salud en el Trabajo ISO 45001:2018; Aplicable a Los Servicios de Psiquiatría del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez".						
DIAGNOSTICO	SINTOMAS Y SIGNOS	CAUSAS	PRONOSTICO	CONTROL PRONOSTICO	FORUMULACIÓN	SISTEMATIZACIÓN
<p><i>Diagnostico o antecedentes de la situación problemática.</i>  <b>¿Qué es lo que está ocurriendo? (problema principal)</b></p>	<p>Hechos o situaciones que se observan al analizar el objeto de investigación.            (Variable dependiente)</p>	<p>Hechos que se producen por la existencia de los síntomas identificados. (Variable independiente)</p>	<p><i>Situaciones que pueden presentarse si se siguen generando síntomas y causas.</i>  <b>¿Qué es lo que está ocasionando (efectos o consecuencias)</b></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 enunciada (cómo, cuál, dónde, qué) o aseveración, sobre los que se busca resolver y que está estrechamente relacionado con el tema específico a investigar</i></p>	<p><i>Definir preguntas secundarias, las que serán útiles al redactar conclusiones</i></p>
<p>Desde el año 2021 el MINSAL ha implementado la gestión de calidad enfocada a procesos. Esto, a partir de su plan estratégico institucional 2021-2025.            Este enfoque tiene un despliegue para la medicina general en forma genérica y actualmente el Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" en su proceso misional M03: "Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de atención primaria en salud" no se apega en un 100 % a las actividades de atención médica psiquiátrica. Además el despliegue tampoco contempla procesos que sistematicen la cultura de seguridad y salud en el trabajo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Requisitos conformes a ISO 9001:2015 e ISO 45001: 2018.</li> <li>2. Estructura documental (Información documentada).</li> <li>3. Cumplimiento de la legislación vigente (Requisitos legales y otros requisitos)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. incumplimiento parcial de los requisitos conformes a ISO 9001:2015 e ISO 45001: 2018</li> <li>2. No se tiene la estructura documental (Información documentada)</li> <li>3. incumplimiento de la legislación vigente (Requisitos legales y otros requisitos)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pérdida de la imagen Institucional.</li> <li>2. No se logran cumplir los indicadores de gestión.</li> <li>3. Condiciones inseguras.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cumplimiento de los requisitos de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018</li> <li>2. Adecuación de indicadores y su seguimiento de medición.</li> <li>3. Cumplimiento de la legislación vigente.</li> </ol>	<p>¿Cómo afecta la falta de un sistema de gestión integrado ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 en la atención hospitalaria y las condiciones seguras en las instalaciones del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez"?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cómo las condiciones actuales de la estructura documental existente en el hospital servirán de insumo para diseñar un Sistema Integrado con base a los requisitos de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018?</li> <li>2. ¿Cuál es el grado de cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018?</li> <li>3. ¿Cuáles son los requisitos de la norma ISO 45001:2018 y las disposiciones legales que contribuyen al cumplimiento de la legislación vigente?</li> </ol>

Fuente: Adaptado de 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. Grupo Noriega Editores. México. pág. 170.

**Apéndice 2:** Matriz de consistencia de marco referencial

Título: Diseño de un Sistema Integrado de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 y Seguridad y Salud en el Trabajo ISO 45001:2018; Aplicable a Los Servicios de Psiquiatría del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez".						
DIAGNOSTICO (preliminar)	FORMULACIÓN (problema)	SISTEMATIZACIÓN (pregunta de investigación)	OBJETIVOS	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	
					VARIABLES	Medición de indicadores
<p>Descripción o antecedentes de la situación problemática. Qué es lo que está ocurriendo (problema principal)</p>	<p>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</p>	<p>Definir preguntas secundarias, las que serán útiles al redactar conclusiones</p>	<p>Orientan e identifican el tipo de resultados que se pretende lograr. Son las actividades de investigación.</p>	<p>Son respuestas tentativas. Se plantean como aseveraciones Por lo general, guían hacia una dirección concreta</p>	<p>Atributos que se miden o se argumentan, se utilizan para designar cualquier característica o cualidad de la unidad de observación</p>	<p>Su operacionalización es un proceso de traslado de un nivel abstracto a un nivel empírico, observable, medible (cuantitativa o cualitativamente)</p>
<p>Desde el año 2021 el MINSAL ha implementado la gestión de calidad enfocada a procesos. Esto, a partir de su plan estratégico institucional 2021-2025. Este enfoque tiene un despliegue para la medicina general en forma genérica y actualmente el Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" en su proceso misional M03: "Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de atención primaria en salud" no se apega en un 100 % a las actividades de atención médica psiquiátrica. Además, el despliegue tampoco contempla procesos que sistematicen la cultura de seguridad y salud en el trabajo.</p>	<p>¿Cómo afecta la falta de un sistema de gestión integrado ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 en la atención hospitalaria y las condiciones seguras en las instalaciones del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez"?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>¿Cómo las condiciones actuales de la estructura documental existente en el hospital servirán de insumo para diseñar un Sistema Integrado con base a los requisitos de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018?</li> <li>¿Cuál es el grado de cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018?</li> <li>¿Cuáles son los requisitos de las normas ISO 45001:2018 y las disposiciones legales que contribuyen al cumplimiento de la legislación vigente?</li> </ol>	<p><b>Objetivo General:</b> Diseñar un sistema de gestión Integrado con base a las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018, aplicable al Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" con la finalidad de lograr estructurar los procesos de atención hospitalaria referido a la calidad y que ayuden a la alta dirección a gestionar la seguridad y salud en los trabajadores y pacientes</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Proponer la estructura documental ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 que apoye el diseño de un Sistema Integrado con base a los requisitos de las normas</li> <li>Evaluar el nivel de cumplimiento de la norma ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 en la organización con base a la documentación existente.</li> <li>Determinar los requisitos de la norma ISO 45001:2018 y las disposiciones legales que contribuyen al cumplimiento de la legislación vigente</li> </ol>	<p><b>Hipótesis General:</b> El diseño de un sistema de gestión integrado del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez", facilitará el cumplimiento de los requisitos de la calidad y seguridad y salud en el trabajo</p> <p><b>Hipótesis específicas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>La estructura documental con base a ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 apoyará el diseño del sistema de gestión integrado.</li> <li>El grado de cumplimiento actual de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 será mayor al 30 %.</li> <li>La determinación de los requisitos de la norma ISO 45001:2018 y las disposiciones legales contribuirá al cumplimiento de la legislación vigente.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Requisitos conformes a ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018.</li> <li>Estructura documental (Información documentada)</li> <li>Cumplimiento de la legislación vigente (Requisitos legales y otros requisitos)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de cumplimiento de los requisitos de las normas (% CRN).</li> <li>Porcentaje de documentos conforme al Sistema de Gestión. (% DCS).</li> <li>Porcentaje cumplimiento de la legislación vigente. (%CLV)</li> </ol>

Fuente: Adaptado de 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. Grupo Noriega Editores. México. pág. 17

**Apéndice 3:** Matriz metodológica de consistencia de la investigación

Diseño de un Sistema Integrado De Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 y Seguridad y Salud en el Trabajo ISO 45001:2018; Aplicable a los servicios de psiquiatría del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez"					
Formulación/ Sistematización	Objetivos	Hipótesis	Operacionalización de variables		Diseño metodológico
			Variables	Medición (indicadores)	
<i>Redactar el problema como pregunta o de forma enunciativa y Definir preguntas secundarias, que serán útiles al redactar conclusiones en TGMASIG</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, se utilizan para designar cualquier característica o cualidad de la unidad de observación.</i>	<i>Su operacionalización es un proceso de traslado de un nivel abstracto a un nivel empírico, observable, medible (cuantitativa o cualitativamente)</i>	<i>El diseño de investigación es el mapa operativo. Representa el punto donde se conectan las fases conceptuales del proceso con la recolección y el análisis de los datos.</i>
<b>Generales</b>					
¿Cómo afecta la falta de un sistema de gestión integrado ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 en la atención hospitalaria y las condiciones seguras en las instalaciones del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez"?	Diseñar un sistema de gestión Integrado con base a las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018, aplicable al Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" con la finalidad de lograr estructurar los procesos de atención hospitalaria referido a la calidad y que ayuden a la alta dirección a gestionar la seguridad y salud en los trabajadores y pacientes	El diseño de un sistema de gestión integrado del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez", facilitará el cumplimiento de los requisitos de la calidad y seguridad y salud en el trabajo.	1. Requisitos conformes a ISO 9001:2015 e ISO 45001: 2018. 2. Estructura documental (Información documentada) 3. Cumplimiento de la legislación vigente (Requisitos legales y otros requisitos)	1. Porcentaje de cumplimiento de los requisitos de las normas (% CRN) 2. Porcentaje de documentos conforme al Sistema de Gestión. (% DCS) 3. Porcentaje cumplimiento de la legislación vigente. (%CLV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tipo de investigación:</b> Aplicada.</li> <li>• <b>Ruta de la investigación:</b> Mixta.</li> <li>• <b>Tipo de estudio:</b> Exploratorio, descriptivo y explicativo</li> <li>• <b>Método de investigación:</b> teórico (analítico, sintético, deductivo e inductivo) y empírico (observación, entrevista, cuestionario)</li> <li>• <b>Diseño metodológico:</b> No experimental de tipo descriptivo.</li> <li>• <b>Determinación de población y muestra:</b> ver tabla 07</li> <li>• <b>Unidad de análisis:</b> Consejo administrativo, responsables de procesos, personal de enfermería, personal relacionado al área de psiquiatría.</li> <li>• <b>Diseño de la muestra:</b> Muestreo de tipo no probabilístico intencional</li> <li>• <b>Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos - Niveles de información del marco teórico:</b> 1. Primer nivel: exploratorio, descriptivo, correlacional y explicativo. 2. Segundo nivel: investigaciones sobre la problemática ubicadas en el marco de antecedentes. 3. Tercer nivel: observaciones de los procesos, entrevista e instrumentos de evaluación con líderes de áreas - <b>Fuentes de información:</b> 1. Primarias: Entrevista y cuestionarios a líderes de los procesos y el personal clave; observación directa. 2. Secundarias: libros, normas técnicas, leyes y reglamentos relacionados al objeto de estudio.</li> <li>• <b>Técnicas e instrumentos recolección datos:</b> 1. Primaria: entrevista estructurada y no estructurada (guía de entrevista y libreta de notas); cuestionario y lista de verificación. 2. Secundaria: sistematización bibliográfica (ficha bibliográfica).</li> <li>• Tabulación de datos y análisis: cálculos matemáticos y estadísticos, tablas y gráficos.</li> <li>• Respuestas o refutaciones a las hipótesis: Respuesta con base a los resultados encontrados.</li> </ul>
<b>Específicos</b>					
1. ¿Cómo las condiciones actuales de la estructura documental existente en el hospital servirán de insumo para diseñar un Sistema Integrado con base a los requisitos de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018? 2. ¿Cuál es el grado de cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018? 3. ¿Cuáles son los requisitos de las normas y las disposiciones legales que contribuyen al cumplimiento aplicación vigente?	1. Proponer la estructura documental ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 que apoye el diseño de un Sistema Integrado con base a los requisitos de las normas. 2. Evaluar el nivel de cumplimiento de la norma ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 en la organización con base a la documentación existente. 3. Determinar los requisitos de las normas ISO 45001:2018 y las disposiciones legales que contribuyen al cumplimiento de la legislación vigente	1. La estructura documental con base a ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 apoyará el diseño del sistema de gestión integrado. 2. El grado de cumplimiento actual de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018 será mayor al 30 %. 3. La determinación de los requisitos de la norma ISO 45001:2018 y las disposiciones legales contribuirá al cumplimiento de la legislación vigente.			

**Apéndice 4: Matriz integral metodológica**

Unidad de análisis	Población	Cargo	Variables			Método	Técnica	Instrumentos	
			(Qué se investiga)						
			Áreas a explorar	Cualitativa	Cuantitativa				
Consejo administrativo	Jefaturas administrativas	Subdirección de Psiquiatría	<ul style="list-style-type: none"> <li>Logro de objetivos</li> <li>Mejora</li> <li>Desempeño</li> <li>Enfermedades accidentes laborales</li> <li>Incapacidades</li> </ul>	N/A	Porcentaje de cumplimiento de los requisitos de las normas (% CRN).	Guía de entrevista Lista de verificación	Entrevista participativa Entrevista estructurada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de verificación (I. a., y I.b.)</li> <li>Guía de entrevista II</li> <li>Cuestionario III</li> </ul>	
		Jefe de Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Logro de objetivos</li> <li>Mejora</li> <li>Desempeño</li> <li>Cumplimiento de indicadores</li> <li>Evaluación y mitigación de riesgos</li> </ul>		Porcentaje de cumplimiento de los requisitos de las normas (% CRN).		Entrevista participativa Entrevista estructurada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de verificación (I. a., I.b, I.d, y I.e)</li> <li>Guía de entrevista II</li> </ul>	
		Jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Logro de objetivos</li> <li>Mejora</li> <li>Desempeño</li> <li>Enfermedades accidentes laborales</li> <li>Incapacidades</li> <li>Evaluación y mitigación de riesgos</li> <li>Procesos</li> <li>Satisfacción del cliente</li> <li>Cumplimiento de indicadores</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de cumplimiento de los requisitos de las normas (% CRN).</li> <li>Porcentaje cumplimiento de la legislación vigente. (%CLV)</li> <li>% aplicabilidad procedimiento</li> <li>Porcentaje de documentos conforme al Sistema de Gestión. (% DCS)</li> </ul>		Entrevista participativa Entrevista estructurada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guía de Entrevista II</li> <li>Lista de verificación (I. a., I. b, I.c. I.d. y I.e .)</li> <li>Cuestionario III</li> </ul>	
		Jefe de Servicios de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Logro de objetivos</li> <li>Mejora</li> <li>Desempeño</li> </ul>		Porcentaje de cumplimiento de los requisitos de las normas (% CRN).		Entrevista participativa Entrevista estructurada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de verificación (I. a., y I.b.)</li> <li>Guía de entrevista II</li> </ul>	
Responsables de procesos misionales	Jefes de unidades	Jefe de emergencia de psiquiatría Jefes de servicios hospitalarios de psiquiatría	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de procesos</li> <li>Evaluación de indicadores de procesos</li> </ul>	N/A	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de cumplimiento de los requisitos de las normas (% CRN).</li> <li>% aplicabilidad procedimiento</li> </ul>	Cuestionario	Entrevista estructurada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de verificación (I. a y I. d.)</li> <li>Cuestionario (III.)</li> </ul>	
Personal de enfermería	subjefatura	Subjefatura de enfermería del área de psiquiatría	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de procesos</li> <li>Evaluación de indicadores de procesos</li> </ul>		Porcentaje cumplimiento de la legislación vigente. (%CLV)		Cuestionario	Entrevista estructurada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de verificación (I. a., I.b y I.c.)</li> <li>Guía de entrevista II</li> <li>Cuestionario III</li> </ul>
Personal relacionado al área de psiquiatría	Personal asociado al proceso de estudio	Comité de Seguridad y Salud Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación y mitigación de riesgos relacionados a SST</li> <li>Procesos</li> <li>Enfermedades accidentes laborales</li> <li>Incapacidades</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de cumplimiento de los requisitos de las normas (% CRN).</li> <li>Porcentaje cumplimiento de la legislación vigente. (%CLV)</li> <li>Porcentaje de documentos conforme al Sistema de Gestión. (% DCS)</li> </ul>		Guía de entrevista Lista de verificación	Entrevista participativa Entrevista estructurada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de verificación (I. b., I.c., y I.e)</li> <li>Guía de entrevista II</li> </ul>
<b>Instrumentos</b>									
I. Listas de verificación: <ol style="list-style-type: none"> <li>Lista de verificación de cumplimiento con base a la norma ISO 9001:2015 (ver apéndice 5)</li> <li>Lista de verificación de cumplimiento con base a la norma ISO 45001:2018 (ver apéndice 6)</li> <li>Lista de verificación de evaluación sobre las condiciones de seguridad y salud ocupacional en instituciones públicas Ministerio de Trabajo y Previsión Social (ver apéndice 7)</li> <li>Evaluación de nivel de estructura documental de la norma ISO 9001:2015 (ver apéndice 10)</li> <li>Evaluación de nivel de estructura documental de la norma ISO 45001:2018 (ver apéndice 11)</li> </ol> II. Guía de entrevista (ver apéndice 8) III. Cuestionario de evaluación de nivel de concordancia del proceso misional: "M03-03-proporcionar atenciones de salud integrales en hospitalización" en el área de psiquiatría (ver apéndice 9)									

**Apéndice 5: Lista de verificación de cumplimiento con base a la norma ISO 9001:2015**

		<b>MASIG</b>	
<b>LISTA DE VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CON BASE A LA NORMA ISO 9001:2015</b>			
<b>Nombres de evaluadores:</b> Oscar Antonio Gomez Lozano Marvin Alexander Clímaco Elías			<b>N° de referencia:</b>
<b>I. DATOS DEL SUJETO DE ESTUDIO</b>			
<b>Nombre de la Institución</b>		Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez"	
<b>Lugar de la evaluación:</b>		Cantón Venecia, Calle La Fuente, Distrito de Soyapango, San Salvador, El Salvador	
<b>Fecha</b>		1/10/2024	
<b>ESCALA DE VALORACIÓN: del 0 al 4</b> <i>Donde (0) no se cumple en absoluto, (1) un 20%, (2) 50%, (3) 75% y (4) se cumple a totalidad en un 100%</i>			
<b>II. Requisitos Normativo.</b>			
<b>4. Contexto de la Organización.</b>			
<b>4.1. Comprensión de la organización y de su contexto</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
1	¿Se han identificado las cuestiones internas y externas que son pertinentes al sistema de gestión de calidad?	<b>4</b>	Se tiene análisis DAFO en la POA institucional, pero falta dar un enfoque a un Sistema de Gestión Integrado (SIG)
		<b>4</b>	
<b>4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
2	¿Se han establecido las partes interesadas?	<b>3</b>	Se han establecido las partes interesadas, pero no de manera explícita para un SIG
3	¿Se han identificado las necesidades y expectativas pertinentes?	<b>2</b>	No se logra identificar claramente las necesidades y expectativas pertinentes
4	¿Se han identificado cuales son requisitos legales y otros requisitos?	<b>4</b>	Se han identificado los requisitos legales pertinentes, tienen un repositorio institucional donde se puede encontrar todo este marco legal; no se logra encontrar capacitaciones sobre este marco normativo en procesos de inducción al personal nuevo y colaboradores.

		<b>3.0</b>	
<b>4.3. Determinación del alcance del sistema de gestión de calidad.</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
5	¿Se han identificado los límites y la aplicabilidad del sistema de gestión?	0	No se tiene determinado alcance para el Sistema de Gestión de Calidad
6	¿Se ha establecido un alcance?	0	
7	¿Se ha considerado para el alcance las cuestiones internas y externas?	0	
8	¿Se ha considerado para el alcance los requisitos de las partes interesadas pertinentes?	0	
9	¿Se ha considerado para el alcance las actividades productos o servicios?	0	
10	¿Se mantienen el alcance como información documentada?	0	
		<b>0</b>	
<b>4.4. Sistema de gestión de calidad y sus procesos</b>			
<b>4.4.1. Sistema de gestión de la calidad y sus procesos.</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
11	¿Se mantiene y mejora continuamente el sistema de gestión de calidad?	2	Se tiene un sistema de gestión por procesos en la parte misional pero no está adaptado para la parte de psiquiatría
12	¿Se considera las necesidades de las partes interesadas en el establecimiento del sistema de gestión?	3	
13	a) Determinar las entradas requeridas y las salidas esperadas de estos procesos; b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos c) Determinar criterios y métodos para la operación eficaz d) Determinar los recursos necesarios para estos procesos y asegurarse de su disponibilidad e) Asignar las responsabilidades y autoridades para estos procesos; f) Abordar los riesgos y oportunidades. g) evaluar estos procesos e implementar cambios necesarios h) mejorar los procesos y el sistema de gestión de la calidad.	3	
<b>4.4.2. La organización debe:</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
14	a) mantener información documentada para apoyar la operación de sus procesos b) conservar la información documentada	3	Se mantiene información documentada en plataformas digitales, pero no todas las áreas
		<b>3.0</b>	
	<b>Suma Capítulo 4</b>	<b>10</b>	
	<b>Promedio Capítulo 4</b>	<b>3</b>	
	<b>% de cumplimiento 4</b>	<b>63%</b>	
<b>5. Liderazgo.</b>			
<b>5.1. Liderazgo y compromiso.</b>			
<b>5.1.1. Generalidades</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones

15	¿La alta dirección asume responsabilidades y rinde cuentas del sistema de gestión de calidad?	2	En todos los procesos y creación de comités hospitalarios se establece la alta dirección como responsable y se tiene rendición de cuentas, pero no enfocado a la norma ISO 9001:2015
16	¿La alta dirección ha establecido la política de calidad y los objetivos de calidad?	0	No se tiene política de calidad y objetivos de calidad
17	¿La política y objetivos son coherentes con la estrategia y el contexto de la organización?	0	
18	¿Se asegura la integración de los requisitos del sistema de gestión de la calidad en los procesos de negocio?	0	Faltan procesos de apoyo, estratégicos y los misionales no todos están enfocados en psiquiatría.
19	¿Se ha promovido el uso del enfoque a procesos y el pensamiento basado en riesgos?	4	Se tiene atestado de enfoque a procesos y pensamiento basado en riesgos
20	¿Se cuentan con los recursos necesarios para el sistema de gestión?	1	No se tiene el personal suficiente para dar cumplimiento a un sistema de gestión
21	¿La alta dirección comunica la importancia de una gestión de calidad eficaz?	3	Se tiene espacios en Salas Situaciones y Consejo Administrativos para tocar los temas concernientes a calidad.
22	¿La alta dirección verifica el cumplimiento de los resultados previstos?	3	
23	¿La alta dirección apoya a las personas para lograr la eficacia del sistema de gestión?	3	
24	¿La alta dirección promueve la mejora continua?	3	
25	¿Demuestra liderazgo apoyando a las áreas pertinentes?	3	
<b>5.1.2 Enfoque al cliente</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
26	La alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al enfoque al cliente asegurándose: a) se determinan, se comprenden y se cumplen regularmente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables b) se determinan y se consideran los riesgos y oportunidades que afectan la conformidad de los servicios y aumentar la satisfacción del cliente; c) se mantiene el enfoque en el aumento de la satisfacción del cliente.	3	Se tienen el comité de Oficina por el Derecho a la Salud donde se encargan de evaluar la satisfacción del usuario y rendir informes a la alta dirección. Cuentas con el comité de atención segura en salud donde se evalúa el riesgo y oportunidades de los diferentes servicios del hospital
		<b>2.08</b>	
<b>5.2 Política</b>			
<b>5.2.1 Establecimiento de la política de la calidad</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
27	¿La alta dirección ha establecido implementado y mantenido la política de calidad?	0	No se tiene política de calidad y objetivos de calidad
28	¿La política es apropiada al propósito y contexto de la organización y apoya su dirección estratégica?	0	
29	¿Proporciona un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de calidad?	0	
30	¿Incluye un compromiso de cumplir los requisitos aplicables?	0	
31	¿La política incluye un compromiso de mejora continua del sistema de gestión de la calidad?	0	

<b>5.2.2 Comunicación de la política de la calidad</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
32	¿La política de calidad se mantiene como información documentada?	0	No se tiene política de calidad y objetivos de calidad
33	¿La política de la calidad se comunica, entiende y aplica dentro de la organización?	0	
34	¿La política de la calidad está disponible para las partes interesadas?	0	
		0	
<b>5.3. Roles, responsabilidades y autoridades en la organización</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
35	La alta dirección debe asegurarse que: ¿Las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignen y comuniquen?	4	Se tiene un manual organizacional donde se describen los roles y responsabilidades
36	La alta dirección debe asegurarse que: ¿El sistema de gestión de la calidad sea conforme con los requisitos de la Norma?	0	Se está implementando un Sistema de Gestión por Procesos
37	La alta dirección debe asegurarse que: ¿Informar sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y sus oportunidades de mejora?	4	Se tiene La Unidad Organizativa de la Calidad la cual está evaluando los indicadores de calidad hospitalaria y las oportunidades de mejora, esta unidad rinde informe a la alta dirección
38	La alta dirección debe asegurarse que: ¿Se asegura de que se promueve el enfoque al cliente?	4	Todos los procesos aprobados por el MINSAL tienen un enfoque al cliente
39	La alta dirección debe asegurarse que: ¿Se asegura que la integridad del sistema de gestión se mantiene cuando se planifican e implementan cambios?	3	La alta dirección asegura la integridad del sistema y se planifican e implementa los cambios
		3	
	<b>Suma Capítulo 5</b>	<b>5</b>	
	<b>Promedio Capítulo 5</b>	<b>2</b>	
	<b>% de cumplimiento 5</b>	<b>42%</b>	
<b><u>6. Planificación.</u></b>			
<b>6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades.</b>			
<b>6.1.1. La organización debe asegurar:</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
40	a) El sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos b) aumentar los efectos deseables; c) prevenir o reducir efectos no deseados; d) lograr la mejora.	3	El Consejo Estratégico trabajan en conjunto para lograr los resultados previstos en el sistema de gestión de calidad y son la unidades de planificación, UOC y comités hospitalarios los responsables
<b>6.1.2 La organización debe planificar:</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
41	las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades	3	Se tienen guías y procesos establecidos para asegurar para cumplir este apartado
42	La manera de: integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad	3	

43	La manera de: evaluar la eficacia de estas acciones	4	
44	Las acciones tomadas son proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los servicios	4	
		3.4	
<b>6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos</b>			
<b>6.2.1. Los objetivos de calidad deben:</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
45	a) ser coherentes con la política de la calidad; b) ser medibles; c) tener en cuenta los requisitos aplicables; d) ser pertinentes para la conformidad de los productos y servicios y para el aumento de la satisfacción del cliente; e) ser objeto de seguimiento; f) comunicarse; g) actualizarse, según corresponda.	0	No se tienen objetivos de calidad
46	¿Se tiene información documentada sobre los objetivos de la calidad?	0	
<b>6.2.2. Al planificar la organización debe determinar:</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
47	a) qué se va a hacer; b) qué recursos se requerirán; c) quién será responsable; d) cuándo se finalizará; e) cómo se evaluarán los resultados.	4	Se tienen guías y procesos establecidos para asegurar para cumplir este apartado
		1.33	
<b>6.3 Planificación de los cambios</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
48	La organización debe considerar: a) el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales; b) la integridad del sistema de gestión de la calidad c) la disponibilidad de recursos; d) la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.	3	Es el consejo estratégico el que evalúa los cambios
		3	
	<b>Suma Capítulo 6</b>	<b>7.73</b>	
	<b>Promedio Capítulo 6</b>	<b>2.58</b>	
	<b>% de cumplimiento 6</b>	<b>64.4%</b>	
<b><u>7. Apoyo.</u></b>			
<b>7.1. Recursos.</b>			
<b>7.1.1 Generalidades</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
49	¿Se ha determinado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la calidad?	3	No se cuenta con recurso humano suficiente
50	La organización considera: las capacidades y limitaciones de los recursos internos existentes	3	Se definen en la POA institucional y las POAs por unidades donde se emplea la estrategia DAFO
51	La organización considera: qué se necesita obtener de los proveedores externos	4	Se tienen reglamentos y procesos establecidos
<b>7.1.2 Personas</b>			

N°	Condición	Puntaje	Observaciones
52	¿Se ha determinado y proporcionado las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad?	3	Se ha determinado, pero no se cuenta con recurso humano suficiente
<b>7.1.3 Infraestructura</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
53	¿Se proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los servicios?	2	Áreas de servicio son pequeñas comparada con la demanda
<b>7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
54	¿Se proporciona y mantiene el ambiente necesario para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los servicios?	2	Falta de personal e instalaciones pequeñas comparada con la demanda
<b>7.1.5 Recursos de seguimiento y medición</b>			
<b>7.1.5.1 Generalidades</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
55	¿Se determina y proporciona los recursos necesarios para asegurarse de la validez y fiabilidad de los resultados?	3	Las jefaturas de cada área llevan tabuladores de sus indicadores con base a sus actividades y son corroborados en diferentes plataformas digitales Cada jefatura rinde informes de los resultados a las áreas que lo necesiten
56	La organización debe asegurarse de que los recursos proporcionados: a) son apropiados para el tipo específico de actividades de seguimiento y medición realizadas b) se mantienen para asegurarse de la idoneidad continua para su propósito.	3	
57	¿Se mantiene información documentada de los recursos de seguimiento y medición?	3	
<b>7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
58	¿Se determina y proporciona los recursos necesarios para asegurarse de la validez y fiabilidad de los resultados?	4	Todos los equipos que necesitan fiabilidad de los resultados, son calibrados y verificados con base a l programa de calibración y mantenimiento de equipos
59	Para la validez de la medición, el equipo debe: a) Calibrarse y verificarse antes de su utilización: b) identificarse para determinar su estado c) protegerse contra ajustes, daño o deterioro	4	
60	¿Se determina si los resultados de la medición son válidos?	4	
<b>7.1.6 Conocimientos de la organización</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
61	¿Se han determinado los conocimientos necesarios para la operación de los procesos?	4	Se mantienen los programas de capacitación continua del personal; también le enseña al personal donde pueden acceder a la información de procesos, reglamentos y otros dentro de la plataforma.
62	¿Se mantienen y se ponen a disposición los procesos necesarios?	4	
63	¿Se investiga como adquirir o acceder a conocimientos adicionales necesarios o actualizaciones requeridas?	4	
		<b>3.33</b>	
<b>7.2. Competencia.</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
64	¿Se ha determinado la competencia necesaria de las personas que realizan trabajos bajo su control, un trabajo que afecta al desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad?	4	Recursos humanos posee un manual de puesto donde se determina el perfil académico y las competencias con base a l puesto de trabajo

65	¿Se asegura que estas personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas?	4	El aspirante se somete a todas las evaluaciones con base a l perfil del puesto y se tiene un programa de inducción para los nuevos empleados
66	¿Se toma acción para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas?	4	De parte del MINSAL se mantiene el programa de capacitación continua en diferentes disciplinas relacionadas a la actividad del Ministerio de Salud y los empleados pueden optar a ellas según su formación profesional
67	¿Se cuenta con información documentada apropiada, como evidencia de la competencia?	4	Expediente por empleado en recursos humanos donde es actualizado constantemente
		4	
<b>7.3. Toma de Conciencia.</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
68	¿Se han tomado acciones para la toma de conciencia de la política de la calidad?	0	No se tiene política de calidad
69	¿Se han tomado acciones para la toma de conciencia de los objetivos de la calidad?	0	No se tiene política de calidad
70	¿Se han tomado acciones para la toma de conciencia de la contribución del personal a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño?	4	Por parte de UOC y los diferentes comités hospitalarios tienen el compromiso de crear conciencia al personal del sistema de gestión de calidad con base a los resultados de los indicadores de gestión e indicadores de calidad
71	¿Se han tomado acciones para la toma de conciencia de las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad?	0	No se tiene implementado la norma ISO 9001:2015
		1	
<b>7.4. Comunicación.</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
72	¿Se han establecido, se implementan y mantienen los procesos necesarios para las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión?	0	
73	Los requisitos de comunicación incluyen: a) qué comunicar; b) cuándo comunicar; c) a quién comunicar; d) cómo comunicar; e) quién comunica	0	
		0	
<b>7.5. Información documentada.</b>			
<b>7.5.1. Generalidades.</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
74	¿Se cuenta con toda la información documentada solicitada en la Norma?	2	Se tiene alguna información documentada que cumple los criterios de la norma, pero no está implementada
75	¿Se cuenta con información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del SGC?	2	

<b>7.5.2. Creación y actualización.</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
76	¿Al crear y actualizar se identifica y describe la información apropiadamente?	4	Por parte del MINSAL mantiene la documentación actualizada en formatos estandarizados.
77	¿Se verifican que el formato y los medios de soporte sean los apropiados?	4	
78	¿Se verifica la revisión y aprobación según corresponda?	4	
<b>7.5.3. Control de la información documentada.</b>			
<b>7.5.3.1 La información documentada debe controlarse para asegurar que:</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
79	a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite b) esté protegida adecuadamente (Confidencialidad, uso inadecuado, integridad)	4	Se mantiene en plataforma digitales disponibles dependiendo el nivel de autorización según el cargo del trabajador
<b>7.5.3.2 Para el control de la información se debe abordar lo siguiente:</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
80	¿Se controla la distribución, acceso, recuperación y uso?	4	Se resguarda archivos digitales y físicos, donde se mantiene un control de cambios
81	¿Se controla el almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad?	4	
82	¿Se tiene un control de cambios?	4	
83	¿Se realizan actividades para la conservación y disposición?	4	
84	¿Se tiene información documentada externa que la organización determina como necesaria para la planificación y operación del SGC?	3	
85	¿Se protege contra modificaciones no intencionadas?	4	
		<b>3.36</b>	
	<b>Suma Capítulo 7</b>	<b>11.69</b>	
	<b>Promedio Capítulo 7</b>	<b>3.90</b>	
	<b>% de cumplimiento 7</b>	<b>97.4%</b>	
<b>8. Operación.</b>			
<b>8.1. Planificación y control operacional.</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
86	¿Se han establecido, implementado y mantenido los procesos necesarios para satisfacer los requisitos para la provisión de productos y servicios?	1	No se tiene documentación clara en todos los procesos de la organización para satisfacer los requisitos para la provisión de productos y servicios
87	Se implementan acciones para: a) la determinación de los requisitos para los productos y servicios b) el establecimiento de criterios para: los procesos y la aceptación de los servicios c) la determinación de los recursos necesarios para lograr la conformidad con los requisitos de los servicios d) la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios e) la determinación, el mantenimiento y la conservación de la información documentada necesaria	2	Se logra cumplir en parte de los procesos misionales de psiquiatría
88	¿La planificación es adecuada para las operaciones de la organización?	4	La unidad de planificación es monitoreada por autoridades del

89	¿Se controlan los cambios planificados y revisar las consecuencias de los cambios no previstos?	4	MINSAL en la adecuada operación de la organización y el control de los cambios
90	¿Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados?	4	Se tiene un marco legal sobre los procesos de compras públicas que obliga a llevar controles sobre los contratos externos
		3	
<b>8.2 Requisitos para los productos y servicios</b>			
<b>8.2.1 Comunicación con el cliente</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
91	La comunicación con los clientes debe incluir: a) proporcionar la información relativa a los productos y servicios b) tratar las consultas, los contratos o los pedidos, incluyendo los cambios c) obtener la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas de los clientes d) manipular o controlar la propiedad del cliente; e) establecer los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.	4	Se mantiene y cumple los procesos establecidos que dan cumplimiento a este apartado de la norma
<b>8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
92	¿La organización se asegura que se incluyan los requisitos legales y reglamentarios, así como aquellos considerados necesarios?	4	Todo usuario tiene derechos y deberes los cuales son respetados y monitoreados que se cumplan por la oficina por el derecho a la salud (ODS)
93	¿La organización puede cumplir con las declaraciones acerca de los productos y servicios que ofrece?	4	Se cumple con la declaración de servicios con base a la categoría del hospital
<b>8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios</b>			
<b>8.2.3.1 La organización debe asegurarse que incluye:</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
94	a) los requisitos especificados por el cliente, incluyendo las actividades de entrega y las posteriores a la misma b) los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o previsto c) los requisitos especificados por la organización d) los requisitos legales y reglamentarios aplicables a los servicios e) las diferencias existentes entre los requisitos del contrato	3	Por ser un hospital público, no se tiene un contrato de servicio, pero se explica los beneficios del tratamiento y sus riesgos. De forma voluntaria el paciente o el encargado acepta las condiciones del servicio hospitalario
95	¿Se resuelven las diferencias de requisitos del contrato o pedido?	N/A	
96	¿Se confirman los requisitos antes de la aceptación?	4	Se informa al paciente el servicio que se le brindará con los benéficos y riesgos, si el paciente o el encargado acepta, se procede a brindar la atención médica
<b>8.2.3.2 La organización debe conservar la información documentada</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
97	a) sobre los resultados de la revisión; b) sobre cualquier requisito nuevo para los productos y servicios.	4	MINSAL a través de los diferentes programas realizan revisión y supervisión en el hospital y se mantiene información documentada

<b>8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
98	¿Cuándo se cambian los requisitos se modifica la información pertinente?	4	
		3.86	
<b>8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios</b>			
<b>8.3.1 Generalidades</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
99	¿Se establece, implementa y mantiene un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios?	2	No se tiene proceso documentado, pero se tienen reglamentos y lineamientos
<b>8.3.2 Planificación del diseño y desarrollo</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
100	<p><b>Al determinar las etapas y controles para el diseño y desarrollo, la organización debe considerar:</b></p> <p>a) la naturaleza, duración y complejidad de las actividades de diseño y desarrollo;</p> <p>b) las etapas del proceso requeridas, incluyendo las revisiones del diseño y desarrollo aplicables;</p> <p>c) las actividades requeridas de verificación y validación del diseño y desarrollo;</p> <p>d) las responsabilidades y autoridades involucradas en el proceso de diseño y desarrollo;</p> <p>e) las necesidades de recursos internos y externos para el diseño y desarrollo de los productos y servicios;</p> <p>f) la necesidad de controlar las interfaces entre las personas que participan activamente en el proceso de diseño y desarrollo;</p> <p>g) la necesidad de la participación activa de los clientes y usuarios en el proceso de diseño y desarrollo;</p> <p>h) los requisitos para la posterior provisión de productos y servicios;</p> <p>i) el nivel de control del proceso de diseño y desarrollo esperado por los clientes y otras partes interesadas pertinentes;</p> <p>j) la información documentada necesaria para demostrar que se han cumplido los requisitos del diseño y desarrollo.</p>	2	No se cumplen todos los criterios en las etapas y controles para el diseño y desarrollo
<b>8.3.3 Entradas para el diseño y desarrollo</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
101	<p>La organización debe determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a diseñar y desarrollar. La organización debe considerar:</p> <p>a) los requisitos funcionales y de desempeño;</p> <p>b) la información proveniente de actividades previas de diseño y desarrollo similares;</p> <p>c) los requisitos legales y reglamentarios;</p> <p>d) normas o códigos de prácticas que la organización se ha comprometido a implementar;</p> <p>e) las consecuencias potenciales de fallar debido a la naturaleza de los productos y servicios.</p>	3	El hospital cuenta con "LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA CATEGORIZACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS"; además realizan un análisis DAFO sobre el diseño y desarrollo de servicios.
102	Las entradas deben ser adecuadas para los fines del diseño y desarrollo, estar completas y sin ambigüedades.	4	Se tiene metodologías para la adecuación y funcionamiento de

103	Las entradas del diseño y desarrollo contradictorias deben resolverse.	4	nuevos servicios hospitalarios en el área de psiquiatría
104	¿Conserva la información documentada sobre las entradas del diseño y desarrollo?	4	
<b>8.3.4 Controles del diseño y desarrollo</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
105	La organización debe aplicar controles al proceso de diseño y desarrollo para asegurarse de que: a) se definen los resultados a lograr; b) se realizan las revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos; c) se realizan actividades de verificación para asegurarse de que las salidas del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de las entradas; d) se realizan actividades de validación para asegurarse de que los productos y servicios resultantes satisfacen los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto; e) se toma cualquier acción necesaria sobre los problemas determinados durante las revisiones, o las actividades de verificación y validación; f) se conserva la información documentada de estas actividades.	4	Planificación es responsable de establecer los controles de diseños y desarrollo de servicios donde se involucra a todo el Consejo Estratégico.
<b>8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
106	La organización debe asegurarse de que las salidas del diseño y desarrollo: a) cumplen los requisitos de las entradas; b) son adecuadas para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios; c) incluyen o hacen referencia a los requisitos de seguimiento y medición, cuando sea apropiado, y a los criterios de aceptación; d) especifican las características de los productos y servicios que son esenciales para su propósito previsto y su provisión segura y correcta.	4	Se basa en el marco normativo institucional como el Reglamento de la Dirección Nacional de Hospitales (DNH), sección III, art. 25, numeral 11 y 12. Cuentan con el apoyo de la Unidad de Gestión Servicios de Salud de la DNH con el apoyo técnico-administrativo a las direcciones de los hospitales, para la adecuada gestión y ejecución de proyectos y programas, para el cumplimiento de objetivos institucionales
107	¿Se conservar información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo?	4	
<b>8.3.6 Cambios del diseño y desarrollo</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
108	¿Se identifica, revisa y controla los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios, o posteriormente en la medida necesaria para asegurarse de que no haya un impacto adverso en la conformidad con los requisitos?	4	La unidad de planificación lleva revisión, control e información documentada.
109	La organización debe conservar la información documentada sobre: a) los cambios del diseño y desarrollo; b) los resultados de las revisiones; c) la autorización de los cambios; d) las acciones tomadas para prevenir los impactos adversos.	4	La autorización es realizada por la alta Dirección y queda registrado en libros de actas o acuerdos administrativos.
		<b>3.58</b>	
<b>8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente.</b>			
<b>8.4.1 Generalidades</b>			

N°	Condición	Puntaje	Observaciones
110	¿Se asegura de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos?	4	Se cumple la Ley de Compras Públicas y su Reglamento
111	¿Se determina los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente cuándo?: a) los productos y servicios de proveedores externos están destinados a incorporarse dentro de los propios productos y servicios de la organización; b) los productos y servicios son proporcionados directamente a los clientes por proveedores externos en nombre de la organización; c) un proceso, o una parte de un proceso, es proporcionado por un proveedor externo como resultado de una decisión de la organización	4	
112	¿Se determina y aplica criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos, basándose en su capacidad para proporcionar procesos o productos y servicios de acuerdo con los requisitos?	4	
113	La organización debe conservar la información documentada de estas actividades y de cualquier acción necesaria que surja de las evaluaciones.	4	
		4	
<b>8.4.2 Tipo y alcance del control</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
114	¿La organización asegura de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios conformes de manera coherente a sus clientes?	4	
115	La organización debe a) asegurarse de que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad; b) definir los controles que pretende aplicar a un proveedor externo y los que pretende aplicar a las salidas resultantes; c) tener en consideración: 1) el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir regularmente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables; 2) la eficacia de los controles aplicados por el proveedor externo; d) determinar la verificación, u otras actividades necesarias para asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente cumplen los requisitos.	3	No se tienen procesos definidos, pero cuentan con ley, reglamentos y lineamientos para cumplir este apartado de la norma
<b>8.4.3 Información para los proveedores externos</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
116	La organización debe asegurarse de la adecuación de los requisitos antes de su comunicación al proveedor externo.		

117	La organización debe comunicar a los proveedores externos sus requisitos para: a) los procesos, productos y servicios a proporcionar; b) la aprobación de: 1) productos y servicios; 2) métodos, procesos y equipos; 3) la liberación de productos y servicios; c) la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas; d) las interacciones del proveedor externo con la organización; e) el control y el seguimiento del desempeño del proveedor externo a aplicar por parte de la organización; f) las actividades de verificación o validación que la organización, o su cliente, pretende llevar a cabo en las instalaciones del proveedor externo	3	Una parte de la lleva el Hospital y otra la lleva la Dirección Nacional de Compras (Ley de Compras públicas)
		3.25	
<b>8.5 Producción y provisión del servicio</b>			
<b>8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
99	¿Se implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas?	3	
100	Las condiciones controladas deben incluir: a) información disponible sobre las características de los servicios y los resultados a alcanzar; b) la disponibilidad y el uso de los recursos de seguimiento y medición adecuados; c) la implementación de actividades de seguimiento y medición; d) el uso de la infraestructura y el entorno adecuados para la operación de los procesos; e) la designación de personas competentes; f) la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados; g) la implementación de acciones para prevenir los errores humanos; h) la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.	2	Se tienen procesos misionales genéricos que no están adaptados plenamente para las actividades de hospitalización psiquiátrica
<b>8.5.2 Identificación y trazabilidad</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
101	¿Se identifican las salidas para asegurar la conformidad de los servicios?	3	Todos los procesos aseguran actividades de liberación, entrega y posterior a la entrega por cada servicio. Todo procedimiento médico en el hospital es informado al paciente de los riesgos y efectos adversos al tratamiento y si acepta el servicio procede afirmar la hoja de consentimiento informado de manera voluntaria. Se realiza la retroalimentación por los usuarios por medio de encuestas de satisfacción, buzón electrónico de quejas y el sitio web "Sistema de Atención Ciudadana"
102	¿Se identifica el estado de las salidas respecto a los requisitos de seguimiento y medición?	3	
103	¿Se controla la salida cuando la trazabilidad es un requisito?		
<b>8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos</b>			

N°	Condición	Puntaje	Observaciones
104	¿Se cuida la propiedad perteneciente a los clientes?	3	Toda información relacionada a los pacientes se mantiene en total confidencialidad y en plataformas digitales
105	¿Se comunica al cliente el deterioro o extravío cuando aplique?	3	
106	¿Se guarda información documentada?	3	
<b>8.5.4 Preservación</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
107	¿Se preservan las salidas durante la prestación del servicio para asegurar la conformidad de los requisitos?	3	Se preservan las salidas y se documenta toda la información en el expediente del paciente. Siguen procesos y lineamientos de atención en cada servicio hospitalario y administrativos
<b>8.5.5 Actividades posteriores a la entrega</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
108	La organización debe considerar: a) los requisitos legales y reglamentarios; b) las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios; c) la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios; d) los requisitos del cliente; e) la retroalimentación del cliente.	3	Se tiene lineamientos
<b>8.5.6 Control de los cambios</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
109	¿Se controlan los cambios para la prestación de los servicios?	3	Se lleva control de cambios
110	¿Se conserva información documentada sobre el control de cambios?	4	
		<b>3.00</b>	
<b>8.6 Liberación de los productos y servicios</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
111	¿Se tiene control sobre la liberación de productos o servicios?	3	Sobre la liberación de los servicios, el usuario debe firmar de aceptación del servicio con la hoja de consentimiento informado donde se le explica el riesgo y efectos secundarios del tratamiento médico, sin esta firma no se procede a dar el servicio, antes de la firma se tiene que explicar el alcance y sus limitaciones del beneficio, todo esto se anexa al expediente de cada paciente.
112	¿Se conserva información documentada sobre los productos o servicios, incluyendo la conformidad y la trazabilidad?	4	
		<b>3.5</b>	
<b>8.7 Control de las salidas no conformes</b>			
<b>8.7.1 La organización debe</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
112	¿Se controlan las salidas no conformes para prevenir su uso y entregas no intencionadas?	3	El control de salidas no conformes está definido de acuerdo a los

113	¿Se toman las acciones adecuadas a la naturaleza de la no conformidad?	3	Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIISS, se validan todos los indicadores de calidad a través de los sistemas internos y si esta fuera de especificación, se procede a realizar plan de mejora para eliminar la brecha; sin embargo, si hay un reclamo de parte del usuario, se procesa para darle respuesta apropiada en tiempo y forma, todas las quejas se atienden y son documentadas por ODS.
114	¿Se tratan de forma adecuada (corrección, separación, información, autorización)?	3	
<b>8.7.2 La organización debe conservar información documentada:</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
115	a) describa la no conformidad; b) describa las acciones tomadas; c) describa todas las concesiones obtenidas; d) identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.	3	Se cumple los requisitos, pero no en su totalidad, no se tienen todas las acciones documentadas
		<b>3</b>	
	<b>Suma Capítulo 8</b>	<b>27.19</b>	
	<b>Promedio Capítulo 8</b>	<b>3.40</b>	
	<b>% de cumplimiento 8</b>	<b>85.0%</b>	
<b>9. Evaluación del desempeño.</b>			
<b>9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación.</b>			
<b>9.1.1. Generalidades.</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
116	¿Se han identificado los aspectos que necesitan seguimiento y medición?	4	Se realiza seguimiento de los procesos, se tienen establecido una metodología para medir si están obteniendo los resultados esperados del indicador, la jefatura de UOC procura dar seguimiento a través de reuniones, se tiene información documentada de resultados de medición.
117	La organización debe determinar: a) qué necesita seguimiento y medición; b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos; c) cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición; d) cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición.	4	
118	¿Se evalúa el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad?	4	
119	¿Se conserva información documentada apropiada como evidencia de los resultados?	4	
<b>9.1.2 Satisfacción del cliente</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
120	¿Se realiza seguimiento a la satisfacción de los clientes para conocer las necesidades y expectativas?	4	Para las percepciones de los usuarios, se da seguimiento y retroalimentación a través de la encuesta de evaluación de los servicios, los resultados se comparten con las áreas involucradas y realizan acciones pertinentes.
121	¿Se han definido los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar la información?	3	
<b>9.1.3 Análisis y evaluación</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>

122	¿Se analizan y evalúan los datos y la información apropiados del seguimiento y la medición?	3	
123	Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar: a) la conformidad de los productos y servicios; b) el grado de satisfacción del cliente; c) el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad; d) si lo planificado se ha implementado de forma eficaz; e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades; f) el desempeño de los proveedores externos; g) la necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad.	3	Falta dar seguimiento al desempeño de los proveedores externos
		3.63	
<b>9.2. Auditoría interna.</b>			
<b>9.2.1. Generalidades.</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
124	¿Se realizan auditorías a intervalos planificados para proporcionar información acerca del SGC?	2	Solo se tiene para procesos misionales
125	¿El sistema de gestión es conforme con los requisitos propios de la organización para su SGC?	2	Procesos genéricos que no engloban los procesos misionales
126	¿El sistema de gestión es conforme con los requisitos de la norma?	3	
127	¿El sistema de gestión se implementa y mantiene eficazmente?	3	
<b>9.2.2. La organización debe:</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
128	a) planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría; b) definir los criterios de la auditoría y el alcance para cada auditoría; c) seleccionar los auditores y llevar a cabo auditorías para asegurarse de la objetividad y la imparcialidad del proceso; d) asegurarse de que los resultados de las auditorías se informen a la dirección pertinente; e) realizar las correcciones y tomar las acciones correctivas adecuadas sin demora injustificada; f) conservar información documentada como evidencia del programa de auditoría y de los resultados.	4	En el hospital en lo que respecta a auditorías, no se han planificado, establecido, implementado, mantenido programas de auditorías, ni se han seleccionado auditores referentes a un SGC; aunque de parte de la UOC si se han realizado auditorías, pero no bajo un enfoque a sistemas las cuales no han abarcado todos los procesos de la institución
		2.8	
<b>9.3. Revisión por la dirección.</b>			
<b>9.3.1 Generalidades</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
129	¿La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas?	2	No se tiene un SGC basado en la norma ISO 9001:2015
<b>9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
130	¿La revisión incluye el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas?	2	No se tiene un SGC basado en la norma ISO 9001:2015
131	¿La revisión incluye los cambios en las cuestiones externas e internas pertenecientes al SGC?	2	

132	La información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad incluye tendencias relativas a: 1) la satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes; 2) el grado en que se han logrado los objetivos de la calidad; 3) el desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios; 4) las no conformidades y acciones correctivas; 5) los resultados de seguimiento y medición; 6) los resultados de las auditorías; 7) el desempeño de los proveedores externos;	3	La alta dirección realiza revisiones del funcionamiento y de la administración del hospital, no planifica revisiones basadas en el SGC de la norma ISO 9001:2015, el desempeño de los procesos, las conformidades de los servicios y las oportunidades de mejora.
133	¿Se ha considerado la adecuación de los recursos?	3	
134	¿Se considera la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades?	2	
135	¿Se consideran las oportunidades de mejora?	3	
<b>9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
136	Deben incluir las decisiones y acciones relacionadas con: a) las oportunidades de mejora; b) cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de la calidad; c) las necesidades de recursos.	2	
		<b>2.38</b>	
	<b>Suma Capítulo 9</b>	<b>8.80</b>	
	<b>Promedio Capítulo 9</b>	<b>2.93</b>	
	<b>% de cumplimiento 9</b>	<b>73.3%</b>	
<b>10. Mejora.</b>			
<b>10.1. Generalidades.</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
137	¿Se han determinado las oportunidades de mejora y se implementan las acciones necesarias para cumplir los requisitos del cliente?	4	El hospital considera oportunidades de mejora para cumplir los requisitos del usuario y aumentar su satisfacción, respondiendo a quejas y observaciones contando con un buzón electrónico para tal fin. Dándole seguimiento la Oficina por el Derecho a la Salud y la Unidad Organizativa de la Calidad
138	Éstas deben incluir: a) mejorar los productos y servicios para cumplir los requisitos, así como considerar las necesidades y expectativas; b) corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados; c) mejorar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad.	4	
		<b>4</b>	
<b>10.2. No conformidad y acción correctiva.</b>			
<b>10.2.1 La organización debe:</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
139	¿La organización reacciona ante las no conformidades tomando acciones para controlarla y corregirla?	4	La institución cuenta con información documentada para la gestión de no conformidades y acciones correctivas ante brechas por indicadores fuera de especificación u observaciones realizadas por algún comité hospitalario, Es de mencionar
140	¿La organización reacciona ante las no conformidades haciendo frente a las consecuencias?	4	
141	¿Se evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de las no conformidades mediante la revisión de la no conformidad?	3	

142	¿Se evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de las no conformidades mediante la determinación de las causas de la no conformidad?	3	que las no conformidades de auditorías realizadas por la UOC no están basadas en un SGC (norma ISO 9001:2015), se tienen auditorías de procesos.
143	¿Se evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de las no conformidades mediante la determinación de no conformidades similares o potenciales?	3	
144	¿La organización implementa cualquier acción necesaria?	3	
145	¿Se revisa la eficacia de cualquier información tomada?	4	
146	¿Se actualizan los riesgos y oportunidades determinados durante la planificación?	4	
147	¿Si es necesario se hacen cambios al sistema de gestión de la calidad?	2	La organización no tiene control sobre los cambios
<b>10.2.2 La organización debe:</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
148	¿Se conserva información documentada sobre la naturaleza de las no conformidades y cualquier acción tomada posteriormente?	3	Se mantiene información documentada sobre la naturaleza de las no conformidades y las acciones tomadas por parte de la Oficina por el Derecho a la Salud y la Unidad Organizativa de la Calidad
149	¿Se conserva información documentada sobre los resultados de cualquier acción correctiva?	2	No en todas las ocasiones
		<b>3.18</b>	
<b>10.3. Mejora continua.</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
150	¿Se mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC?	3	La organización no tiene control sobre los cambios
151	¿Se consideran los resultados de las evaluaciones y revisiones para determinar si necesidades u oportunidades de mejora?	4	El Consejo Estratégico en conjunto con UOC consideran los resultados de las evaluaciones y revisiones, existen evidencia de planes de mejora, contingencias, acciones correctivas y adecuación, pero no existe un Sistema de Gestión de la Calidad, por ende, no hay evidencia documental referente a SGC basado en la norma ISO 9001:2015.
		<b>3.5</b>	
<b>Suma Capítulo 10</b>		<b>10.68</b>	
<b>Promedio Capítulo 10</b>		<b>3.56</b>	
<b>% de cumplimiento 10</b>		<b>89.0%</b>	

**Apéndice 6:** lista de verificación de cumplimiento con base a la norma ISO 45001:2018

 			
<b>LISTA DE VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CON BASE A LA NORMA ISO 45001:2018</b>			
<b>Nombres de evaluadores</b> Oscar Antonio Gomez Lozano Marvin Alexander Clímaco Elías			
<b>I. DATOS DEL SUJETO DE ESTUDIO</b>			
<b>Nombre de la Institución</b>	Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez"		
<b>Lugar de la evaluación:</b>	Cantón Venecia, Calle La Fuente, Distrito de Soyapango, San Salvador, El Salvador		
<b>Fecha:</b>	Del 01/10/2024 al 08/10/2024		
<b>ESCALA DE VALORACIÓN: del 0 al 4</b> Donde (1) no se cumple en absoluto y (5) se cumple a totalidad			
<b>II. Requisitos Normativo.</b>			
<b>4. Contexto de la Organización.</b>			
<b>4.1. Comprensión de la organización y de su contexto</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
1	¿Se han identificado las cuestiones internas y externas que son pertinentes al sistema de la SST?	0	El hospital ha realizado un análisis DAFO para identificar factores internos y externos que puedan influir en la organización, considerando fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas. Sin embargo, aunque estas cuestiones están reflejadas en el Plan Operativo Anual (POA) institucional, no se han enfocado específicamente en la gestión de seguridad y salud en el trabajo (SGSST).
		0	
<b>4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de los trabajadores y de otras partes interesadas.</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
2	¿Se han establecido las partes interesadas?	0	Se ha determinado las partes interesadas que puedan verse afectadas o en algunos casos ser relevantes para el desarrollo del sistema dentro de la POA institucional, pero no se han tomado en cuenta a los trabajadores y sus necesidades, expectativas respecto a SGSST y
3	¿Se han identificado las necesidades y expectativas pertinentes?	0	
4	¿Se han identificado cuales necesidades o expectativas se convierten en requisitos legales y otros requisitos?	0	

			el marco legal referente a seguridad y salud en el trabajo
		<b>0</b>	
<b>4.3. Determinación del alcance del sistema de gestión de la SST.</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
5	¿Se han identificado los límites y la aplicabilidad del sistema de gestión de la SST?	0	No se tiene un SST, se cuenta con comité de seguridad y salud ocupacional que trabaja con base a l marco legal y normativo institucional
6	¿Se ha establecido un alcance?	0	
7	¿Se ha considerado para el alcance las cuestiones internas y externas en el alcance?	0	
8	¿Se ha considerado las necesidades y expectativas de las partes interesadas pertinentes?	0	
9	¿Se ha considerado para el alcance las actividades relacionadas con el trabajo, planificadas o realizadas?	0	
10	¿Se ha considerado para el alcance las actividades, productos o servicios que tienen impacto en la SST?	0	
11	¿Se mantienen el alcance como información documentada?	0	
		<b>0.00</b>	
<b>4.4. Sistema de gestión de la SST.</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
12	¿Se establece, implementa, mantiene y mejora continuamente un sistema de gestión de la SST?	0	
		<b>0</b>	
	<b>Suma Capítulo 4</b>	<b>0</b>	
	<b>Promedio Capítulo 4</b>	<b>0</b>	
	<b>% de cumplimiento</b>	<b>0%</b>	
<b>5. Liderazgo y participación de los trabajadores.</b>			
<b>5.1. Liderazgo y compromiso.</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
13	¿La alta dirección demuestra liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de la SST?	0	No se tiene un SST, se cuenta con comité de seguridad y salud ocupacional que trabaja con base a l marco legal y normativo institucional. Se cuenta el apoyo de la Dirección para que el comité trabaje. La Dirección es la responsable de los comités hospitalarios están administrados por la Unidad Organizativa de la Calidad.
14	¿La alta dirección asume la total responsabilidad y rendición de cuentas respecto a la gestión de SST?	0	
15	¿La alta dirección ha establecido la política y objetivos de SST y que sean compatibles con la dirección estratégica de la organización?	0	
16	¿Se han integrado los requisitos del sistema de gestión de la SST en los procesos de negocio?	0	
17	¿Se cuentan con los recursos necesarios para el sistema de gestión de la SST?	0	

18	¿La alta dirección se asegura de que el sistema de la SST alcance los resultados previstos?	0	
19	¿La alta dirección apoya a las personas, para contribuir a la eficacia del sistema de gestión de la SST?	4	
20	¿La alta dirección promueve la mejora continua?	4	El personal que conforma el comité de seguridad y salud ocupacional tiene áreas para reuniones y horas administrativas para realizar el trabajo en SST. Pero no tiene un SGSST basado en la norma ISO 45001:2018
21	¿Demuestra liderazgo apoyando a las áreas pertinentes?	4	
22	¿Desarrollando una cultura en la organización para apoyar los resultados previstos del sistema de gestión de la SST?	0	
23	¿Protege a los trabajadores de represalias al informar de incidentes, peligros, riesgos y oportunidades?	4	
24	¿Se establecen e implementan procesos para la consulta y la participación de los trabajadores?	4	Se cuenta con el apoyo de la Dirección para dar cumplimiento a este apartado.
25	¿Apoya el establecimiento y funcionamiento de comités de seguridad y salud?	4	
		<b>1.85</b>	
<b>5.2. Política de la SST.</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
26	¿La alta dirección ha establecido implementado y mantenido la política de la SST que incluya un compromiso para proporcionar condiciones de trabajo apropiadas al propósito, tamaño y contexto de la organización?	0	No se tiene Política de SST por no tener implementado la norma ISO 45001
27	¿La política proporciona un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de la SST?	0	
28	¿Incluye un compromiso para cumplir los requisitos legales y otros requisitos?	0	
29	¿Incluye un compromiso para eliminar los peligros y reducir los riesgos para la SST?	0	
30	¿Incluye un compromiso para la mejora continua del sistema de gestión de la SST?	0	
	¿Incluye un compromiso para la consulta y la participación de los trabajadores y/o los representantes de los trabajadores?	0	
31	¿La política de la SST se mantiene como información documentada?	0	
32	¿La política de la SST se comunica dentro de la organización?	0	
33	¿La política de la SST está disponible para las partes interesadas?	0	
34	¿La política de la SST es pertinente y apropiada?	0	
		<b>0</b>	

<b>5.3. Roles, responsabilidades y autoridades en la organización.</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
35	¿La alta dirección se asegura que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignen y comuniquen a todos los niveles y se mantengan como información documentada?	4	El hospital solo cuenta con el comité de seguridad y salud ocupacional que da cumplimiento al marco normativo legal: a. Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo (Decreto Legislativo 254) b. Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo (Decreto ejecutivo 86) c. Reglamento General de Prevención de riesgos en los Lugares de Trabajo (Decreto Ejecutivo 89)
36	¿La alta dirección asigna responsabilidad y autoridad para asegurarse de que el sistema de gestión de la SST es conforme con los requisitos de este documento?	0	
37	¿La alta dirección asigna responsabilidad y autoridad para informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la SST?	4	
		<b>2.67</b>	
<b>5.4. Consulta y participación de los trabajadores.</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
38	¿La organización establece, implementa y mantiene procesos para la consulta y la participación de los trabajadores en el desarrollo, la planificación, la implementación, la evaluación del desempeño y las acciones para la mejora del sistema de gestión de la SST?	1	El comité de seguridad y salud ocupacional trabaja coordinadamente con la Unidad Organizativa de la Calidad. UOC tiene la responsabilidad de dar asesoría, solicitar la evaluación del plan operativo anual de comité y el grado de avance de los indicadores y objetivos.
39	¿La organización proporcionar los mecanismos, el tiempo, la formación y los recursos necesarios para la consulta y la participación?	3	
40	¿Proporciona acceso oportuno a información clara, comprensible y pertinente sobre el sistema de gestión de la SST?	3	
41	¿Enfatiza la consulta sobre la determinación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas?	3	
42	¿Enfatiza la consulta sobre el establecimiento de la política de la SST?	0	
43	¿Enfatiza la consulta sobre la asignación de roles, responsabilidades y autoridades de la organización?	3	
44	¿Enfatiza la consulta sobre la determinación de cómo cumplir los requisitos legales y otros requisitos?	3	
45	¿Enfatiza la consulta sobre el establecimiento de los objetivos de la SST y la planificación para lograrlos?	0	
46	¿Enfatiza la consulta sobre la determinación de los controles para la contratación externa, las compras y los contratistas?	0	
47	¿Enfatiza la consulta sobre la determinación de qué necesita seguimiento, medición y evaluación?	3	

48	¿Enfatiza la consulta sobre la planificación, el establecimiento, la implementación y el mantenimiento de programas de auditoría?	0	
49	¿Enfatiza la consulta sobre el aseguramiento de la mejora continua?	3	
50	¿Enfatiza la participación de los trabajadores en la determinación de los mecanismos para su consulta y participación?	3	
51	¿Enfatiza la participación de los trabajadores en la identificación de los peligros y la evaluación de los riesgos y oportunidades?	3	
52	¿Enfatiza la participación de los trabajadores en la determinación de acciones para eliminar los peligros y reducir los riesgos para la SST?	3	
53	¿Enfatiza la participación de los trabajadores en la determinación de los requisitos de competencia, las necesidades de formación, la formación y la evaluación de la formación?	3	
54	¿Enfatiza la participación de los trabajadores en la determinación de medidas de control y su implementación y uso eficaces?	3	
55	¿Enfatiza la participación de los trabajadores en la determinación de qué información se necesita comunicar y cómo hacerlo?	0	
56	¿Enfatiza la participación de los trabajadores en la investigación de los incidentes y no conformidades y la determinación de las acciones correctivas?	3	
		<b>2.11</b>	
	<b>Suma Capítulo 5</b>	<b>7</b>	
	<b>Promedio Capítulo 5</b>	<b>1.65</b>	
	<b>% de cumplimiento Capítulo 5</b>	<b>41%</b>	
<b>6. Planificación.</b>			
<b>6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades</b>			
<b>6.1.1. Generalidades</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
57	¿Se ha considerado en la organización los requisitos del contexto, partes interesadas y el alcance del Sistema de Gestión de la SST respecto a los riesgos y oportunidades?	0	El hospital no cuenta con mecanismos que permitan abordar las acciones de riesgos y oportunidades, no existe una planificación acorde con el SGSST que incluya el análisis del contexto, la comprensión de las expectativas, riesgos, oportunidades y requisitos legales, y necesidades de las partes interesadas, ya que no se dispone de una metodología definida que incluya los peligros y requisitos legales.
58	¿Se incluyen dentro de los riesgos y oportunidades del Hospital los peligros y requisitos legales?	0	
59	¿La organización ha mantenido información documentada de: a) riesgos para la SST y oportunidades para la SST que es necesario abordar;	0	
60	b) procesos necesarios para abordar los riesgos y oportunidades en la medida en que sea necesario para tener la confianza de que se llevan a cabo según lo planificado.	0	
<b>6.1.2. Identificación de peligros y evaluación de los riesgos y oportunidades</b>			
<b>6.1.2.1 Identificación de peligros</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
61	¿Se establecen, implementan y mantienen los procesos de identificación continua y proactividad de los peligros?	0	No se tienen procesos de identificación continua y proactividad de los peligros

62	¿Se asegura que los procesos de identificación continua se incluyan al personal?	0	
<b>6.1.2.2 Evaluación de los riesgos para la SST y otros riesgos para el sistema de gestión de la SST</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
64	¿La organización ha establecido, implementado y mantenido un proceso para: a) evaluar los riesgos para la SST a partir de los peligros identificados teniendo en cuenta los requisitos legales aplicables y otros requisitos y la eficacia de los controles existentes;	0	No tienen documentados procesos para la identificación
65	b) identificar y evaluar los riesgos relacionados con el establecimiento, implementación, operación y mantenimiento del sistema de gestión de la SST que pueden ocurrir a partir de las cuestiones identificadas en el apartado 4.1 y de las necesidades y expectativas identificadas en el apartado 4.2.	0	
<b>6.1.2.3 Identificación de las oportunidades para la SST y otras oportunidades para el sistema de gestión</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
66	<b>La organización ha establecido, implementado y mantenido un proceso para identificar:</b> a) las oportunidades de mejorar el desempeño de la SST teniendo en cuenta los cambios planificados en la organización, sus procesos o sus actividades	0	
67	b) las oportunidades de mejora del sistema de gestión de la SST.	0	
<b>6.1.3. Determinación de los requisitos legales y otros requisitos</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
68	¿La organización ha establecido, implementado y mantenido un proceso para: a) determinar y tener acceso a los requisitos legales actualizados y otros requisitos que la organización suscriba que sean aplicables a sus peligros y sus riesgos para la SST;	0	No se tienen procesos para el SGSST
68	¿La organización ha mantenido y conservado información documentada sobre sus requisitos legales aplicables y otros requisitos y se ha asegurado de que se actualice para reflejar cualquier cambio?	0	
<b>6.1.4 Planificación de las acciones</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
69	<b>La organización ha planificado Las acciones para:</b> 1) abordar estos riesgos y oportunidades (véanse 6.1.2.3 y 6.1.2.4);	0	No se cumple
70	2) abordar los requisitos legales aplicables y otros requisitos (véase 6.1.3);	0	

71	3) prepararse para las situaciones de emergencia, y responder a ellas (véase 8.6);	0	
		0	
<b>6.2 Objetivos de la SST y planificación para lograrlos</b>			
<b>6.2.1 Objetivos de la SST.</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
72	¿Los objetivos de la SST? a) son coherentes con la política de la SST;	0	El hospital no cuenta con objetivos de SST definidos, ni con planes de acción para alcanzar los mismos; por tanto, no se cuenta con información documentada de estos. Actualmente se tienen objetivos institucionales aplicados a los servicios que ofrece la institución, pero no con un enfoque en SGSST.
73	b) toman en cuenta los requisitos legales aplicables y otros requisitos;	0	
74	c) toman en cuenta los resultados de la evaluación de los riesgos para la SST y las oportunidades para la SST y otros riesgos y oportunidades;	0	
75	d) toman en cuenta los resultados de la consulta con los trabajadores, y cuando existan, con los representantes de los trabajadores;	0	
<b>6.2.2 Planificación para lograr los objetivos de la SST</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
76	¿Al planificar cómo lograr sus objetivos de la SST, la organización ha determinado...? a) qué se va a hacer;	0	No se tienen objetivos para el SGSST
77	b) qué recursos se requerirán;	0	
78	c) quién será responsable;	0	
79	d) cuándo se finalizará;	0	
80	e) cómo se medirá mediante los indicadores (si es posible) y cómo se hará el seguimiento, incluyendo la frecuencia;	0	
81	f) cómo se evaluarán los resultados;	0	
82	g) cómo se integrarán las acciones para lograr los objetivos	0	
	de la SST en los procesos de negocio de la organización.	0	
83	¿La organización ha mantenido y conservado información documentada sobre los objetivos de la SST y los planes para lograrlos?	0	
		0	
<b>Suma Capítulo 6</b>		0	
<b>Promedio Capítulo 6</b>		0	
<b>% de cumplimiento Capítulo 6</b>		0%	
<b>7. Apoyo</b>			
<b>7.1. Recursos</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
84	¿La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento,	4	Seguridad Operacional por medio de la asignación presupuestaria dada de nivel central del MINSAL para el uso de recursos financieros, humanos, de infraestructura y tecnológicos contenidos dentro de la POA institucional
85	implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la SST?	4	

4			
7.2. Competencia			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
86	<b>La organización ha:</b> <b>a)</b> determinado la competencia necesaria de los trabajadores que afectan o pueden afectar a su desempeño de la SST;	4	El personal del hospital cuenta con las habilidades, formación y educación acorde a sus responsabilidades y funciones; Recursos Humanos posee un Manual de Puestos donde se determina el perfil académico y las competencias con base a la actividad a realizar, los aspirantes son sometidos a evaluaciones, además, se cuenta con un programa de inducción para nuevos empleados.
87	<b>b)</b> asegurado que los trabajadores sean competentes, basándose en la educación, inducción, formación o experiencia apropiadas;	4	
88	<b>c)</b> cuando sea aplicable, tomado acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas;	4	
89	<b>d)</b> conservado la información documentada apropiada, como evidencia de la competencia.	4	
		4	
7.3 Toma de conciencia			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
90	<b>Los trabajadores han tomado conciencia de:</b> <b>a)</b> la política de la SST;	0	En cuanto al compromiso y el grado de concientización de la organización, el comité da seguimiento a los resultados de los indicadores de gestión en materia de Salud y Seguridad Ocupacional, pero al no contar con una política, objetivos de SST y por consiguiente no tener implementado un SGSST, no es posible lograr el cumplimiento del requisito.
91	<b>b)</b> su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la SST, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño de la SST;	0	
92	<b>c)</b> las implicaciones de no cumplir los requisitos del sistema de gestión de la SST, incluyendo las consecuencias, reales o potenciales, de sus actividades de trabajo;	0	
93	<b>d)</b> la información y el resultado de la investigación de los incidentes pertinentes;	0	
94	<b>e)</b> los peligros y riesgos para la SST que sean pertinentes para ellos.	0	
		0	
7.4. Comunicación.			
7.4.1. Generalidades.			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
95	¿Se han establecido, se implementan y mantienen los procesos necesarios para las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión?	0	El hospital realiza comunicación interna a través de diversos medios que no están debidamente definidos, ni documentados; en cuanto a lo relacionado al SGSST no ha definido los canales, el tipo, el que, cuando, a quien, como y quien notifica, para que su comunicación interna y externa permita hacer llegar la información pertinente en temas de SST.
96	¿Los procesos incluyen qué, cuándo, cómo y a quién comunicar?	0	
97	¿Para establecer los procesos se han considerado requisitos legales y otros requisitos?	0	
98	¿La información comunicada es coherente y es fiable?	0	
99	¿Se conserva información documentada como evidencia de las comunicaciones?	0	
7.4.2. Comunicación interna.			

N°	Condición	Puntaje	Observaciones
100	¿Se comunica internamente la información pertinente del SG de la SST entre los diversos niveles y funciones de la organización, incluidos los cambios?	0	No se tiene un SGSST basado en la norma ISO 45001:2018
101	¿Se asegura que los procesos de comunicación permiten que las personas que realicen trabajos bajo el control de la organización contribuyen a la mejora continua?	4	
<b>7.4.3. Comunicación externa.</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
102	¿Se comunica externamente la información pertinente al SG de la SST según los procesos de comunicación según los requisitos legales y otros requisitos de la organización?		No se tiene un SGSST basado en la norma ISO 45001:2018
		<b>0.57</b>	
<b>7.5. Información documentada.</b>			
<b>7.5.1. Generalidades.</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
103	¿Se cuenta con toda la información documentada solicitada en la Norma?	0	El hospital no cuenta con información documentada requerida por el sistema. Por ende, no hay procedimiento para el control de registros y documentos del SGSST
104	¿Se cuenta con información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del SG de la SST?	0	
<b>7.5.2. Creación y actualización.</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
105	¿Al crear y actualizar se identifica y describe la información apropiadamente?	0	No se tiene un SGSST basado en la norma ISO 45001:2018
106	¿Se verifican que el formato y los medios de soporte sean los apropiados?	0	
107	¿Se verifica la revisión y aprobación según corresponda?	0	
<b>7.5.3. Control de la información documentada.</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
107	¿Se controla la información para que esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite?	0	No se tiene un SGSST basado en la norma ISO 45001:2018 Se asegura la confidencialidad Se controla el almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad
108	Asegurando Confidencialidad, uso inadecuado, integridad	4	
109	¿Se controla la distribución, acceso, recuperación y uso?	0	
110	¿Se controla el almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad?	4	
111	¿Se tiene un control de cambios?	0	
112	¿Se realizan actividades para la conservación y disposición?	0	
113	¿Se tiene información documentada externa que la organización determina como necesaria para la planificación y operación del SG de la SST?	0	
		<b>0.67</b>	
<b>Suma Capítulo 7</b>		<b>9</b>	
<b>Promedio Capítulo 7</b>		<b>1.85</b>	

% de cumplimiento Capítulo 7		46%	
8. Operación.			
8.1. Planificación y control operacional.			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
114	¿Se han establecido, implementado y mantenido los procesos necesarios para satisfacer los requisitos del SG de la SST y para implementar las acciones para abordar riesgo, oportunidades y objetivos?	1	No todas las áreas se tienen control de las condiciones de seguridad y existe poca documentación de acciones implementadas
115	¿Se han implementado acciones para el establecimiento de criterios de operación para los procesos?	3	
116	¿Se han establecido acciones para la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios de operación?	2	
117	¿Se controlan los cambios no planificados y examinan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar los efectos adversos?	2	
118	¿Se controlan los procesos contratados externamente?	2	
119	¿La organización ha establecido controles, para asegurarse de que sus requisitos de seguridad se aborden en el proceso de diseño y desarrollo del producto o servicio, considerando cada etapa del proceso?	3	
120	¿Se conserva información documentada de la planificación y control operacional?	2	
		<b>2.14</b>	
8.2. Preparación y respuesta ante emergencias.			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
121	¿Se han establecido, implementado y mantenido los procesos para prepararse y responder ante emergencias?	3	El Hospital tiene un comité de desastre, emergencia y contingencia el cual mantiene actualizado: a. Evaluación y mitigación de riesgos ante cualquier emergencia, desastre que se pueda presentar.
122	¿Está la organización preparada para responder ante emergencias?	3	
123	¿La organización es capaz de tomar acciones para prevenir o mitigar	3	
124	las consecuencias de las situaciones de emergencia, apropiadas a la magnitud y al impacto?	3	
125	¿Es capaz de poner a prueba periódicamente las acciones de respuesta planificadas? (Si es factible)	3	
126	¿Es capaz la organización de proporcionar información y formación pertinentes respecto a la respuesta ante emergencias a las partes interesadas?	3	
127	¿Se mantiene información documentada sobre la planificación de la respuesta ante emergencias?	3	Se cuenta con plan de emergencia avalado por la Dirección y socializado al personal
		<b>3</b>	
<b>Suma Capítulo 8</b>		<b>5</b>	

	<b>Promedio Capítulo 8</b>	<b>2.6</b>	
	<b>% de cumplimiento Capítulo 8</b>	<b>64%</b>	
<b>9. Evaluación del desempeño.</b>			
<b>9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño</b>			
<b>9.1.1. Generalidades.</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
128	¿Se realiza seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño?	0	No se tiene un Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo
129	¿Se han identificado los aspectos que necesitan seguimiento y medición?	0	
130	¿Se han determinado los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación, para asegurar resultados válidos?	0	
131	¿Se han establecido los criterios para evaluar el desempeño y los indicadores apropiados?	0	
129	¿Se ha establecido cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición?	0	
130	¿Se ha definido cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición?	0	
131	¿Se evalúa el desempeño y la eficacia del SG de SST?	0	
132	¿Se comunica externa e internamente la información pertinente al desempeño considerando los requisitos legales y otros requisitos?	0	
133	¿Se conserva información documentada de los resultados del seguimiento, la medición, el análisis y la evaluación?	0	
<b>9.1.2. Evaluación del cumplimiento.</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>
134	¿Se establecen, implementan y mantienen procesos para evaluar el cumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos?	3	No se tiene evaluación del cumplimiento
135	¿Se ha determinado la frecuencia con la que se evaluará el cumplimiento?	0	
136	¿Se evalúa el cumplimiento y se emprenden las acciones necesarias?	0	
137	¿Se mantiene el conocimiento y la comprensión del estado de cumplimiento?	0	
138	¿Se mantiene documentación relativa a los resultados de la evaluación del cumplimiento?	0	
139	¿Se establecen, implementan y mantienen procesos para evaluar el cumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos?	0	
		<b>0.2</b>	
<b>9.2. Auditoria</b>			
<b>9.2.1. Generalidades.</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Observaciones</b>

140	¿El hospital lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados, para proporcionar información acerca de si el sistema de gestión de la SST? a) es conforme con: 1) los requisitos propios de la organización para su sistema de gestión de la SST, incluyendo la política de la SST y los objetivos de la SST; 2) los requisitos de este documento; b) se implementa y mantiene eficazmente	0	No se tiene un Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo implementado
<b>9.2.2. Auditoría interna.</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
141	a) planificar, establecer, implementar y mantener programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, la consulta, los requisitos de planificación, y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados y los resultados de las auditorías previas	0	No se tiene un Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo implementado
142	b) definir los criterios de la auditoría y el alcance para cada auditoría;	0	
143	c) seleccionar auditores y llevar a cabo auditorías para asegurarse de la objetividad y la imparcialidad del proceso de auditoría;	0	
144	d) asegurarse de que los resultados de las auditorías se informan a los directivos pertinentes; asegurarse de que se informa de los hallazgos de la auditoría pertinentes a los trabajadores, y cuando existan, a los representantes de los trabajadores, y a otras partes interesadas pertinentes;	0	
145	e) tomar acciones para abordar las no conformidades y mejorar continuamente su desempeño de la SST (véase el Capítulo 10);	0	
146	f) conservar información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y de los resultados de las auditorías	0	
		<b>0</b>	
<b>9.3 Revisión por la Dirección</b>			
N°	Condición	Puntaje	Observaciones
147	La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la SST de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas.	0	

148	<p>La revisión por la dirección debe considerar:</p> <p>a) el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas;</p> <p>b) los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión de la SST, incluyendo:</p> <p>1) las necesidades y expectativas de las partes interesadas;</p> <p>2) los requisitos legales y otros requisitos;</p> <p>3) los riesgos y oportunidades;</p> <p>c) el grado en el que se han cumplido la política de la SST y los objetivos de la SST;</p> <p>d) la información sobre el desempeño de la SST, incluidas las tendencias relativas a:</p> <p>1) los incidentes, no conformidades, acciones correctivas y mejora continua;</p> <p>2) los resultados de seguimiento y medición;</p> <p>3) los resultados de la evaluación del cumplimiento con los requisitos legales y otros requisitos;</p> <p>4) los resultados de la auditoría;</p> <p>5) la consulta y la participación de los trabajadores;</p> <p>6) los riesgos y oportunidades;</p>	2	
149	<p>e) la adecuación de los recursos para mantener un sistema de gestión de la SST eficaz;</p> <p>f) las comunicaciones pertinentes con las partes interesadas;</p> <p>g) las oportunidades de mejora continua. Las salidas de la revisión por la dirección deben incluir las decisiones relacionadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— la conveniencia, adecuación y eficacia continuas del sistema de gestión de la SST en alcanzar sus resultados previstos;</li> <li>— las oportunidades de mejora continua;</li> <li>— cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de la SST;</li> <li>— los recursos necesarios;</li> <li>— las acciones, si son necesarias;</li> <li>— las oportunidades de mejorar la integración del sistema de gestión de la SST con otros procesos de negocio;</li> <li>— cualquier implicación para la dirección estratégica de la organización.</li> </ul> <p>La alta dirección debe comunicar los resultados pertinentes de las revisiones por la dirección a los trabajadores, y cuando existan, a los representantes de los trabajadores (véase 7.4). La organización debe conservar información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección.</p>	2	<p>Se realizan revisiones sobre:</p> <p>a. Riesgos y oportunidades.</p> <p>b. Evaluación de los requisitos legales</p> <p>c. Las oportunidades de mejora continua;</p> <p>Recursos necesarios</p>
		<b>1.33</b>	
<b>Suma Capítulo 9</b>		<b>2</b>	
<b>Promedio Capítulo 9</b>		<b>0.51</b>	

	<b>% de cumplimiento Capítulo 9</b>	<b>13%</b>	
<b>10. Mejoras</b>			
<b>10.1. Generalidades</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>SI</b>	<b>Observaciones</b>
150	¿El hospital determina las oportunidades de mejora (véase el Capítulo 9) e implementa las acciones necesarias para alcanzar los resultados previstos de su sistema de gestión de la SST?	0	
		<b>0</b>	
<b>10.2 Incidentes, No Conformidades y acciones correctivas</b>			
<b>N°</b>	<b>Condición</b>	<b>SI</b>	<b>Observaciones</b>
151	La organización debe establecer, implementar y mantener procesos, incluyendo informar, investigar y tomar acciones para determinar y gestionar los incidentes y las no conformidades.	2	Solo se investigan y toman acciones de incidentes
152	Cuando ocurra un incidente o una no conformidad, la organización debe: a) reaccionar de manera oportuna ante el incidente o la no conformidad y, según sea aplicable: 1) tomar acciones para controlar y corregir el incidente o la no conformidad; 2) hacer frente a las consecuencias;	2	
153	Evaluar, con la participación de los trabajadores (véase 5.4) e involucrando a otras partes interesadas pertinentes, la necesidad de acciones correctivas para eliminar las causas raíz del incidente o la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante: 1) la investigación del incidente o la revisión de la no conformidad; 2) la determinación de las causas del incidente o la no conformidad; 3) la determinación de si han ocurrido incidentes similares, si existen no conformidades, o si potencialmente podrían ocurrir;	2	Se tiene poca información documentada
154	c) revisar las evaluaciones existentes de los riesgos para la SST y otros riesgos, según sea apropiado (véase 6.1); d) determinar e implementar cualquier acción necesaria, incluyendo acciones correctivas, de acuerdo con la jerarquía de los controles (véase 8.1.2) y la gestión del cambio (véase 8.1.3); e) evaluar los riesgos de la SST que se relacionan con los peligros nuevos o modificados, antes de tomar acciones; f) revisar la eficacia de cualquier acción tomada, incluyendo las acciones correctivas; g) si fuera necesario, hacer cambios al sistema de gestión de la SST.		

155	Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos o los efectos potenciales de los incidentes o las no conformidades encontradas. La organización debe conservar información documentada, como evidencia de: — la naturaleza de los incidentes o las no conformidades y cualquier acción tomada posteriormente; — los resultados de cualquier acción y acción correctiva, incluyendo su eficacia. La organización debe comunicar esta información documentada a los trabajadores pertinentes, y cuando existan, a los representantes de los trabajadores, y a otras partes interesadas pertinentes.	2	
		2	
<b>10.3 Mejora Continua</b>			
N°	Condición	SI	Observaciones
156	La organización debe mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la SST para: a) mejorar el desempeño de la SST;	0	El Comité de Seguridad y Salud Ocupacional considera los resultados de las evaluaciones y revisiones, pero no existe evidencia de la mejora, contingencias, acciones correctivas, adecuación, ni considera los resultados del análisis y evaluación, debido a que no se cuenta con un sistema enfocado en SGSST.
157	b) promover una cultura que apoye al sistema de gestión de la SST;	0	
158	c) promover la participación de los trabajadores en la implementación de acciones para la mejora continua del sistema de gestión de la SST;	3	
159	d) comunicar los resultados pertinentes de la mejora continua a sus trabajadores, y cuando existan, a los representantes de los trabajadores;	0	
160	e) mantener y conservar información documentada como evidencia de la mejora continua.	2	
		1	
	<b>Suma Capítulo 10</b>	<b>1</b>	
	<b>Promedio Capítulo 10</b>	<b>0.38</b>	
	<b>% de cumplimiento Capítulo 10</b>	<b>9%</b>	

**Apéndice 7:** Lista de verificación de evaluación sobre las condiciones de seguridad y salud ocupacional en instituciones públicas ministerio de trabajo y previsión social

 					
LISTA DE VERIFICACIÓN DE EVALUACIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL EN INSTITUCIONES PÚBLICAS MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL					
GENERALIDADES DE LA ORGANIZACIÓN					
<b>Abreviaturas utilizadas en el formulario:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LGPRLT:</b> Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo (Decreto Legislativo N°. 254)</li> <li>• <b>RGPRLT:</b> Reglamento General de Prevención en los Lugares de Trabajo (Decreto Ejecutivo N°. 89)</li> <li>• <b>PRLT:</b> Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo (Decreto Ejecutivo N°. 86)</li> </ul>					
N°	Seguridad y Salud ocupacional. 10%	Disposición Legal a Consultar	SI	NO	N/A
1	¿Existe en su lugar de trabajo Comité de Seguridad y Salud ocupacional? NOTA: Lugares de Trabajo con 15 o más de trabajadoras (es).	Art. 13 de la LGPRLT, relacionado al Art. 2 y Art.6 del Reglamento de Gestión PRLT.	x		
2	¿Se cumple con la obligación de comunicar a la oficina respectiva del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, la existencia de un Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, dentro de los ocho días hábiles a su creación?	Art. 78 numeral 6 de la LGPRLT, relacionado al Art.21 del Reglamento de Gestión PRLT.	x		
3	¿Se cuenta con el Programa de Gestión de Prevención de Riesgos Ocupacionales de la empresa?	Art. 8 de la LGPRLT,		x	
4	¿Se cuenta con medidas sustitutivas a la elaboración del Programa de Gestión de Riesgos Ocupacionales?	Art. 12 de la LGPRLT.		x	
			50%		
I. IDENTIFICACION, EVALUACION, CONTROL Y SEGUIMIENTO PERMANENTE DE LOS RIESGOS OCUPACIONALES. 30%					
5	¿Se ha realizado la identificación de los riesgos conforme a cada etapa del proceso productivo, especificando puestos de trabajo y número de personas trabajadoras?	Art. 40 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos, 129 RGPRLT		x	
6	¿Se han realizado acciones para el manejo efectivo de los riesgos identificados?	Art. 42 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos		x	





---



---

**MASIG**

7	¿Cuenta con mapa de riesgos?	Art. 43 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos		x	
8	¿Se han adoptado medidas preventivas especiales para preservar la salud y seguridad de personas con discapacidad y mujeres embarazadas?	Art. 44 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos	x		
9	¿Se verifica la limpieza en su lugar de trabajo para que no implique un riesgo grave para la integridad y salud de los trabajadores y trabajadoras?	Art. 60 de la LGPRLT	x		
10	¿Se les proporciona el equipo de protección al personal, herramientas, medios de protección colectiva o ropa de trabajo necesaria a los trabajadores y trabajadoras conforme a la actividad que realicen?	Art. 38 de la LGPRLT, relacionado a los Artículos: 72, 79, 91, 93, 95, 96, 144, 229, 244, 314, 315, 336, 344 del RGPRLT.	x		
11	¿Se brinda el mantenimiento debido al equipo de protección personal que se proporciona a los trabajadores y trabajadoras?	Art. 79 numeral 11 LGPRLT, relacionado al Art.92 del Reglamento General PRLT.	x		
12	¿Se cuenta en el lugar de trabajo con un inventario de las sustancias químicas existentes debidamente clasificadas?	Art. 79 numeral 16 LGPRLT, relacionado con el Art.193 y Art. 214 literal d) del Reglamento General de PRLT.	x		
13	¿Se mantiene en su lugar de trabajo información accesible referente a los cuidados a observar en cuanto al uso, manipulación y almacenamiento de sustancias químicas?	Art. 79 numeral 17 LGPRLT relacionado con el Art. 235 del Reglamento General de PRLT	x		
14	¿Se brinda capacitación a las y los trabajadores acerca de los riesgos del puesto de trabajo susceptibles de causar daños a su integridad y salud?	Art. 79 numeral 20 LGPRLT, relacionado al Art. 50 del Reglamento de Gestión de la PRLT, Art. 85, Art. 212, 218, del Reglamento General de PRLT.		x	
15	¿Se mantiene medidas de protección en los procesos de soldaduras?	Art. 79 numeral 21 LGPRLT, relacionado Art 310 del Reglamento General de PRLT.	x		
16	¿Permite la realización de las diligencias de inspección de seguridad y salud ocupacional,	Art. 80 numeral16 LGPRLT, Relacionado al Art. 2 del Reglamento General PRLT.	x		

 <hr style="border: 2px solid red;"/> <div style="text-align: right; font-size: 24px; font-weight: bold;">MASIG</div>					
	no obstaculizándola, ejecutando actos que tiendan a impedirla o desnaturalizarla?				
			66.667%		
II. REGISTRO ACTUALIZADO DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES PROFESIONALES Y SUCESOS PELIGROSOS. 10%					
17	¿Posee número de registro para la notificación de accidentes de trabajo en el Sistema Nacional de Accidentes de Trabajo?	Art. 66 LGPRLT, relacionado con Art. 46 del Reglamento de Gestión PRLT.	x		
18	¿Cuenta con registro de notificaciones de accidentes realizadas el Ministerio de Trabajo?	Art. 66 LGPRLT, Art. 79 numeral 8. Relacionado con Art. 46 y 47 del Reglamento de Gestión PRLT.	x		
19	¿Desarrolla metodología para la investigación de accidentes de trabajo?	Art. 48 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos	x		
20	¿Se implementa en su lugar de trabajo el registro de enfermedades profesionales y sucesos peligrosos ocurridos?	Art. 78 numeral 9 LGPRLT relacionado con Art.46 literales b y c	x		
			100%		
III. DISEÑO E IMPLEMENTACION DEL PLAN DE EMERGENCIA Y EVACUACION. 10%					
21	¿Cuenta con responsables de implementación y roles del personal durante una emergencia? (Brigadas de evacuación, contra incendios y primeros auxilios)	Art. 34 de la LGPRLT, Art. 49 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos	x		
22	¿Posee mecanismos de comunicación, equipos y alerta ante emergencias?	Art. 49 Reglamento General de Prevención de Riesgos	x		
23	¿Cuenta con mapas del lugar de trabajo, rutas de evacuación y puntos de encuentro?	Art. 49 Reglamento General de Prevención de Riesgos	x		
24	¿Desarrolla procedimientos de respuesta, de acuerdo a cada tipo de emergencia?	Art. 49 Reglamento General de Prevención de Riesgos	x		




---



---

**MASIG**

25	¿Desarrolla plan de capacitaciones a responsables de atención de emergencias? (Brigadas de evacuación, contra incendios y primeros auxilios)	Art. 50 Reglamento General de Prevención de Riesgos	x		
26	¿Posee una calendarización y registro de simulacros con la participación de personas trabajadoras?	Art. 49 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos	x		
27	¿Se cuenta en su lugar de trabajo con la señalización de seguridad visible y de comprensión general?	Art. 36 de la LGPRLT Art. 79 numeral 1 LGPRLT	x		
28	¿Se cuenta en su lugar de trabajo con el equipo y los medios adecuados para la prevención y combate en casos de emergencia (extintores, detectores de humo, botiquines u otros)?	Art. 80 numeral1 LGPRLT, relacionado al Art. 119 del Reglamento General PRLT	x		
			100%		
<b>IV. ENTRENAMIENTO DE MANERA TEORICA Y PRACTICA PERMANENTE A PERSONAS TRABAJADORAS.10%</b>					
29	¿Posee un plan anual definido de entrenamiento para las personas trabajadoras?	Art. 50 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos	x		
			100%		
<b>V. ESTABLECIMIENTO DE PROGRAMA DE EXAMENES MEDICOS Y ATENCION DE PRIMEROS AUXILIOS.5%</b>					
30	¿Realiza la parte empleadora exámenes médicos a las personas trabajadoras de conformidad con la identificación y evaluación de riesgos?	Art. 79 numeral 18 LGPRLT, Art. 52 Reglamento General de Prevención de Riesgos, Art 163 numeral 4 y 5 del Reglamento General de PRLT	x		
31	¿Cuenta con métodos y técnicas para la atención de primeros auxilios?	Art. 52 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos, Art. 237 Reglamento General	x		
32	¿Posee botiquín de primeros auxilios?	Art. 68 LOFSTPS	x		
33	¿Acata el o la empleadora la recomendación de un médico del trabajo de destinar a un (a) trabajador (a) a un puesto de trabajo más adecuado a su estado de salud y capacidad física?	Art. 79 numeral 19 LGPRLT	x		
			100%		




---



---

**MASIG**
**VI. PLANIFICACION DE ACTIVIDADES Y REUNIONES DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL.5%**

34	¿Cuenta el lugar de trabajo con un Comité de Salud y Seguridad Ocupacional (CSSO) conformado y vigente?	Art. 15 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos	x		
35	¿El Comité de Salud y Seguridad Ocupacional ha recibido la capacitación de las 48 horas?	Art. 10 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos	x		
36	Se realizan reuniones una vez al mes de forma ordinaria y extraordinaria o las veces que sea necesario dejando constancias (Actas)	Art. 25 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos	x		
37	¿Posee Reglamento de Funcionamiento del Comité de Salud y Seguridad Ocupacional (CSSO)?	Art. 26 Reglamento General de Prevención de Riesgos	x		
38	¿Posee registro de medidas y recomendaciones en materia de investigación de accidentes como resultado de las sesiones realizadas por el CSSO y emitidas a la parte empleadora?	Art. 32 Reglamento General de Prevención de Riesgos	x		
39	¿Permite el o la empleadora que los miembros del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional se reúnan dentro de la jornada de trabajo, siempre que exista un programa establecido o cuando las circunstancias lo requieran?	Art. 78 numeral 7 LGPRLT	x		
			100%		

**VII. PROGRAMA DE DIFUSION Y PROMOCION DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS.5%**

40	¿Coloca en áreas visibles la Política de SSO y divulgación a personas trabajadoras	Art. 54 literal a) Reglamento General de Prevención de Riesgos		x	
41	¿Coloca de carteles alusivos u otros medios de información, para la difusión de medidas de Salud y Seguridad Ocupacional?	Art. 54 literal b) Reglamento General de Prevención de Riesgos	x		
42	¿Se divulga información a través de manuales e instructivos acerca de los riesgos a los que están expuestas las personas trabajadoras?	Art. 54 literal c) Reglamento General de Prevención de Riesgos	x		
			67%		




---



---

**MASIG**

**VIII. FORMULACIÓN DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE VIOLENCIA HACIA LA MUJER, ACOSO SEXUAL Y DEMÁS RIESGOS PSICOSOCIALES. 10%**

43	¿Posee programas preventivos y de sensibilización sobre riesgos psicosociales? (capacitaciones y sensibilizaciones)	Art. 280 Reglamento General de Prevención de Riesgos	x		
44	¿Posee mecanismos de identificación, prevención, abordaje y erradicación de riesgos psicosociales?	Art. 278 y 279 Reglamento General de Prevención de Riesgos	x		
45	¿Realiza acciones afirmativas para el abordaje de riesgos psicosociales?	Art. 279 Reglamento General de Prevención de Riesgos	x		
46	¿Posee registro de riesgos psicosociales?	Art. 281 Reglamento General de Prevención de Riesgos	x		
			100%		

**XI. CONDICIONES ESTRUCTURALES DEL LUGAR DE TRABAJO.5%**

47	¿Se brinda mantenimiento a las instalaciones eléctricas?	Art. 20 LGPRLT, Art. 74 del Reglamento General de PRLT.	x		
48	¿Reúne las condiciones estructurales que ofrezcan garantías de seguridad y salud ocupacional a las personas trabajadoras? (pasillos, asientos, dormitorios servicios sanitarios, comedores, techos y paredes)	Art. 20 LGPRLT, Art. 78 num. 2 LGPRLT, Art. 5,6 7, 8,9, 10 11 del Reglamento General de PRLT.	x		
49	¿Proporciona el y la empleadora a sus trabajadores (as), asientos de conformidad a la clase de labor que desempeñan?	Art. 78 numeral 3 LGPRLT, relacionado al Art. 179 literal b) Reglamento General PRLT	x		
50	¿Reúnen los requisitos exigidos por la presente Ley y sus reglamentos, las instalaciones del lugar de trabajo en general, Artefactos y dispositivos de los servicios de agua potable, gas industrial, calefacción y ventilación?	Art. 79 numeral 4 LGPRLT, relacionado con Art. 16, 17,18, 19, 20, 21, 130, 148 del Reglamento General PRLT	x		
51	¿Se resguarda de forma adecuada el equipo de protección personal, ropa de trabajo, herramientas especiales, y medios técnicos de protección colectiva de las y los trabajadores?	Art. 79 numeral 6 LGPRLT, relacionado al Art.92 del Reglamento General de PRLT	x		
52	¿Se colocan elementos de protección en todo canal, puente, estanque y gradas en su lugar de trabajo para evitar riesgos a las y los trabajadores y demás personas?	Art. 79 numeral 7 LGPRLT, relacionado al Art. 11 del Reglamento General de PRLT.	x		





---



---

**MASIG**

53	¿Poseen en su lugar de trabajo escaleras portátiles que reúnan las condiciones de seguridad requeridas?	Art. 79 numeral 8 LGPRLT, relacionado al Art.14 del RGPRLT.	x		
54	¿Cuenta con dispositivos sonoros y visuales las máquinas de su lugar de trabajo para alertar sobre la puesta en marcha de una máquina, dependiendo de la actividad que se realice?	Art. 79 numeral 9 LGPRLT, relacionado al Art. 78 del Reglamento general de PRLT.	x		
55	¿Cuenta el lugar de trabajo con la iluminación suficiente para el buen desempeño de las labores de las y los trabajadores?	Art. 79 numeral 12 LGPRLT, art.130 del Reglamento General de Prevención de Riesgo en los lugares de trabajo(RGPRLT)	x		
56	¿Existe ventilación adecuada conforme a lo establecido en la LGPRLT y su reglamento respectivo?	Art. 79 numeral 13 LGPRLT, art.148 del Reglamento General de Prevención de Riesgo en los lugares de trabajo (RGPRLT)	x		
57	¿Las instalaciones eléctricas, los motores y cables conductores de su lugar de trabajo cuentan con un sistema de polarización a tierra?	Art. 79 numeral 22 LGPRLT, relacionado al Art. 42 del Reglamento General de PRLT	x		
58	Si se Realiza trabajos con combustible líquido, sustancias químicas o tóxicas ¿cuenta con depósitos apropiados para el almacenaje y transporte de los mismos?	Art. 80 numeral 3 LGPRLT, relacionado al Art. 207, 208, 209, del Reglamento General de PRLT.	x		
59	¿Mantiene en funcionamiento en el lugar de trabajo, ascensores, montacargas y demás equipos de izar que impliquen un riesgo para los y las trabajadoras?	Art. 80 num.4 LGPRLT Relacionado al Art. 87 del Reglamento General de PRLT.			x
60	¿Posee lámparas de emergencia?	Art. 13 numeral 7 del Reglamento General de Prevención de Riesgos	x		

		<hr/> <hr/> <b>MASIG</b>			
61	¿Informa o ha informado a la Dirección General de Previsión Social cualquier cambio o modificación sustancial que se efectúe en los equipos o instalaciones en general, que representen riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores y trabajadoras?	Art. 33 LGPRLT.		x	
62	¿Posee generadores de vapor o recipientes sujetos a presión?	Art. 72 LGPRLT, Art. 80 num.10 LGPRLT, art.5 del Reglamento para la verificación del funcionamiento y mantenimiento de Generadores de Vapor		x	
63	¿Brinda el mantenimiento apropiado a los generadores de vapor o recipientes sujetos a presión, utilizados en el lugar de trabajo?	Art. 72 LGPRLT, Art.43 del RVFMGV		x	
64	¿Cuenta con el Registro otorgado por la Dirección General de Previsión Social para los generadores de vapor?	Art.5 del Reglamento para la verificación del funcionamiento y mantenimiento de Generadores de Vapor		x	
65	¿Posee peritaje vigente y aprobado por la Dirección General de Previsión Social de los generadores de vapor?	Art. 43 párrafo final y art. 44 del Reglamento para la verificación del funcionamiento y mantenimiento de Generadores de Vapor		x	
66	¿Se cuentan en su lugar de trabajo con sistemas presurizados con los dispositivos de seguridad requeridos?	Art. 80 num.2 LGPRLT, art.6 del Reglamento para la verificación del funcionamiento y mantenimiento de Generadores de Vapor		x	
			95%		
<b>X. COMENTARIOS</b>					

**Apéndice 8: Guía de entrevista**

<b>UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR</b> <b>FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS</b> <b>MAESTRÍA EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	
<b>Fecha de entrevista:</b> _____	<b>N° de referencia:</b> _____

<b>GUIA DE ENTREVISTA</b>	
<b><u>Nombres de evaluadores</u></b> Oscar Antonio Gomez Lozano Marvin Alexander Clímaco Elías	
<b>I. DATOS DEL SUJETO DE ESTUDIO</b>	
Nombre de la Institución	Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez"
Lugar de la evaluación:	Cantón Venecia, Calle La Fuente, Distrito de Soyapango, San Salvador, El Salvador
Nombre del entrevistado:	
Nombre de la Unidad de servicio:	
Cargo dentro de la institución	

**I. Información general**

¿Cuáles son las principales actividades de su organización?  			
<b>Contexto de la organización</b>			
Misión	<input type="checkbox"/>	Estrategia	<input type="checkbox"/>
Visión	<input type="checkbox"/>	Matriz de riesgo	<input type="checkbox"/>
Objetivos de calidad	<input type="checkbox"/>	Política de calidad	<input type="checkbox"/>
Objetivos de SST	<input type="checkbox"/>	Política de SST	<input type="checkbox"/>
Indicadores	<input type="checkbox"/>	Procesos definidos	<input type="checkbox"/>
Observaciones: _____ _____ _____ _____			

## II. Desarrollo de preguntas

1. ¿Se tienen estrategias establecidas para el logro de indicadores?
2. ¿Ha determinado las cuestiones externas e internas relevantes en el propósito de su institución, la consecución de la satisfacción del usuario y la dirección estratégica del hospital?
3. ¿Ha determinado las necesidades y expectativas de las partes interesadas que son relevantes?
4. ¿Se han establecido los criterios para la gestión de procesos (mapa de procesos) junto con las responsabilidades, métodos, medidas e indicadores de desempeño relacionados necesarios para garantizar el funcionamiento y control eficaces en el hospital?
5. ¿Qué acciones se han planificado para el logro de los objetivos?
6. ¿Se han establecido los riesgos y oportunidades de mejora que son relevantes en sus procesos?
7. ¿La alta dirección ha asegurado un clima y cultura preventiva?
8. ¿Establece procesos de consulta y participación de los trabajadores en los niveles y funciones aplicables?
9. ¿Existe un proceso definido para establecer los riesgos y peligros y determinar la necesidad de cambios y la gestión de su implementación?

10. ¿La institución ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora del SIG (incluidos los requisitos de las personas, y de infraestructura)?
11. ¿La institución se ha asegurado de que las personas que puedan afectar al rendimiento del SIG son competentes en cuestión de una adecuada educación, formación y experiencia o ha adoptado las medidas necesarias para asegurar que puedan adquirir la competencia necesaria?
12. ¿El hospital ha determinado metodologías para comunicar a los trabajadores, como a las partes interesadas todo lo que es pertinente? ¿Es efectiva?
13. ¿La organización ha establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades necesarias para un funcionamiento eficaz de los servicios?
14. ¿Qué tipo de documentación poseen con base a la norma ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018?
15. ¿El hospital ha realizado el seguimiento de las percepciones de los usuarios del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas?
16. ¿Cómo cumple el marco legal y normativo sobre los aspectos de seguridad y salud en el trabajo?
17. ¿Qué estrategia implementa el hospital para realizar oportunidades de mejora?
18. ¿Se han determinado y seleccionado oportunidades de mejora en su proceso?
19. ¿Los procesos misionales en el área de hospitalización de psiquiatría se apegan al manual de procesos de hospitalización aprobado por las autoridades de MINSAL?
20. ¿Se han identificado necesidades de cambios en los servicios? ¿Cuáles son?

21. 20. ¿Qué es lo que han determinado para seguimiento y medición en procesos?

22. ¿Si es si, Qué métodos seguirán para asegurar los resultados válidos y cuándo lo harán?

23. ¿Aborda el hospital los requisitos legales aplicables y otros requisitos en los cambios de servicios?

24. ¿Planificó, estableció, implementó y mantuvo programas de auditoría?

25. ¿Cada cuánto se realizan las revisiones del proceso por la dirección?

**Apéndice 9:** cuestionario de evaluación de nivel de concordancia del proceso misional: “m03-03-proporcionar atenciones de salud integrales en hospitalización” en el área de psiquiatría

<b>UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR</b> <b>FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS</b> <b>MAESTRÍA EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>
<b>CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE NIVEL DE CONCORDANCIA DEL PROCESO MISIONAL: “M03-03-PROPORCIONAR ATENCIONES DE SALUD INTEGRALES EN HOSPITALIZACIÓN” EN EL AREA DE PSIQUIATRIA</b>

### I. Capacidad instalada en la Unidad de servicio

<b>Fecha:</b>	
<b>Nombre de la Unidad de servicio</b>	
<b>Cargo:</b>	
<b>Numero de colaboradores en la unidad:</b>	Médicos:
	Residentes:
	Enfermeras y auxiliares:
	Personal de limpieza
<b>Número de camas censables y no censables:</b>	Censables:
	No censables

### II. Inventario de procesos

Macroproceso	Proceso	Procedimientos	
M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS.	M03-03 Proporcionar atenciones de salud integrales en hospitalización.	M03-03-P01-Ingreso del paciente en hospitalización. M03-03-P02-Visita médica diaria. M03-03-P03-Gestión de procedimientos médicos en internación. M03-03-P04-Entrega y recibo de turno. M03-03-P05-Traslados Intrahospitalarios	
		Subprocesos	
		M03-03-01-Egreso de pacientes.	M03-03-01-P01-Referencia/retorno/interconsulta hospitalaria. M03-03-01-P02-Alta médica. M03-03-01-P03-Alta voluntaria. M03-03-01-P04-Egreso del paciente en condición de fallecido.

### III. Nivel de cumplimiento de “M03-03-PROPORCIONAR ATENCIONES DE SALUD INTEGRALES EN HOSPITALIZACIÓN”

<b>ESCALA DE VALORACIÓN: del 0 al 4</b>		
Donde (0) no se cumple en absoluto y (4) se cumple a totalidad		
<b>Objeto a evaluar</b>	<b>Nivel de cumplimiento</b>	<b>Observaciones</b>
¿Se cumplen los indicadores de calidad en el área?		

<b>ESCALA DE VALORACIÓN: del 0 al 4</b>		
<b>Donde (0) no se cumple en absoluto y (4) se cumple a totalidad</b>		
<b>Objeto a evaluar</b>	<b>Nivel de cumplimiento</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Nota:</b> <u>Este apartado se refiere a la caracterización del proceso, específicamente a la frecuencia y control</u>		
¿Qué tan apegado está el procedimiento <b>M03-03-P01-Ingreso del paciente en hospitalización</b> a las actividades de la unidad?		
¿Qué tan apegado está el procedimiento <b>M03-03-P02-Visita médica diaria</b> a las actividades de la unidad?		
¿Qué tan apegado está el procedimiento <b>M03-03-P03-Gesitón de procedimientos médicos en internación</b> a las actividades de la unidad?		
¿Qué tan apegado está el procedimiento <b>M03-03-P04-Entrega y recibo de turno</b> a las actividades de la unidad?		
¿Qué tan apegado está el procedimiento <b>M03-03-P05-Traslados Intrahospitalarios</b> a las actividades de la unidad?		
¿Qué tan apegado está el <b>Subproceso M03-03-01-Egreso de pacientes</b> a las actividades de la unidad? <b>Procedimientos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• M03-03-01-P01-Referencia/retorno/ interconsulta hospitalaria.</li> <li>• M03-03-01-P02-Alta médica. M03-03-01-P03-Alta voluntaria.</li> <li>• M03-03-01-P04-Egreso del paciente en condición de fallecido.</li> </ul>		

Nota: Se deja link para descargar y evaluar el proceso

<https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/docume /manuales-basicos-de-organizacion>

F: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del jefe de la Unidad de Servicio

**Apéndice 10: Evaluación de nivel de estructura documental de la norma ISO 9001:2015**

No.	Requisitos ISO 9001:2015	Documentación/ registros	Es acorde al Sistema de Gestión de Calidad Si/No
<b>4. Contexto de la organización</b>			
4.1	Comprensión de la organización y de su contexto	Plan Operativo Institucional (POA) donde se evidencia un análisis FODA, año 2023 y sus autoevaluaciones trimestralmente	Si
4.2	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	Se evidencia alianzas estratégicas e identificación de partes interesadas, no se evidencio metodología de seguimiento	No
4.3	Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad	No se tiene alcance definido	No
4.4	Sistema de gestión de la calidad y sus procesos	Se cuenta con mapa nivel cero a escala Nacional a través de la política de gestión por procesos dada por MINSAL; pero dentro de la institución no se cuenta con mapa de procesos de nivel 1	No
<b>5. Liderazgo</b>			
5.1	<b>Liderazgo y compromiso</b>		
5.1.1	Generalidades	No se tiene procedimiento de revisión por la dirección de acuerdo a un SGC, pero cuenta con actas de revisión del Consejo Estratégico.	No
5.1.2	Enfoque al cliente		
5.2	Política	Cuentan con Política de Calidad a Nivel Nacional pero no dentro del Hospital	No
5.2.1	Establecimiento de la política de la calidad		
5.2.2	Comunicación de la política de la calidad		
5.3	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	Manual de descripción de puestos	Si
<b>6. Planificación</b>			
6.1	<b>Acciones para abordar riesgos y oportunidades</b>		
6.1.1	<i>Sin título</i>	No se tiene procedimiento para abordar riesgo y oportunidades, y no se cuenta con un marco definido sobre los requisitos legales	No
6.1.2	<i>Sin título</i>		
6.2	<b>Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos</b>		
6.2.1	<i>Sin título</i>	Se tienen objetivos de calidad reflejados en la POA, pero no están dentro del SGC como documento	No
6.2.2	<i>Sin título</i>		
6.3	Planificación de los cambios	No se tiene documento relacionados	No
<b>7. Apoyo</b>			
7.1	Recursos	Se cuenta con POA donde describe: a) las capacidades y limitaciones de los recursos internos existentes;	Si
7.1.1	Generalidades		

7.1.2	Personas	b) qué se necesita obtener de los proveedores externos.	
7.1.3	Infraestructura		
7.1.4	Ambiente para la operación de los procesos		
7.1.5	Recursos de seguimiento y medición		
7.1.5.1	Generalidades		
7.1.5.2	Trazabilidad de las mediciones	Se tiene procedimientos operativos estándar para calibración de equipos en los departamentos de rayos X y laboratorio bilógico. Los indicadores de procesos son trazables en las diferentes plataformas digitales que maneja el hospital	Si
7.1.6	Conocimientos de la organización	Se cuenta con plan de capacitación en la POA de cada unidad de servicio y es reportado en la UDP	Si
7.2	Competencia	Se cuenta con manual del proceso de reclutamiento, selección y contratación	Si
7.3	Toma de conciencia	Se cuenta con un mecanismo que aseguren la toma de conciencia para un SGC tales como: capacitación en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad</li> <li>• Mejora continua y planes de mejora</li> <li>• Deberes y derechos de los pacientes.</li> </ul>	No
7.4	Comunicación	No se cuenta un mecanismo adecuado para determinar la comunicación interna y externa pertinente al sistema de gestión de calidad	No
7.5	Información documentada	Se tiene manual para llevar información documentada de forma genérica dada por el MINSAL, pero no está adaptada al hospital.	No
7.5.1	Generalidades		
7.5.2	Creación y actualización		
7.5.3	Control de la información documentada		
<b>8. Operación</b>			
8.1	Planificación y control operacional	Cuenta con POA y se evidencia y controla los procesos relacionados a los servicios, manuales de proceso, fichas de caracterización de procesos. Se toman acciones para controlar los cambios planificados y revisión de las consecuencias de los cambios con su evaluación de riesgos	Si
8.2	<b>Requisitos para los productos y servicios</b>		

8.2.1	Comunicación con el cliente	Se evidencia la comunicación con el paciente en hoja de consentimiento informado, charlas de derechos y deberes del usuario dado por la Oficina por el Derecho a la Salud, encuestas de satisfacción, portal web de quejas y denuncias. Control sobre la confidencialidad el paciente	Si
8.2.2	Determinación de los requisitos para los productos y servicios	Dentro de los manuales de procesos se ha establecido el marco legal y normativo que están ligados a las actividades que se realizan a los pacientes. Se garantiza la capacidad de brindar el servicio ofertado por el hospital (lineamientos de Referencia, Retorno e Interconsultas)	Si
8.2.3	<b>Revisión de los requisitos para los productos y servicios</b>		
8.2.3.1	Sin título	Se establece la capacidad instalada en la POA. La categoría con base a la capacidad instalada del hospital está reflejada en el Reglamento de la Dirección Nacional de Hospitales. Lineamientos de Referencia Retorno e Interconsulta. Planos Operativos Anuales de cada unidad de servicio	Si
8.2.3.2	<i>Sin título</i>	Se tiene registro sobre los resultados de la revisión en actas, pero no un procedimiento que defina el mecanismo de la revisión por la Dirección.	No
8.2.4	Cambios en los requisitos para los productos y servicios	Se tienen guías de atención, manuales, normas y lineamientos actualizados. Todo cambio es dado a conocer a las partes interesadas pertinentes. Pero no cuenta con un mecanismo definido	No
8.3	<b>Diseño y desarrollo de los productos y servicios</b>		
8.3.1	Generalidades	No se tiene proceso documentado, pero se tienen reglamentos y lineamientos	No
8.3.2	Planificación del diseño y desarrollo	Planificación cuenta con documentación del diseño y desarrollo de nuevos servicios	Si
8.3.3	Entradas para el diseño y desarrollo	Se cumplen los requisitos del control y desarrollo, pero no se cuentan con procedimientos establecidos.	No
8.3.4	Controles del diseño y desarrollo		
8.3.5	Salidas del diseño y desarrollo		
8.3.6	Cambios del diseño y desarrollo		

<b>8.4</b>	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente		No
<b>8.4.1</b>	Generalidades	Se cumple la Ley de Compras Públicas y su Reglamento, pero no se tiene un procedimiento	
<b>8.4.2</b>	Tipo y alcance del control		
<b>8.4.3</b>	Información para los proveedores externos		
<b>8.5</b>	<b>Producción y provisión del servicio</b>		
<b>8.5.1</b>	Control de la producción y de la provisión del servicio	Se tienen procesos misionales genéricos que no están adaptados plenamente para las actividades de hospitalización psiquiátrica	No
<b>8.5.2</b>	Identificación y trazabilidad	Se tiene caracterización de los procesos	Si
<b>8.5.3</b>	Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos	Se cuenta con la Ley de Deberes y Derechos del Usuario donde se establece la confidencialidad de la información del paciente.	Si
<b>8.5.4</b>	Preservación	Se tienen procesos misionales genéricos que no están adaptados plenamente para las actividades de hospitalización psiquiátrica	Si
<b>8.5.5</b>	Actividades posteriores a la entrega		
<b>8.5.6</b>	Control de los cambios	Se tienen control de los cambios, pero no cuenta con la metodología	No
<b>8.6</b>	Liberación de los productos y servicios	Se tienen proceso y se evidencia el cumplimiento en los expedientes de cada paciente	No
<b>8.7</b>	Control de las salidas no conformes	Se tiene control de salidas no conformes, evidenciado con planes de mejora. Procesos y lineamientos definidos para mantener comunicación con el paciente	Si
<b>8.7.1</b>	<i>Sin título</i>		
<b>8.7.2</b>	<i>Sin título</i>		
<b>9. Evaluación del desempeño</b>			
<b>9.1</b>	Seguimiento, medición, análisis y evaluación	Se da seguimiento y se tiene documentado	Si
<b>9.1.1</b>	Generalidades		
<b>9.1.2</b>	Satisfacción del cliente		
<b>9.1.3</b>	Análisis y evaluación		
<b>9.2</b>	Auditoría interna	Solo se cumple para procesos misionales, pero no se tiene para un SGC	No
<b>9.2.1</b>	<i>Sin título</i>		
<b>9.2.2</b>	<i>Sin título</i>		
<b>9.3</b>	Revisión por la dirección	Se tiene registro de revisiones por la Dirección, pero no para un SGC	No
<b>9.3.1</b>	Generalidades		
<b>9.3.2</b>	Entradas de la revisión por la dirección		
<b>9.3.3</b>	Salidas de la revisión por la dirección		
<b>10. Mejora</b>			
<b>10.1</b>	Generalidades	Se tienen metodologías para evaluación de las no conformidades "Caja de Herramientas, Tomo I y II).	No
<b>10.2</b>	No conformidad y acción correctiva		
<b>10.2.1</b>	<i>Sin título</i>		

10.2.2	Sin título	Pero no se tiene un procedimiento definido	
10.3	Mejora continua	La mejora continua se implementa, pero no es acorde a un SGC	No
<b>RESULTADOS</b>			
<b>Sumatoria de <math>\Sigma</math>Si acorde a la norma</b>	<b>Sumatoria de <math>\Sigma</math>No Acorde a la norma</b>	<b>Total de documentación requerida</b>	<b>Porcentaje de documentos conforme al Sistema de Gestión. (% DCS)</b>
13	26	39	33.3%

#### Apéndice 11: Evaluación de nivel de estructura documental de la norma ISO 45001:2018

No.	Requisitos ISO 45001:2018	Documentación/ registros	Es acorde al Sistema de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo Si/No
<b>4. Contexto de la organización</b>			
4.1	Comprensión de la organización y de su contexto	Plan Operativo Institucional (POA) donde se evidencia un análisis FODA, año 2023 y sus autoevaluaciones trimestralmente	Si
4.2	Comprensión de las necesidades y expectativas de los trabajadores y de otras partes interesadas	Se evidencia alianzas estratégicas e identificación de partes interesadas, no se evidencio metodología de seguimiento	No
4.3	Determinación del alcance del sistema de gestión de la SST	No se tiene alcance definido	No
4.4	Sistema de gestión de la SST	Se cuenta con mapa nivel cero a escala Nacional a través de la política de gestión por procesos dada por MINSAL; pero dentro de la institución no se cuenta con mapa de procesos de nivel 1	No
<b>5. Liderazgo y participación de los trabajadores</b>			
5.1	Liderazgo y compromiso	No se cuenta con un mecanismo en el que se identifique el liderazgo y compromiso con el SGSST	No
5.2	Política de la SST	Cuentan con Política de Seguridad y Salud Ocupacional a Nivel Nacional pero no una específica con las peculiaridades del hospital	No
5.3	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	Manual de descripción de puestos; Reglamento de Organización y Funciones del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional del MINSAL, pero no uno específico para el hospital	Si

5.4	Consulta y participación de los trabajadores	Consultas a través de la alta dirección por medio de convocatorias a través de memorándum	Si
<b>6. Planificación</b>			
6.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	No se cuenta con una metodología para la identificación de peligros y evaluación de riesgos en materia de SST. Si bien es cierto se cuenta con planes de emergencia y contingencia, lineamientos y actas del comité de desastres y emergencias en que se registran los casos presentados en un periodo definido.	No
6.1.1	Generalidades		
6.1.2	Identificación de peligros y evaluación de los riesgos y oportunidades		
6.1.2.1	Identificación de peligros		
6.1.2.2	Evaluación de los riesgos para la SST y otros riesgos para el sistema de gestión de la SST		
6.1.2.3	Evaluación de las oportunidades para la SST y otras oportunidades para el sistema de gestión de la SST		
6.1.3	Determinación de los requisitos legales y otros requisitos		
6.1.4	Planificación de acciones		
6.2	Objetivos de la SST y planificación para lograrlos	No se cuentan con objetivos referidos a SST	No
6.2.1	Objetivos de la SST		
6.2.2	Planificación para lograr los objetivos de la SST	No se cuenta con documentación que respalde la planificación de los objetivos de SST	No
<b>7. Apoyo</b>			
7.1	Recursos	Se cuenta con POA donde describe: a) las capacidades y limitaciones de los recursos internos existentes; b) qué se necesita obtener de los proveedores externos.	Si
7.2	Competencia	Manual de reclutamiento, selección y contratación de personal en donde se especifican los perfiles necesarios para cumplir con el desempeño óptimo de los puestos, guías de manejo de desechos infecciosos, planes de capacitaciones	Si
7.3	Toma de conciencia	No se cuenta con un mecanismo que aseguren la toma de conciencia para un SGSST	No
7.4	Comunicación	No se cuenta un mecanismo adecuado para determinar la comunicación interna y externa pertinente al sistema	No
7.4.1	Generalidades		
7.4.2	Comunicación interna		
7.4.3	Comunicación externa		
7.5	Información documentada	No se cuenta con un mecanismo definido ni con un formato para justificar la documentación necesaria relacionada con el sistema	No
7.5.1	Generalidades		
7.5.2	Creación y actualización		
7.5.3	Control de la Información documentada		

8. Operación			
8.1	Planificación y control operacional	Cuenta con POA, manuales de proceso y fichas de control de procesos	Si
8.1.1	Generalidades		
8.1.2	Eliminar peligros y reducir riesgos para la SST	No se cuenta con una metodología para la identificación de peligros y evaluación de riesgos en materia de SST.	No
8.1.3	Gestión del cambio	No se cuenta con un mecanismo definido para el tratamiento de los cambios derivados del SST	No
8.1.4	Compras	La gestión de compras se realiza de acuerdo a los lineamientos definidos por DINAC, para tal fin no se cuenta con un mecanismo documental definido en donde se plasme el que hacer de la institución con respecto a las compras	No
8.1.4.1	Generalidades		
8.1.4.2	Contratistas		
8.1.4.3	Contratación externa		
8.2	Preparación y respuesta ante emergencias	Se cuenta con un Plan de Emergencia y Contingencia, avalado por la dirección y socializado al personal, lineamientos y actas del comité de desastres y emergencias en que se registran los casos presentados en un periodo definido. Aunque no se cuenta con una metodología definida para aplicar el plan referido anteriormente.	Si
9. Evaluación del desempeño			
9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño	No se da seguimiento y no se tiene documentado para un SGSST	No
9.1.1	Generalidades		
9.1.2	Evaluación del cumplimiento		
9.2	Auditoría interna	No se tienen procesos relacionados a auditorías internas de SGSST	No
9.2.1	Generalidades		
9.2.2	Programa de auditoría interna		
9.3	Revisión por la dirección	Se tiene registro de las actividades de los comités de Seguridad y Salud Ocupacional y el Comité de Desastre y Emergencia; pero no es pertinente al SGSST	No
10. Mejora			
10.1	Generalidades	No se tiene documentación	No
10.2	Incidentes, no conformidades y acciones correctivas	No se tiene documentación	No
10.3	Mejora continua	La mejora continua se implementa, pero no es acorde a un SGSST	No

<b>RESULTADOS</b>			
<b>Sumatoria de <math>\Sigma</math>Si acorde a la norma</b>	<b>Sumatoria de <math>\Sigma</math>No Acorde a la norma</b>	<b>Total de documentación requerida</b>	<b>Porcentaje de documentos conforme al Sistema de Gestión. (% DCS)</b>
7	19	26	26.9%

	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 1 de 21

## Manual del Sistema Integrado de Gestión del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”.

<b>Elaborado por:</b>	Oscar Antonio Gómez Lozano	<b>Firma:</b>
	Marvin Alexander Clímaco Elías	<b>Firma:</b>
<b>Aprobado por</b>		<b>Firma</b>

HISTORIAL DE CAMBIOS		
Versión anterior	Descripción del cambio	Nueva versión

	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 2 de 21

## INDICE

INTRODUCCIÓN .....	166
OBJETIVOS DEL MANUAL DEL SIG .....	167
JUSTIFICACIÓN DEL DISEÑO DEL MANUAL .....	167
REQUISITOS DEL SISTEMA INTEGRADO.....	168
4.      COMPRESIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO .....	168
4.1.    Comprensión de la organización y de su contexto .....	168
4.2.    Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.....	168
4.3.    Determinación del alcance del sistema de gestión integrado .....	168
4.4.    Sistema de gestión integrado .....	168
5.      LIDERAZGO .....	169
5.1.    Liderazgo y compromiso .....	169
5.2.    Política del SIG .....	169
5.3.    Roles, responsabilidades y autoridades en la organización.....	170
5.4.    Consulta y participación de los trabajadores .....	170
6.      PLANIFICACIÓN .....	171
6.1.    Acciones para abordar riesgos y oportunidades.....	171
6.2.    Objetivos del Sistema Integrado de Gestión y planificación para lograrlos .....	172
6.3.    Planificación / Gestión de Cambio ( ISO 45001:2018, 8.1.3).....	172
7.      APOYO .....	173
7.1.    Recursos.....	173
7.2.    Competencia.....	173
7.3.    Toma de conciencia .....	173
7.4.    Comunicación .....	174
7.5.    Información Documentada .....	174
8.      OPERACIÓN .....	175
8.1.    Planificación y control operacional .....	175

	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 3 de 21

8.1.1.	Eliminar peligros y reducir riesgos para SST .....	175
8.1.2.	Gestión del cambio .....	175
8.2.	Requisitos de productos, servicios y preparación y respuesta ante emergencias.....	175
8.3.	Diseño y desarrollo de productos .....	176
8.4.	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente.....	176
8.5.	Producción y provisión del servicio .....	177
8.6.	Liberación de los productos y servicios .....	177
8.7.	Control de las salidas no conformes.....	177
9.	<b>EVALUACIÓN Y DESEMPEÑO</b> .....	178
9.1.	Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño.....	178
9.2.	Auditoría Interna .....	179
9.3.	Revisión por la Dirección.....	179
10.	<b>MEJORA</b> .....	180
10.1.	Generalidades.....	180
10.2.	Incidentes, no conformidades y acciones correctivas .....	180
10.3.	Mejora continua .....	180
	<b>ANEXOS</b> .....	182

## ANEXOS

PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE CONTEXTO Y PARTES INTERESADAS PERTINENTES.....	183
MAPA DE PROCESOS NIVEL 1.....	189
PROCEDIMIENTO REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN .....	190
PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA .....	195
REGLAMENTO DEL COMITÉ .....	199
PROCEDIMIENTO DE PARTICIPACIÓN Y CONSULTA DE LOS TRABAJADORES.....	209
PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES.....	213
PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS YEVALUACIÓN DE RIESGOS .....	218

	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 4 de 21

MATRIZ DE IDENTIFICACION DE REQUISITOS LEGALES .....	225
MATRIZ DE OBJETIVOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN.....	226
FORMATO DE GESTION DEL CAMBIO .....	227
PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA.....	229
PROCEDIMIENTO DE COMPRAS Y EVALUACIÓN DE PROVEEDORES.....	252
PROCEDIMIENTO DE QUEJAS Y/O RECLAMOS.....	259
GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS.....	262
MATRIZ DE INSPECCIONES.....	263
REPORTE DE ACCIDENTES E INCIDENTES .....	264
PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA INTERNA .....	266
REGISTRO DE ACCIDENTES E INCIDENTES.....	284
PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE LA MEJORA .....	285

	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 5 de 21

## INTRODUCCIÓN

El sistema de gestión integrada permite a las organizaciones enfrentarse a desafíos actuales ya que la dinámica actual cambia constantemente, por tanto, se ve afectado el crecimiento de las instituciones por lo que se ve afectada la productividad.

Las exigencias de las partes interesadas pertinentes y los constantes cambio en las leyes y regulaciones obligan a las organizaciones estatales a contar con una adecuada identificación de los riesgos que afectan su capacidad en la prestación de sus servicios y en específico los hospitalarios.

A continuación, se presenta una propuesta de sistema integrado para Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”, cuyos orígenes datan desde 1859, siendo hasta 1975 cuando se traslada a su ubicación actual, y que actualmente no se encuentra certificado bajo ninguna norma internacional, en los siguientes apartados se definen los requisitos necesarios para la implementación de un sistema fundamentado en los estándares normativos ISO 9001:2015 en materia de calidad, y la ISO 45001:2018 en seguridad y salud en el trabajo. Se definen los elementos indispensables para el funcionamiento e implementación y se desarrollan propuestas encaminadas a solventar las necesidades identificadas como prioritarias lo cual ayudará a realizar un seguimiento adecuado y la asignación a las responsabilidades, disminuirá la duplicidad de esfuerzos por medio de la agilización de la gestión de documentos, permitiendo automatizar las tareas de análisis en caso de fallas, mejorando la eficiencia en la toma de decisiones garantizando el cumplimiento de las obligaciones legales.

El desarrollo de la propuesta se fundamenta en los resultados obtenidos en la etapa de diagnóstico en la que se crean las bases para implementar un sistema de gestión integrado de acuerdo a las necesidades específicas del hospital y las partes interesadas, para poder operar garantizando la calidad del servicio y la atención apropiada, así como la seguridad y salud de personal y visitantes que hacen uso de las instalaciones.

	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 6 de 21

### OBJETIVOS DEL MANUAL DEL SIG

- Unir los elementos que componen el Sistema Integrado de Gestión para el hospital, según los requisitos definidos en las normas internacionales ISO 9001:2015, e ISO 45001:2018, y las leyes y reglamentos aplicables, con el propósito de conducir las operaciones de los procesos bajo estándares reconocidos a nivel internacional.
- Proponer mejoras la estructura, contexto, procesos, actividades, responsables, métodos de medición, control y mejoramiento continuo de las condiciones actuales del proceso de pago de prestaciones, en el cometido de alcanzar los objetivos y metas planteados poren lo relativo al otorgamiento oportuno de las prestaciones previsionales.

### JUSTIFICACIÓN DEL DISEÑO DEL MANUAL

El Manual del SIG contiene el enfoque de los elementos transversales para la planeación, implementación y mejora del Hospital, así mismo, integra los elementos que definen y componen el Sistema Integrado de Gestión con base en estándares según las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018.

El manual es una guía que permite conocer los elementos necesarios para conocer el sistema que permitirá satisfacer las necesidades y las expectativas de las partes interesadas trayéndoles bienestar, y adicionalmente mejorará la imagen del hospital, ante sus usuarios y ante las entidades de nivel central. De esta manera, las actividades realizadas en cada una de las áreas deberán seguir las directrices marcadas y establecidas en el presente documento para que se garantice la calidad y seguridad y salud en el trabajo, de igual forma la homogeneidad e igualdad de las actividades realizadas, facilitando el desempeño de las acciones de todo el personal de la organización.

Es la intención del hospital demostrar la capacidad para proporcionar un servicio que contribuyan a la satisfacción de los grupos de interés a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora continua y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos de las partes interesadas y la legislación aplicable.

	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 7 de 21

## REQUISITOS DEL SISTEMA INTEGRADO

### 4. COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO

#### 4.1. Comprensión de la organización y de su contexto

En el Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” las cuestiones internas y externas referentes al SIG, que son fundamentales para conocer el medio en el que se desenvuelve la institución, utilizando para este fin la herramienta del análisis DAFO. **Ver Procedimiento de Análisis de Contexto y partes interesadas pertinentes** registradas en la **MATRIZ FODA** y la **Matriz de Estrategias**

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

Para identificar las partes interesadas pertinentes al sistema integrado logrando sus necesidades, expectativas y el correcto desarrollo de las actividades. **Ver Procedimiento de Análisis de Contexto y partes interesadas pertinentes** registradas en la **Matriz de partes interesadas**.

#### 4.3. Determinación del alcance del sistema de gestión integrado

“El alcance del Sistema de Gestión integrado del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” incluye los procesos misionales del área de psiquiatría relativos a: Gestión Integral de Servicios de Emergencia de Psiquiatría; Gestión de Servicios de Consulta Externa; Servicios de Rehabilitación Psicosocial; Gestión de Servicios Integrales Hospitalarios; Servicios de Apoyo de Laboratorio, Farmacia e Imagenología y sus procesos estratégicos y de apoyo, ubicados en Calle La Fuente, Cantón Venecia, Distrito de Soyapango, Departamento San Salvador Este.

El requisito de diseño y desarrollo de productos, numeral 8.3 de la norma ISO 9001:2015 no está contemplado dentro del sistema integrado de gestión”.

El alcance del SIG está disponible para todas las partes interesadas pertinentes.

#### 4.4. Sistema de gestión integrado

	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 8 de 21

El hospital identifica, establece, mantiene y mejora continuamente los procesos necesarios, definidos dentro del alcance del SIG y sus interrelaciones el resto áreas. **Ver Mapa de Procesos Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”**

## 5. LIDERAZGO

### 5.1. Liderazgo y compromiso

El liderazgo y compromiso en el hospital es asumido por la implicación de la Alta Dirección en la ejecución del SIG, por medio de la revisión de los resultados del sistema **(Ver Acta de Revisión por la dirección)** de acuerdo con un paso a paso definido para la ejecución de esta actividad **(Ver Procedimiento de revisión por la dirección)**

### 5.2. Política del SIG

*“La Alta Dirección del hospital, ha establecido, implementado, mantenida y revisada una política del sistema integrado de gestión, definiéndola de la siguiente manera:*

*“El Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”, brinda servicios especializados en Psiquiatría y Salud Mental garantizando la calidad, cumpliendo con las expectativas de nuestros usuarios, mejorando el nivel de salud en atención del 2° nivel en los servicios: Gestión Integral de Servicios de Emergencia de Psiquiatría; Gestión de Servicios de Consulta Externa; Servicios de Rehabilitación Psicosocial; Gestión de Servicios Integrales Hospitalarios; Servicios de Apoyo de Laboratorio, Farmacia e Imagenología.*

*Realizando alianzas estratégicas con instituciones que permiten financiar proyectos relacionados con las actividades del hospital.*

*Comprometidos en brindar las condiciones de trabajo seguras y saludables a través de la prevención de incidentes y enfermedades ocupacionales para asegurar la integridad de sus colaboradores, proveedores, contratistas, pacientes y usuarios del Hospital; mediante la adecuada gestión de la identificación y eliminación de peligros y mitigación de riesgos que están relacionados a las actividades operativas del Hospital; permitiendo que los trabajadores tengan espacios para la consulta y participación para la generación de políticas y procedimientos que ayuden a la seguridad y salud en el trabajo*

	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 9 de 21

*La alta dirección se compromete a mejorar las competencias de los colaboradores y de ser garante con el cumplimiento del marco normativo legal existente del país y del Sistema Integrado de Gestión y la mejora continua de nuestras operaciones”.*

*Comprometidos en brindar las condiciones de trabajo seguras y saludables a través de la prevención de incidentes y enfermedades ocupacionales para asegurar la integridad de sus colaboradores, proveedores, contratistas, pacientes y usuarios; mediante la adecuada gestión de la identificación y eliminación de peligros y mitigación de riesgos que están relacionados a las actividades operativas del Hospital; permitiendo que los trabajadores tengan espacios para la consulta y participación para la generación de políticas y procedimientos que ayuden a la seguridad y salud en el trabajo*

*La alta dirección se compromete a mejorar las competencias de los colaboradores y de ser garante con el cumplimiento del marco normativo legal existente del país y del Sistema Integrado de Gestión y la mejora continua de nuestras operaciones.*

*Se garantiza el cumplimiento de la política por medio de una declaración documentada de la cual es firmada por todos los colaboradores del hospital”. **Ver Declaración documentada del SIG, política y objetivos.***

La política está disponible para todas las partes interesadas para consultas, observaciones y aportes con la finalidad de enriquecer su contenido y mejorar continuamente comunicándose esta de manera efectiva. **Ver Procedimiento de comunicación Interna y Externa.**

### **5.3. Roles, responsabilidades y autoridades en la organización**

El hospital ha definido las responsabilidades y autoridades según el alcance establecido para el funcionamiento del sistema, estas incluyen la verificación de la conformidad de los requisitos de las normas, la ejecución apropiada de los procesos para que generen los resultados previstos, para lograr asegurar la satisfacción de los usuarios y velar por la integridad del sistema incluidos en el **Manual de Organización y Funciones**. Las responsabilidades del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional se detallan en el **Reglamento del Comité de SSO**.

### **5.4. Consulta y participación de los trabajadores**

La alta dirección del hospital establece, implementa y mantiene procesos para la consulta y la

	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 10 de 21

participación de los trabajadores en todos los niveles y funciones aplicables, y cuando existan, de los representantes de los trabajadores en el desarrollo, la planificación, la implementación, la evaluación del desempeño y las acciones para la mejora del sistema. **(Ver Procedimiento de participación y consulta de los trabajadores) (Ver matriz de consulta y participación de los trabajadores)**

## 6. PLANIFICACIÓN

### 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades

El hospital, considerando su contexto, las necesidades y expectativas de las partes interesadas y el alcance, determina los riesgos y oportunidades del SIG, con el fin identificar:

- Los peligros.
- Los riesgos para SIG (calidad y SST) y otros riesgos.
- Las oportunidades para la SIG (calidad y SST) y otras oportunidades.
- Requisitos legales y otros requisitos.

Se cuenta con una metodología para identificar los riesgos y oportunidades (Ver Procedimiento de Evaluación de riesgos y Oportunidades), estos quedarán registrados en la matriz (ver Matriz de riesgos y oportunidades del SIG)

La identificación y evaluación de riesgos en SST se apoya en la Metodología IPER **(Ver Procedimiento para la identificación de peligros y evaluación de riesgos)** efectuando un proceso de identificación, evaluación, valoración y control de riesgos teniendo en cuenta que la el hospital debe implementar y controlar procesos para la identificación continua y proactiva de los peligros a los que están expuestos los trabajadores y usuarios **(Ver matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos).**

La determinación de los requisitos legales y otros requisitos lo realiza el área jurídica del hospital, en compañía de los líderes de procesos y se documenta en la matriz, la cual debe estar actualiza, y deben ser debidamente comunicada a las partes interesadas para que se genere el compromiso de todos los trabajadores a cumplir lo establecido en el marco legal. **(Ver Matriz de requisitos legales y otros requisitos).**

	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 11 de 21

De igual manera para planificar las acciones de la institución se consideran los riesgos y oportunidades, los requisitos legales, la preparación ante situaciones de emergencia de tal manera que se pueda evaluar la eficacia de estas en su respectivo plan de acción.

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

Al plantearse los objetivos del SIG deben ser coherentes con la política del SIG, tomar en cuenta los requisitos aplicables, los resultados de la evaluación de los riesgos y oportunidades, y los resultados de la consulta de los trabajadores. Los cuales son comunicados y aceptados por medio de la firma de todos los trabajadores de la institución (**Ver Declaración documentada del SIG, política y objetivos**) donde adquieren el compromiso del alcance los objetivos.

Los objetivos se enuncian en la declaratoria que se muestra a continuación:

- Incrementar las competencias del personal en temas de calidad y seguridad y salud en el trabajo.
- Reducir los tiempos de espera para consulta externa, mejorando la satisfacción de usuarios.
- Fortalecer la mejora continua de la calidad en la prestación de servicios de salud
- Verificar el cumplimiento de los indicadores relacionados con el sistema integrado de gestión.
- Mejorar el nivel de consulta y participación de los trabajadores.

Además, para medir el desempeño del SGI, se verifica que este cumpla con los resultados previstos y en línea con la visión de la Dirección, para ello se establecen “Objetivos del SIG”, los cuales serán registrados en **ES02-MTR-008 Matriz de Objetivos del Sistema Integrado de Gestión**.

## 6.3. Planificación / Gestión de Cambio (ISO 45001:2018, 8.1.3)

	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 12 de 21

**La planificación y gestión de los cambios que puedan afectar el desempeño de Calidad y SST** de la institución en cuanto a la documentación, mantenimiento y mejora del sistema (**Ver Formato de Gestión del cambio**) considerando el propósito del cambio y las consecuencias potenciales, integridad del SIG, la disponibilidad de recursos y la asignación o reasignación de las responsabilidades y autoridad.

## 7. APOYO

### 7.1. Recursos

El hospital determina y proporciona los recursos necesarios para establecer, implantar, mantener y mejorar de manera continua la eficacia del SIG, con el fin de aumentar la satisfacción de las diferentes partes interesadas considerando las capacidades y limitaciones de los recursos existentes en el Plan Operativo Anual, se debe tomar en cuenta la asignación de recursos y su ejecución en el POA para cubrir lo necesario para el diseño, mantenimiento y mejora del desempeño del sistema.

### 7.2. Competencia

El hospital determina y proporciona las personas necesarias para la implantación eficaz del SIG, así como para la operación y control de sus procesos, siendo el área de Recursos Humanos quien lidera cuyos procedimientos vienen dados desde el nivel central del MINSAL (**Manual de proceso de reclutamiento, selección y contratación**).

Monitorea su desempeño en evaluaciones de desempeño e implementa acciones para mejorar la formación, capacitación y profesionalismo del personal con la finalidad de asegurar que sean competentes orientados a mantener el SIG igualmente dados por nivel central del MINSAL (**Procedimiento para formación y capacitación de personal**).

### 7.3. Toma de conciencia

El hospital determina y proporciona las personas necesarias para la implantación eficaz del SIG así como para la operación y control de sus procesos, buscando que sean conscientes de la política de calidad, los objetivos, cuál es su contribución a la eficacia del SIG, los beneficios de

	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 13 de 21

una mejora del desempeño o lo que implicaría un incumplimiento de los requisitos. Las acciones permanentes en este sentido incluyen la exhibición de la política de SIG en lugares clave de la institución, los cursos de inducción al ingreso, las comunicaciones a través de correo electrónico, la memoria anual de labores. Se realizan reuniones con diferentes niveles de la institución, con el mismo propósito, de concientizar al personal. **(Ver Declaración documentada del SIG, política y objetivos)**

#### 7.4. Comunicación

La comunicación externa e interna se realiza según se detalla en la **Matriz de comunicación interna y externa**, en la cual establece qué, cuando, a quién, y cómo se comunica, toda la comunicación será en idioma español, estableciendo los mecanismos de para que cualquier trabajador, usuario y otras partes interesadas que contribuyan a la mejora, tal y como se define en el **Procedimiento de comunicación interna y externa**.

#### 7.5. Información Documentada

La información documentada necesaria para la eficacia del SIG estará disponible en digital, salvo aquellas que por requisitos legales u otros requisitos sea necesario la presentación física de los mismos, a solicitud de entes fiscalizadores internos y externos.

La documentación tendrá el título, fecha de actualización/creación, personas que aprueban, revisan y elabora, número de versión. La aprobación de la documentación oficial se realizará por medio de firma del líder del proceso y del director.

El control de la documentación se llevará en la **Lista maestra de documentación del SIG**, Formato de extravío de copias controladas, entrega de copias controladas y destrucción de documentos.

La documentación externa que es necesaria para la planificación y operación del SIG se registrará en la **Lista Maestra de Documentación Externa**.

Además, debe asegurarse de que dicha información sea apropiada y se deba controlar, todos los lineamientos están descritos en el **Procedimiento de información documentada**.

	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 14 de 21

## 8. OPERACIÓN

### 8.1. Planificación y control operacional

Se incluye en este requisito aquellos elementos relacionados al control de los procesos del SIG, estas acciones valoran los requisitos para lograr la satisfacción de los usuarios del hospital. Se han identificado y analizado los procesos en **Fichas de procesos** donde se analizan a detalle las cuales están contenidas en el **Manual de procesos**.

#### 8.1.1. Eliminar peligros y reducir riesgos para SST

La metodología para identificar y evaluar los riesgos en SST se encuentra en el Procedimiento para la identificación de peligros y evaluación de riesgos utilizando para el control la Matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos.

#### 8.1.2. Gestión del cambio

Para reducir la introducción de nuevos peligros y riesgos para la SIG cuando se dan algunos cambios se debe desarrollar serie de pasos que permite evaluar los riesgos, oportunidades y determinar controles previos a la introducción de cambios para la SST en relación con el cambio que se pretende, se establece “**Formato de Gestión del cambio**”.

### 8.2. Requisitos de productos, servicios y preparación y respuesta ante emergencias

El hospital a través del Ministerio de Salud coordina sus procesos de compras de insumos médicos y medicamentos; para productos, servicios y bienes diferentes a estos se realiza una evaluación individual con sus contratistas para controlar los riesgos y peligros asociados, con el fin de asegurar que lo adquirido cumple con los requisitos especificados basados en los lineamientos dados en la Ley de Compras Públicas (**Ver Procedimiento de compras y evaluación de proveedores**), el servicio prestado debe evaluarse contra una serie de requisitos que el proveedor debe cumplir para desempeñar o prestar sus servicios, así como los requisitos mínimos con los que debe cumplir para ser aprobado (**Ver Procedimiento de compras y evaluación de proveedores**).

	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 15 de 21

Para determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con las partes interesadas, proporcionando información y la retroalimentación (**Procedimiento de quejas y/o reclamos**), relativos a los servicios prestados se cuenta con un **Procedimiento de comunicación interna y externa**.

Se cuenta con un plan de contingencias donde se han identificado las potenciales situaciones de emergencia y los procedimientos para prevenir o mitigar sus consecuencias, el plan se basa en lineamientos del “**Procedimiento de preparación y respuesta ante emergencia**”, se revisa anualmente y de manera excepcional a la ocurrencia de emergencia o simulacros (**Actas de comité de desastres y emergencia**), a fin de implementar las mejoras que sean necesarias. El entrenamiento de las brigadas de emergencia es parte primordial del plan de contingencias, por lo cual se prioriza el entrenamiento del personal de dichas brigadas. Adicionalmente se han programado de acuerdo con el **Plan de emergencia y contingencia** y se efectúan simulacros de los procedimientos a fin de asegurar que el personal este adecuadamente capacitado.

### 8.3. Diseño y desarrollo de productos

El hospital no considera este apartado debido a que no se diseñan y desarrollan productos o servicios ya que estos vienen dados de nivel central del MINSAL.

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

Se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos definidos en las normas internacionales y en la Ley de Compras Públicas, de modo que esta no afecte de manera adversa la entrega de servicios al usuario según lo establecido en la regulación aplicable.

Se comunica de forma oportuna mediante la publicación de licitaciones y otros procesos de compra todos lo relacionado a los procesos de contratación externa en COMPRASAL, ella está sujeta a la conformidad total de los requisitos de modo que la integridad del SIG no sea afectada por los servicios externos. “**Procedimiento de compras y evaluación de proveedores**”

	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 16 de 21

### 8.5. Producción y provisión del servicio

Los servicios otorgados se ejecutan bajo condiciones controladas, en lo relativo a documentación, recursos, infraestructura, entre otros, etc., dados de nivel central en el **“Manuales del macroproceso M03-Atención en Salud Integral e Integrada a la Persona en Curso de Vida con Enfoque de Atención Primaria en Salud”**, donde se encuentran los siguientes manuales:

- Manual de procesos y procedimientos para proporcionar atenciones de salud integrales en emergencias.
- Manual de procesos y procedimientos de atención de salud integral en hospitalización.
- Manual de procesos y procedimientos de atención integral en salud ambulatoria de mediana y alta complejidad.
- Manual de procesos y procedimientos para análisis clínicos de muestras biológicas.
- Manual de procesos y procedimientos de atención integral de habilitación y rehabilitación

De modo que se garantice la conformidad de los requisitos establecidos tanto en las normas internacionales como en las leyes aplicables, para que a futuros seguimientos a condiciones o casos particulares pueda obtenerse información de forma consistente y oportuna y así brindar una solución adecuada a las necesidades de los procesos.

### 8.6. Liberación de los productos y servicios

La entrega de los servicios se realiza conforme a las disposiciones establecidas de acuerdo al Reglamento de la Dirección Nacional de Hospitales, finalmente para cada caso se documenta como evidencia del cumplimiento en los archivos en el **Expediente Clínico de cada paciente**.

### 8.7. Control de las salidas no conformes

El hospital por medio de la Unidad de Calidad se asegura que las salidas no conformes son identificadas y controladas efectivamente, da seguimiento a los casos o reprocesos, incluyendo los registros necesarios a nivel físico y de sistema para que permita trazarse los casos particulares o ante requerimiento de entidades fiscalizadoras. **(Ver Matriz de no conformidades**

	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 17 de 21

y acciones correctivas).

## 9. EVALUACIÓN Y DESEMPEÑO

### 9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño.

Para garantizar que las acciones ejecutadas dentro del SIG sean efectivas y acorde a la política y objetivos, se ejecutan una serie de indicadores y acciones que monitorean, miden y evalúan el desempeño en Calidad y Seguridad y Salud en el Trabajo.

A continúan se describen las actividades en las que se monitorean y evalúan el desempeño:

- Objetivos en Calidad y SST.
- Satisfacción del cliente. **Procedimiento de quejas y/o reclamos”**.
- Identificación de acciones inseguras, caminatas de Seguridad.
- Inspecciones programadas periódicamente, **ver Matriz de Inspecciones**.
- Estadísticas de accidentes, **ver Informe de Accidentes**
- Cumplimiento de los planes de acciones derivados de la identificación y evaluación de riesgo, investigaciones de causa raíz de incidentes, no conformidades, emergencias, observaciones y recomendaciones
- Desempeño de contratistas.
- Requisitos Legales. **Matriz de requisitos legales y otros requisitos**

Las mediciones y evaluación de desempeño se realizarán mensualmente y se presenta a todos los líderes de procesos en las reuniones programadas, a excepción de:

- Desempeño de contratistas (evaluación anual).
- Requisitos legales y otros requisitos (evaluación anual).
- Objetivos en Calidad y SST (evaluación anual).

La **Matriz de indicadores de procesos y de calidad** dados por nivel central del MINSAL donde se muestra las mediciones de desempeño presentan un resultado no conforme, los líderes de

	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 18 de 21

procesos deberán de realizar un plan de acciones inmediatas o correctivas.

## 9.2. Auditoría Interna

Las auditorías internas al SIG se realizarán al menos una vez al año, en todos los procesos del alcance del sistema, para lo cual debe capacitarse de forma efectiva a los miembros del grupo que verificará el cumplimiento de los procesos de acuerdo con el **Procedimiento de auditoría interna**.

Se mantendrá documentado las auditorías en los registros y documentos: **Plan de Auditoría Interna, Programa de Auditoría Internas, perfil de auditor del SIG, análisis de competencias de auditores internos y listado asistencias**, los reportes de las auditorías se realizan con el **Informe de Auditoría Interna** y finalmente el seguimiento se realiza en el **Matriz de no conformidades y acciones correctivas**.

Los auditores internos seleccionados para la ejecución de las auditorías deben de cumplir con los principios de objetividad e imparcialidad. Y deben de tener un perfil establecido dentro del programa de auditorías.

Los resultados de la auditoría serán comunicados a las partes interesadas (director, subdirector, Jefaturas, trabajadores si aplica, entre otros).

## 9.3. Revisión por la Dirección

La Dirección revisará el SIG al menos una vez al año, con el fin de asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia de los procesos. De acuerdo con el **Procedimiento de revisión por la dirección** dejando evidencia de tales revisiones en **Actas de revisión por la dirección**.

- La revisión por la dirección consistirá en:
- El estado de las acciones de las revisiones por las direcciones previas.
- Los cambios en las cuestiones internas y externas que estén relacionadas al SIG:
- El grado en el que se ha cumplido la política y objetivos de Calidad y SST.

	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 19 de 21

- La información sobre el desempeño y eficacia del Sistema Integrado de Gestión
- Adecuación de los recursos para mantener un SIG. Eficaz.
- La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.
- Comunicación pertinente con las partes interesadas.

## 10. MEJORA

### 10.1. Generalidades

El hospital determina y selecciona las oportunidades de mejora a los procesos incluidos en el alcance del SIG, con la finalidad de cumplir los requisitos e incrementar la satisfacción del usuario. De igual forma, se corrigen las condiciones que podrían perjudicar con efectos no deseados y que comprometan la integridad de sistema.

### 10.2. Incidentes, no conformidades y acciones correctivas

Al ocurrir un **no conformidad** o incidente dentro de las instalaciones del hospital se realizan acciones encaminadas al control y corrección de la problemática identificada, y se encaminan labores para evitar su ocurrencia en el futuro, para esto se considera el análisis de riesgos y oportunidades. para eliminar la causa raíz de las no conformidades y para evitar su recurrencia se ha establecido una **Matriz de no conformidades y acciones correctivas**

La información documentada de los registros de incidentes se detallada en **Registro de Incidentes**.

Cuando ocurre un incidente las investigaciones son realizadas oportunamente. Cualquier necesidad identificada de acción correctiva o de oportunidades para acción preventiva, debe ser tratada de acuerdo con los requisitos relevantes de los resultados de la investigación del incidente los cuales son documentados y almacenados.

### 10.3. Mejora continua

De acuerdo al **“Procedimiento de gestión de la mejora”** donde la mejora continua es un

	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 20 de 21

elemento indispensable en el SIG, en donde se ejecuta actividades encaminadas a la mejora, adecuación y eficacia del sistema, promoviendo una cultura de calidad seguridad y salud en el trabajo, fomentando la participación activa de los empleados, comunicando la información oportuna y relevante, mejorando el desempeño de las operaciones, así como documentando las actividades desarrolladas en favor del crecimiento y fortalecimiento y que evidencien la gestión en materia de calidad y SST.

La mejora continua se evidencia con las acciones de mejora efectivamente aplicadas, a través del análisis de la eficacia del sistema, mediante el cumplimiento de la Política, el control a los objetivos integrales, los resultados de las auditorías internas, identificación y gestión de riesgos, seguimiento al desempeño de los procesos, acciones correctivas y de mejora y los resultados de la revisión por la dirección.

 <p><b>HOSPITAL</b> NACIONAL PSIQUIÁTRICO</p>	<b>Manual del Sistema del Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-MAN-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 21 de 21

# ANEXOS

	<b>Procedimiento de Análisis de Contexto y Partes Interesadas Pertinentes</b>	Código: ES02-PRO-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 1 de 6

**PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE CONTEXTO Y PARTES INTERESADAS  
PERTINENTES**

<b>Elaborado por:</b>	Oscar Antonio Gómez Lozano	<b>Firma:</b>
	Marvin Alexander Clímaco Elías	<b>Firma:</b>
<b>Aprobado por</b>		<b>Firma</b>

<b>HISTORIAL DE CAMBIOS</b>		
<b>Versión anterior</b>	<b>Descripción del cambio</b>	<b>Nueva versión</b>

	<b>Procedimiento de Análisis de Contexto y Partes Interesadas Pertinentes</b>	Código: ES02-PRO-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 2 de 6

<b>OBJETIVO</b>	Establecer una guía a seguir para desarrollar el análisis de los diferentes factores tanto internos o externos que pueden afectar de manera positiva o negativa al Sistema Integrado de Gestión.
<b>ALCANCE</b>	Este procedimiento aplica al análisis del contexto y requisitos de partes interesadas del Sistema Integrado de Gestión (Calidad ISO 9001:2015 / Seguridad y Salud en el Trabajo ISO 45001:2018)
<b>DEFINICIONES</b>	<p><b>Requisito:</b> Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.</p> <p><b>FODA:</b> Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas</p>
<b>REFERENCIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma ISO 9000:2015 Sistema de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario.</li> <li>• Norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos</li> <li>• Norma ISO 45001:2018 Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Requisitos con orientación para su uso.</li> </ul>

<b>DESARROLLO</b>	
<b>1.1</b>	<p><b>Análisis de contexto:</b></p> <p>El proceso de análisis del contexto se realizará como mínimo una vez al año, dirigido por el Director y apoyado por el Gestor del SIG, de acuerdo a los lineamientos establecidos a continuación</p>
<b>1.2</b>	El jefe de Planificación, coordina la logística para el desarrollo de un taller la cual se convoca para la identificación de las fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas, siendo responsable de sus correspondientes registros.
<b>1.3</b>	El Director en conjunto con el Jefe de Planificación, desarrollan el taller para el análisis del contexto
<b>1.4</b>	En conjunto Director y jefe de Planificación harán la identificación de las fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas del hospital, en la <b>Matriz FODA</b> considerando elementos que contribuyan a la gestión de calidad, seguridad y salud en el trabajo.


	<b>Procedimiento de Análisis de Contexto y Partes Interesadas Pertinentes</b>	Código: ES02-PRO-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 3 de 6

<b>1.5</b>	<p>En conjunto En conjunto Director y jefe de Planificación deben hacer uso de la <b>MATRIZ FODA</b>, para el desarrollo de las distintas estrategias que surgirán de las combinaciones de cada los elementos del FODA, para generar estrategias, de la manera siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FO: usan las fuerzas internas de la organización para aprovechar las Oportunidades externas</li> <li>• DO: pretenden superar las debilidades internas aprovechando las oportunidades externas</li> <li>• FA: aprovechan las fortalezas internas para evitar o disminuir las repercusiones de las amenazas externas.</li> <li>• DA: pretenden disminuir las debilidades internas evitando las amenazas del entorno.</li> </ul> <p>Una vez se tengan generadas las estrategias se procede a realizar la <b>Matriz de Estrategias</b></p>
<b>2.1</b>	<p><b>Análisis de partes interesadas pertinentes:</b></p> <p>El Director y el jefe de Planificación, identifican a las instituciones, grupos, personas, organizaciones no gubernamentales, que puedan afectar, verse afectadas o percibirse como afectados con la implementación del SIG.</p>
<b>2.2</b>	<p>En conjunto identifican y agrupan en categorías las partes interesadas, en la “<b>Matriz de análisis de partes interesadas</b>”. Además de la identificación de las necesidades y expectativas, y valorar el impacto o influencia que estas tienen para con el hospital de acuerdo con 4 parámetros estrategia, servicio, regulación y proceso organizacional. De modo que puedan ser evaluadas de acuerdo con mecanismos de seguimiento y revisión.</p>
<b>2.3</b>	<p>La información que se obtenga será considerada en la formulación de la Política, la Matriz de Riesgos y oportunidades y en la matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos.</p>

**REGISTROS ASOCIADOS:**


	<b>Procedimiento de Análisis de Contexto y Partes Interesadas Pertinentes</b>	Código: ES02-PRO-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 4 de 6

### Matriz FODA


	<b>Matriz FODA</b>				Código	ES02-MTR-001
					Versión	000
					Fecha de Vigencia	1/10/2024
FACTORES INTERNOS DE LA INSTITUCIÓN				FACTORES EXTERNOS DE LA INSTITUCIÓN		
DEBILIDADES (-)				AMENAZAS (-)		
D1				A1		
D2				A2		
D3				A3		
D4				A4		
D5				A5		
FORTALEZAS (+)				OPORTUNIDADES (+)		
F1				O1		
F2				O2		
F3				O3		
F4				O4		
F5				O5		

	<b>Procedimiento de Análisis de Contexto y Partes Interesadas Pertinentes</b>	Código: ES02-PRO-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 5 de 6

### Matriz de estrategias

	Matriz de estrategias					Código	ES02-MTR-002
						Revisión	0
						Vigente a partir de	1/10/2024
<b>MATRIZ DE ESTRATEGIAS</b>							
<b>Estrategias de Supervivencia para Corregir Debilidades</b>							
Debilidad	Amenaza	Estrategia	Recursos necesarios	Responsable	Fecha compromiso de cumplimiento	Método de evaluación de la efectividad de la estrategia	Fecha de evaluación de los resultados
<b>Estrategias Ofensivas para Mantener Fortalezas</b>							
Fortaleza	Oportunidades	Estrategia	Recursos necesarios	Responsable	Fecha compromiso de cumplimiento	Método de evaluación de la efectividad de la estrategia	Fecha de evaluación de los resultados
<b>Estrategias defensivas para Afrontar Amenazas</b>							
Amenaza	Fortaleza	Estrategia	Recursos necesarios	Responsable	Fecha compromiso de cumplimiento	Método de evaluación de la efectividad de la estrategia	Fecha de evaluación de los resultados
<b>Estrategias de reorientación para Minimizar Debilidades</b>							
Oportunidad	Debilidades	Estrategia	Recursos necesarios	Responsable	Fecha compromiso de cumplimiento	Método de evaluación de la efectividad de la estrategia	Fecha de evaluación de los resultados



	<b>Mapa de procesos</b>	Código: ES02-MAP-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 1 de 1

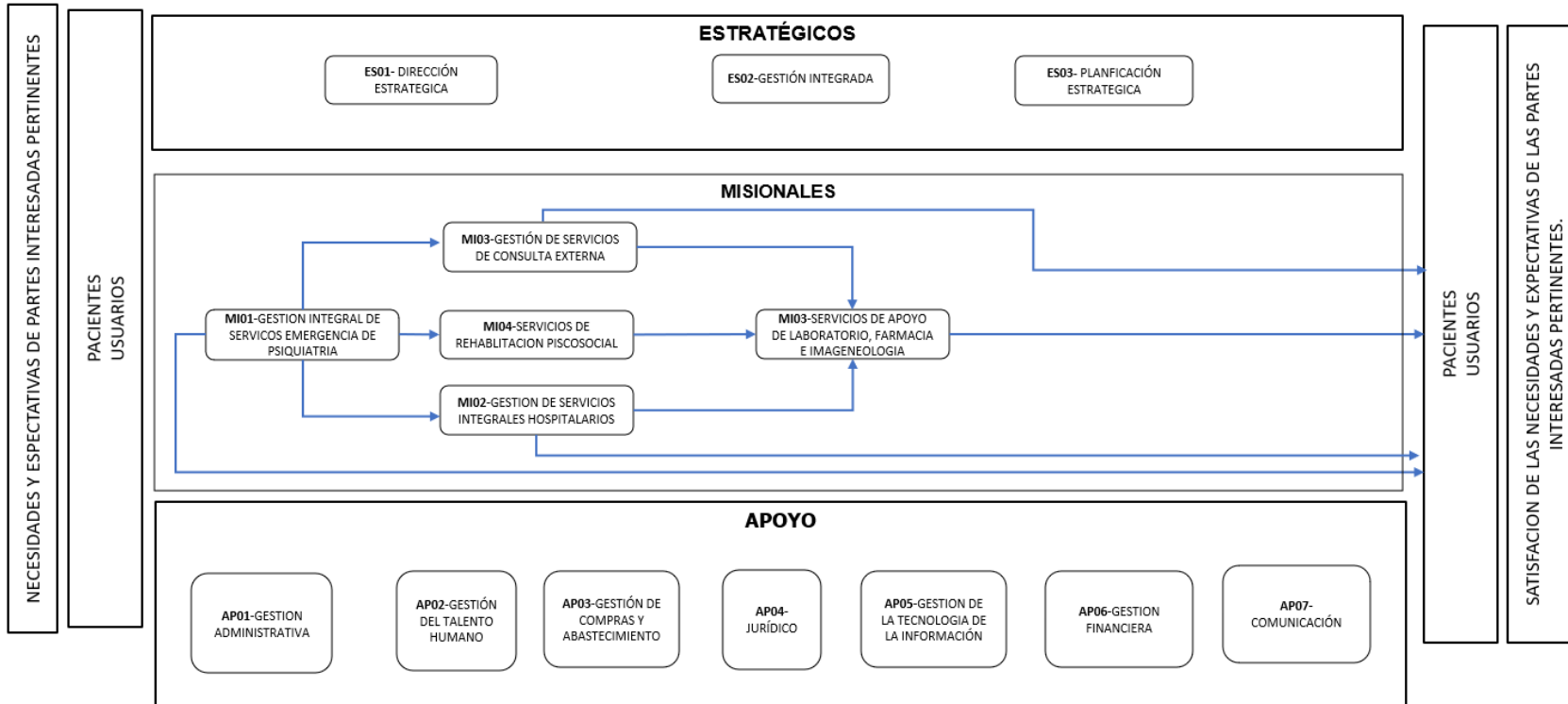
### MAPA DE PROCESOS NIVEL 1




MINISTERIO DE SALUD



### MAPA DE PROCESOS HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO “DR. JOSÉ MOLINA MARTÍNEZ”




	<b>PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	Código: ES01-FOR-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 1 de 4

**PROCEDIMIENTO REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN**


<b>Elaborado por:</b>	Oscar Antonio Gómez Lozano	<b>Firma:</b>
	Marvin Alexander Clímaco Elías	<b>Firma:</b>
<b>Aprobado por</b>		<b>Firma</b>

<b>HISTORIAL DE CAMBIOS</b>		
<b>Versión anterior</b>	<b>Descripción del cambio</b>	<b>Nueva versión</b>

	<b>PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	Código: ES01-FOR-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 2 de 4
<b>OBJETIVO</b>	Establecer los criterios de operación y las responsabilidades asociadas a la revisión realizada por la dirección en el marco de SGC y SGSST del Hospital Nacional Psiquiátrico José Molina Martínez.	
<b>ALCANCE</b>	Este procedimiento es de aplicación a la revisión que realiza la dirección del Hospital Nacional Psiquiátrico José Molina Martínez en el marco del Sistema de Integrado de Gestión (Calidad ISO 9001:2015 / Seguridad y Salud en el Trabajo ISO 45001:2018).	
<b>DEFINICIONES</b>	<p><b>Revisión:</b> determinación de la conveniencia, adecuación o eficacia de un objeto para lograr unos objetivos establecidos.</p> <p><b>Alta Dirección:</b> persona o grupo de personas que dirigen y controlan una organización al más alto nivel.</p>	
<b>REFERENCIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma ISO 9001:2015 Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.</li> <li>• Norma ISO 45001:2018 Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Requisitos con orientación para su uso.</li> <li>• Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo.</li> <li>• Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales en los Lugares de Trabajo</li> </ul>	

**Elementos de Entrada:**

- ❖ Revisiones por la dirección anteriores
- ❖ Resultados de las auditorías internas y externas
- ❖ Retroalimentación de los demandantes de partes interesadas.
- ❖ Estatus de Requisitos legales y otros requisitos
- ❖ Riesgos y oportunidades.
- ❖ Objetivos y política de SIG (Desempeño de los procesos (indicadores, metas y

	<b>PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	Código: ES01-FOR-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 3 de 4

conformidad del Servicio)


- ❖ Estado de las Acciones Correctivas y Preventivas
- ❖ Estado de incidentes y seguimiento del servicio No Conforme
- ❖ Recomendaciones para la Mejora

#### PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

N°	Responsable	Descripción de la actividad
1	Alta Dirección	Establecer las fechas de revisiones por la Dirección que se realizarán al año.
2	Unidad de Planeación	Solicitar información a responsable de áreas y procedimientos.
3	Jefe UOC	Recabar información y enviar a responsable de SIG
4	Jefe UOC	Analizar Información en conjunto con la Alta dirección en sesión de revisión por la dirección.
5	Jefe UOC	Ejecutar los acuerdos documentadas en el acta.
6	Unidad de Planeación	Dar seguimiento a los acuerdos documentados en el acta.

#### REGISTROS ASOCIADOS:

- **ACTA DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN**

	<b>PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	Código: ES01-FOR-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 4 de 4

	<b>ACTA DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	CÓDIGO: ES01-FOR-001
		VERSIÓN: 000
		FECHA DE VIGENCIA: 01/10/2024

<b>FECHA DE REUNIÓN</b>	
<b>ALCANCE DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	


**1. Participantes:**

Nombres	Puesto

**2. PUNTOS REVISADOS**

**3. OPORTUNIDADES DE MEJORA ACORDADAS**

**4. NECESIDADES DE CAMBIOS EN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN**

	<b>Declaración documentada del SIG, política y objetivos</b>	Código: ES02-FOR-002
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 1 de 1

Yo, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_


con Documento Unico de Identidad número o número de Pasaporte \_\_\_\_\_, declaro:

Se me explicó y comunicó de manera suficiente mi intervención y participación en la política del SIG, los objetivos y el funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión del Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez".

Finalmente, soy consciente que, de no cumplir con lo anteriormente expuesto, se someterá a la resolución del contrato y las acciones civiles y/o penales pertinentes.

Entendido de todo lo anterior, suscribo la presente en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.


\_\_\_\_\_  
Firma

	<b>PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA</b>	Código: <b>ES01-PRO-003</b>
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 1 de 4

**PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA**

<b>Elaborado por:</b>	Oscar Antonio Gómez Lozano	<b>Firma:</b>
	Marvin Alexander Clímaco Elías	<b>Firma:</b>
<b>Aprobado por</b>		<b>Firma</b>

<b>HISTORIAL DE CAMBIOS</b>		
<b>Versión anterior</b>	<b>Descripción del cambio</b>	<b>Nueva versión</b>

	<b>PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA</b>	Código: <b>ES01-PRO-003</b>
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 2 de 4

## DESARROLLO

<b>OBJETIVO</b>	Establecer los criterios y responsabilidades para asegurar la correcta comunicación interna y externa con todas las partes interesadas del Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez respecto a su Sistema Integrado de Gestión.
<b>ALCANCE</b>	Aplica para todos los del Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez, este incluye para todas las actividades relacionadas con el Sistema Integral de Gestión.
<b>DEFINICIONES</b>	<p><b>Comunicación Interna:</b> Aquella comunicación que tenga como emisor y destinatario pertenezca a las subdirecciones, departamentos y unidades.</p> <p><b>Comunicación Externa:</b> Comunicación de la organización con las partes interesadas externas</p>
<b>REFERENCIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma ISO 9001:2015 Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.</li> <li>• Norma ISO 45001:2018 Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Requisitos con orientación para su uso.</li> </ul>

Es importante mencionar que todos las unidades, departamentos y subdirecciones pueden comunicar mediante los medios establecidos todo aquello relacionado a su Sistema Integrado de Gestión. La comunicación se entiende que puede ser interna o externa.

- **Comunicación:**

### Interna

Se refieren a diferentes aspectos de las actividades del hospital, entre las que se mencionan y se deben de registrar en documento **ES02-MTR-003 Matriz de Comunicación interna y externa:**

- Comunicación del Sistema Integrado de Gestión.
- Comunicación de sugerencias e ideas respecto al Sistema Integrado de Gestión.

Dependiendo del emisor y receptor de la información la comunicación interna puede ser:

	<b>PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA</b>	Código: <b>ES01-PRO-003</b>
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 3 de 4

- **Ciente interno descendente:** Es la comunicación que se dirige desde los superiores a los subordinados. La dirección general establecerá los medios de calidad/seguridad y salud en el trabajo que sean convenientes. Los canales de comunicación serán tales que aseguren que el destinatario recibe la documentación. Los medios y canales más comunes: memorándums, boletines, tableros informativos.
- **Ciente interno ascendente:** Es la comunicación que se dirige desde los subordinados hasta los superiores. Cuando el personal de cualquier área desee comunicarse con un superior utilizara los medios y canales necesarios para ello, tales como: boletines, buzón de sugerencias, correo electrónico institucional y/u otros. Las comunicaciones relevantes serán obligatoriamente contestadas.

### **Comunicación Externa**

La Dirección del Hospital deberá asegurarse de difundir externamente la política del SIG. Asimismo, difundirá cualquier información relacionada con la calidad, seguridad y salud en el trabajo que considere relevante. Para ello podrá utilizar los canales de comunicación adecuados como lo son: comunicaciones directas, publicación de artículos de prensa y revistas, redes sociales, página web, entre otros.

Se llevará registro de estas en documento **ES02-MTR-003 Matriz de Comunicación interna y externa:**



	<b>REGLAMENTO DEL COMITÉ DE SSO</b>	Código: <b>ES01-LNT-002</b>
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: <b>01/10/2024</b>
		Página 1 de 10

### REGLAMENTO DEL COMITÉ

<b>Elaborado por:</b>	Oscar Antonio Gómez Lozano	<b>Firma:</b>
	Marvin Alexander Clímaco Elías	<b>Firma:</b>
<b>Aprobado por</b>		<b>Firma</b>

<b>HISTORIAL DE CAMBIOS</b>		
<b>Versión anterior</b>	<b>Descripción del cambio</b>	<b>Nueva versión</b>

	<b>REGLAMENTO DEL COMITÉ DE SSO</b>	Código: <b>ES01-LNT-002</b>
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: <b>01/10/2024</b>
		Página 2 de 10

<b>OBJETIVO</b>	Constituir las normas de funcionamiento interno del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, elaborado de conformidad con lo dispuesto en el Capítulo II de la Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo y en cumplimiento a la política de Seguridad.
<b>ALCANCE</b>	Este procedimiento es aplicable a todas las actividades, procesos, procedimientos y servicios del Sistema de Sistema Integrado de Gestión (Calidad ISO 9001:2015 / Seguridad y Salud en el Trabajo ISO 45001:2018).
<b>DEFINICIONES</b>	<p><b>Comité de Seguridad y Salud Ocupacional:</b> Grupo de empleados o sus representantes, trabajadores y sus representantes, encargados de participar en la capacitación, evaluación, supervisión promoción, difusión y asesoría de la prevención de riesgos ocupacionales.</p> <p><b>Lugar de trabajo:</b> sitios o espacios físicos donde los trabajadores o trabajadoras permanecen y desarrollan sus labores.</p>
<b>REFERENCIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma ISO 45001:2018 Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Requisitos con orientación para su uso.</li> <li>• Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo.</li> <li>• Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales en los Lugares de Trabajo</li> </ul>

### **ORGANIZACIÓN DEL COMITÉ.**

El Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, cuenta con 4 representantes patronales y 4 representantes de los trabajadores incluido uno del Sindicato, el cual queda constituido de acuerdo con las siguientes funciones:

### **FUNCIONES DE CADA MIEMBRO DEL COMITÉ:**

	<b>REGLAMENTO DEL COMITÉ DE SSO</b>	Código: <b>ES01-LNT-002</b>
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: <b>01/10/2024</b>
		Página 3 de 10

**Presidente:**

- Convocar a reuniones extraordinarias del comité.
- Someter los asuntos a votación.
- Redactar y firmar juntamente con el secretario los acuerdos.
- Asignar a los miembros sus funciones y actividades periódicas.
- Coordinar las labores de prevención e inspección con los miembros del comité.
- Velar por el cumplimiento de las funciones del comité.
- Representación del comité de seguridad en los actos que lo requieran.
- Participar en la elaboración, puesta en marcha y evaluación de la política y programa de gestión.
- Vigilar el cumplimiento de la Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo y sus reglamentos.
- Dar el ejemplo en cuanto a seguridad se refiera.
- Otras, que sean en beneficio de la seguridad y salud ocupacional.

**Secretario:**

- Convocar a reuniones ordinarias del comité.
- Presidir las reuniones.
- Elaborar y firmar las actas.
- Elaborar minutas de reunión del comité.
- Redactar y firmar los acuerdos juntamente con el presidente.
- Puede asumir los deberes del presidente cuando esté ausente.
- Informar sobre el estatus de las recomendaciones anteriores.
- Participar en la elaboración, puesta en práctica y evaluación de la política y programa de gestión.
- Vigilar el cumplimiento de la presente ley, sus reglamentos.
- Dar el ejemplo en cuanto a seguridad se refiera.
- Otras, que sean en beneficio de la seguridad y salud ocupacional.

**Delegados de prevención:**

- Colaborar con la organización en las acciones preventivas.
- Promover y fomentar la cooperación de los trabajadores en la aplicación de las normas

	<b>REGLAMENTO DEL COMITÉ DE SSO</b>	Código: <b>ES01-LNT-002</b>
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: <b>01/10/2024</b>
		Página 4 de 10

de seguridad y prevención de riesgos laborales.

- Ejercer una labor de vigilancia y control sobre el cumplimiento de los reglamentos y/o normativa en materia de prevención de riesgos.
- Acompañar a los técnicos e inspectores del Ministerio de Trabajo y Previsión Social en las inspecciones de carácter preventivo.
- Proponer a la gerencia la adopción de medidas de carácter preventivo para mejorar los niveles de protección y salud de los trabajadores.

#### **Vocales:**

- Informar sobre condiciones físicas, mecánicas inseguras y/o conductas o acciones inseguras de los trabajadores.
- Asistir a todas las reuniones que le correspondan.
- Informar y colaborar en investigación de todo accidente o incidente ocurrido dentro las instalaciones de la organización.
- Contribuir con ideas y sugerencias para el buen desarrollo de los programas del sistema.
- Trabajar según las normas de seguridad establecidas por la compañía.
- Colaborar en las inspecciones programadas en las diferentes áreas.
- Influenciar a otros empleados para que trabajen cumpliendo las normas de seguridad.
- Dar el ejemplo en cuanto a seguridad se refiera.
- Otras, que sean en beneficio de la seguridad y medio ambiente laboral.

#### **DE LAS SESIONES Y DIRECCIÓN DEL COMITÉ**

- El Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, se reunirá ordinariamente una vez al mes y extraordinariamente las veces que sea necesario por convocatoria o iniciativa de uno o más de sus miembros, según las necesidades que se presenten.
- La duración de las sesiones dependerá de los puntos a tratar. No se recomienda tiempo limitado para no entorpecer su función. Las sesiones deben seguir un orden que garantice el éxito de las sesiones, el cual debe estar definido en una agenda previamente preparada por el secretario en función, de la manera siguiente:
  - Anotar los nombres de los miembros asistentes.
  - Lectura y aprobación del acta de la sesión anterior.
  - Informe sobre comisiones asignadas.

	<b>REGLAMENTO DEL COMITÉ DE SSO</b>	Código: <b>ES01-LNT-002</b>
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: <b>01/10/2024</b>
		Página 5 de 10

- Discusión sobre recomendaciones de Seguridad y Salud Ocupacional que hayan surgido de las observaciones, investigaciones, vigilancia o sugerencia para el control de los riesgos ocupacionales.
- Planteamiento de las recomendaciones
- Puntos varios.

Las recomendaciones planteadas en las sesiones se enviarán a Dirección, con el objeto de hacerlas de su conocimiento.

En la medida de lo posible, el Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, utilizará formularios para las inspecciones y para plantear recomendaciones. Esto facilita la redacción, da uniformidad al sistema de inspección, favorece su estudio y acorta el tiempo de trabajo.

### **CARÁCTER Y FINALIDAD**

El Comité de Seguridad y Salud Ocupacional es el órgano paritario y colegiado de participación de todo el personal, destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la organización en materia de prevención de riesgos.

### **COMPOSICIÓN**

Los miembros del comité deben al inicio de sus funciones poseer formación técnica en la materia de prevención de riesgos laborales, optando por planificar y recibir 48 horas mínimo en temas de seguridad tal y como lo manda el Art. 15 del Decreto 86 de la Ley.

El Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, estará conformado sobre la base del número de colaboradores de la organización; siendo en este momento por partes iguales de representantes electos por los empleadores y trabajadores respectivamente. Entre los integrantes del comité se encuentran los delegados de prevención designados para la gestión de la SSO.

El número de delegados de Prevención correspondiente a la escala prevista en el Art. 13 de la Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo, cuatro personas, con respecto al total del personal al servicio en el hospital.

Los representantes durarán en sus cargos por el período de dos años, pudiendo ser reelectos total o parcialmente por sus representados.

Los miembros acreditados del comité son ad-honorem y no gozan por su cargo de privilegios laborales dentro de la organización, pero estos podrán realizar labores relacionadas al comité siempre que sea requerido dentro de la jornada laboral.

	<b>REGLAMENTO DEL COMITÉ DE SSO</b>	Código: <b>ES01-LNT-002</b>
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: <b>01/10/2024</b>
		Página 6 de 10

### **CESE EN EL CARGO**

Cuando alguno de los miembros del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, cese en el ejercicio de su actividad por causas justificadas antes de finalizar el período correspondiente, la parte afectada procederá a designar un nuevo representante.

Los miembros del comité perderán su condición por alguna de las siguientes causas:

- Extinción de su mandato;
- Renuncia expresada mediante escrito dirigido al presidente del Comité;
- Cese del ejercicio de sus funciones para la organización;
- Fallecimiento;
- Revocación de la representación otorgada por el órgano que lo nombró;
- Pérdida de una de las condiciones necesarias para ser elegido;
- Incurrir en incompatibilidades establecidas legal o reglamentariamente;
- Cualquier otra prevista en el ordenamiento jurídico general o interno de la organización.

En caso de que, por algún motivo, un representante del comité tenga que abandonar el cargo, será sustituido de inmediato, siguiendo con los mismos parámetros de elección al representante patronal o de trabajadores y debe de ser comunicado al Ministerio de Trabajo y Previsión Social, para su posterior acreditación.

### **ORGANIZACIÓN**

El Comité de Seguridad y Salud Ocupacional elegirá en su primera reunión mediante un acuerdo consensuado entre sus miembros, a las personas que ostentaran la condición de presidente y secretario. El presidente estará un año en el cargo, posterior al año será elegido un nuevo presidente por los miembros de comité.

La alternancia en presidencia se realizará cada año por el representante patronal y de los trabajadores, considerando siempre al representante sindical.

Las funciones del presidente y secretario son las atribuidas con carácter general por la legislación de régimen jurídico de las administraciones públicas.

El Comité podrá constituir grupos de trabajo para abordar o hacer el seguimiento de problemas específicos. Estos grupos estarán compuestos por los integrantes del comité que designe el presidente y el representante del sindicato.

	<b>REGLAMENTO DEL COMITÉ DE SSO</b>	Código: <b>ES01-LNT-002</b>
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: <b>01/10/2024</b>
		Página 7 de 10

## **FUNCIONES DEL COMITÉ**

- Participar en la elaboración, puesta en práctica y evaluación de la política y programa de gestión de prevención de riesgos ocupacionales de la organización.
- Promover iniciativas sobre procedimientos para la efectiva prevención de riesgos, pudiendocolaborar en la corrección de las deficiencias existentes.
- Investigar objetivamente las causas que motivaron los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, proponiendo las medidas de seguridad necesarias para evitar su repetición.
- Proponer al empleador, la adopción de medidas de carácter preventivo, pudiendo a tal fin efectuar propuestas por escrito.
- Instruir a los trabajadores sobre los riesgos propios de la actividad laboral, observando las acciones inseguras y recomendando métodos para superarlas.
- Inspeccionar periódicamente los sitios de trabajo con el objeto de detectar las condiciones físicas y mecánicas inseguras, capaces de producir accidentes de trabajo, a fin de recomendarmedidas correctivas de carácter técnico.
- Vigilar el cumplimiento de la presente ley, sus reglamentos, las normas de seguridad propiasdel lugar de trabajo, y de las recomendaciones que emita.
- Elaborar su propio reglamento de funcionamiento, a más tardar sesenta días después de su conformación.

## **FACULTADES DEL COMITÉ**

En el ejercicio de sus funciones, el Comité de Seguridad y Salud Ocupacional está facultado para realizar las siguientes actividades:

- Conocer directamente la situación relativa a la prevención de riesgos en los puestos de trabajo, realizando a tal efecto las inspecciones que estime oportunas.
- Requerir a la Alta Dirección, la ejecución de auditorías periódicas al sistema, presididas por un especialista o experto debidamente acreditado como lo establece la Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo.
- Conocer y tener acceso a la documentación relativa a las condiciones de trabajo que sea precisa para el cumplimiento de sus funciones.

	<b>REGLAMENTO DEL COMITÉ DE SSO</b>	Código: <b>ES01-LNT-002</b>
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: <b>01/10/2024</b>
		Página 8 de 10

- Conocer, participar e informarse sobre la programación anual de prevención de riesgos en cada una de las áreas del hospital
- Solicitar la intervención o el asesoramiento de organizaciones debidamente acreditadas según las necesidades específicas de formación y desarrollo.
- Promover y participar en investigaciones sobre:
  - Evaluación y control de riesgos.
  - Incidencia de daños derivados del trabajo.
  - Evaluación de la eficacia de la acción preventiva.
  - Incidentes/Accidentes laborales.
- Conocer y analizar los resultados estadísticos de las actividades del programa de salud, así como los indicadores de ausentismo por enfermedad.

## **GARANTÍAS**

Las reuniones del Comité, tanto ordinarias como extraordinarias se realizarán dentro de la jornada de trabajo en el horario que se estime conveniente.

A los miembros del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional se les proporcionarán los medios y la formación en materia preventiva que resulten necesarios para el ejercicio de sus funciones, especialmente las 48 horas de formación técnica, así como cualquier otro entrenamiento necesario para ejercer sus funciones. Los asistentes a las reuniones del Comité deberán guardar confidencialidad, sobre la información a la que tuvieran acceso por razón de su cargo.

## **CONVOCATORIAS DE REUNIÓN**

Las sesiones ordinarias del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional se celebrarán con una periodicidad mensual. Podrán celebrarse sesiones extraordinarias cuando lo considere necesario el presidente o lo solicite la mayoría de los representantes.

El comité a través de su secretario enviará un memorándum a cada miembro del comité de seguridad informando sobre la reunión y el día programado, con una anticipación de mínimo 72 horas para las reuniones ordinarias.

En caso de reuniones de emergencia (extraordinarias), la convocatoria será verbal con los miembros del comité, comentando la hora planificada y cualquier informe adicional que se requiera como refuerzo a los puntos a tratar y posterior memorándum al jefe del área o unidad que corresponda en donde se explicarán los motivos de la declaración de la reunión y la

	<b>REGLAMENTO DEL COMITÉ DE SSO</b>	Código: <b>ES01-LNT-002</b>
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: <b>01/10/2024</b>
		Página 9 de 10

justificación correspondiente según corresponda.

### **REUNIÓN DE COMITÉ**

Para la válida celebración de las sesiones del Comité de Seguridad y Salud es necesario que estén presente mínimo la mitad más uno, de lo contrario no podrá proceder y deberá realizarse otra convocatoria en horarios y fechas disponibles para la mayoría de los miembros, deberá dejarse en evidencia mediante acta de la cancelación de la reunión.

### **PUNTOS Y ACUERDOS**

Los acuerdos del Comité requerirán, en cualquier caso, el voto favorable de al menos 7 miembros del comité deberá someterse a acuerdo de los demás miembros en caso de que no se encuentre la totalidad de los integrantes en la reunión.

El presidente del comité poseerá doble voto en el caso que exista empate al momento de deliberar y poder llegar a un acuerdo, deberá dejar constancia en acta para tales efectos.

### **DE LA FORMA DE VOTACIÓN PARA ACUERDOS**

La forma de votación se establece que será en forma de **“MANO ALZADA”** siendo contados los votos a favor, abstenciones y en contra que puedan existir de una propuesta, mismos que deberán quedar inscritos en el acta correspondiente de la reunión donde se tome la decisión.

### **ACTAS Y ACUERDOS**

El secretario levantará de cada sesión un acta de acuerdo con los puntos agenda tratados. Las actas serán remitidas a los miembros del Comité de Seguridad y Salud para la firma y aprobación respectiva, juntamente con la convocatoria de la siguiente sesión que se celebre, en la que se procederá a su aprobación o, en su caso, rectificación.

No podrá ser objeto de deliberación o acuerdo ningún asunto que no figure incluido en punto de la agenda del día, salvo que estén presentes todos los miembros del Comité y sea declarada la urgencia del asunto por el voto favorable de la mayoría. Los acuerdos del Comité requerirán para su validez el voto favorable de la mayoría de sus miembros.

Podrá hacerse constar en el acta la manifestación contraria al acuerdo adoptado, por parte de alguno/s de sus miembros, y los motivos que la justifiquen.

Aquellos asuntos sobre los que el Comité haya tomado una determinación o haya obtenido una solución definitiva, no podrán ser reiterados ante el mismo, salvo que se evidencien nuevos

	<b>REGLAMENTO DEL COMITÉ DE SSO</b>	Código: <b>ES01-LNT-002</b>
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: <b>01/10/2024</b>
		Página 10 de 10

aspectos que no hubieran sido contemplados en el momento de su discusión.

El Comité está facultado para realizar el seguimiento de la puesta en práctica de sus acuerdos a través de la petición razonada de la información necesaria a los unidades o departamentos de la administración de áreas localizadas en los diferentes puntos del hospital.


Los acuerdos tomados en el Comité de Seguridad y Salud Ocupacional serán trasladados al Director a efecto de su realización, haciéndolos extensivos a todas las unidades o departamentos del hospital.

### **RÉGIMEN JURÍDICO**

El Comité de Seguridad y Salud Ocupacional se regirá, en lo dispuesto en este reglamento, por la normativa general sobre prevención de riesgos laborales Decreto 254.

### **MODIFICACIÓN DE REGLAMENTO**

Podrá ser modificado a petición de un tercio de los miembros del Comité. El acuerdo de modificación deberá ser aprobado, al menos, por dos tercios de los miembros.

	<b>PROCEDIMIENTO DE PARTICIPACIÓN Y CONSULTA DE LOS TRABAJADORES</b>	Código: <b>ES02-PRO-004</b>
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 1 de 4

### PROCEDIMIENTO DE PARTICIPACIÓN Y CONSULTA DE LOS TRABAJADORES

<b>Elaborado por:</b>	Oscar Antonio Gómez Lozano	<b>Firma:</b>
	Marvin Alexander Clímaco Elías	<b>Firma:</b>
<b>Aprobado por</b>		<b>Firma</b>

HISTORIAL DE CAMBIOS		
Versión anterior	Descripción del cambio	Nueva versión

	<b>PROCEDIMIENTO DE PARTICIPACIÓN Y CONSULTA DE LOS TRABAJADORES</b>	Código: <b>ES02-PRO-004</b>
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: <b>01/10/2024</b>
		Página 2 de 4

<b>OBJETIVO</b>	Establecer los criterios para la consulta y participación de los trabajadores en el marco SGSST del Hospital Nacional Psiquiátrico José Molina Martínez.
<b>ALCANCE</b>	Este procedimiento es de aplicación a la consulta y participación de los trabajadores del Hospital Nacional Psiquiátrico José Molina Martínez en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ISO 45001:2018.
<b>DEFINICIONES</b>	<p><b>Trabajador:</b> persona que realiza trabajo o actividades relacionadas al trabajo que están bajo el control de la organización.</p> <p><b>Participación:</b> acción y efecto de involucrar en la toma de decisiones.</p> <p><b>Consulta:</b> búsqueda de opiniones antes de tomar una decisión.</p> <p><b>Peligro:</b> fuente con un potencial para causar lesiones y deterioro de la salud.</p> <p><b>Riesgo:</b> efecto de la incertidumbre</p>
<b>REFERENCIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma ISO 45001:2018 Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Requisitos con orientación para su uso.</li> <li>• Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo.</li> <li>• Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales en los Lugares de Trabajo</li> </ul>

#### **DESARROLLO:**

El hospital garantiza la consulta y participación de los trabajadores(as) en todos aquellos aspectos relacionados con la seguridad y salud ocupacional. Estos aspectos se referirán, como mínimo, a los siguientes:

	<b>PROCEDIMIENTO DE PARTICIPACIÓN Y CONSULTA DE LOS TRABAJADORES</b>	Código: <b>ES02-PRO-004</b>
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 3 de 4

- La identificación de peligros, la evaluación de los riesgos y la determinación de medidas preventivas y correctivas.
- Planificación de medidas de control y actividades preventivas asociadas a los riesgos evaluados.
- Participación en la investigación de accidentes y enfermedades profesionales.
- Revisión de la política y objetivos de la SST.
- Modificación del Plan de Emergencia y Contingencias.

Con carácter individual los trabajadores podrán comunicar situaciones de riesgo y proponer mejoras respecto al SGSST; además, serán consultados con debida antelación acerca de aquellas cuestiones que afecten su seguridad y salud en el trabajo.


El Comité de Seguridad y Salud Ocupacional del hospital trabaja coordinadamente con la Unidad Organizativa de la Calidad para darle seguimiento a las consultas realizadas por los trabajadores y el grado de avance de los indicadores de gestión relacionados con la SST.

Presentación de sugerencias: el personal es libre de hacer las sugerencias que crea oportunas, quedando registradas en la **ES02-MTR-004 Matriz de Participación y consulta de los trabajadores**. La respuesta deberá estar orientada a una aceptación de la acción de mejora propuesta, o para informar que no procede, con su justificación respectiva comunicada a través de los medios oficiales de acuerdo con los requerimientos de la **ES02-MTR-003 Matriz de Comunicación Interna y Externa**.

#### **REGISTROS ASOCIADOS:**

- **Matriz de consulta y participación de los trabajadores**




	<b>PROCEDIMIENTO DE EVALUACION DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES</b>	Código: ES02-PRO-005
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 1 de 5

**PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES**

<b>Elaborado por:</b>	Oscar Antonio Gómez Lozano	<b>Firma:</b>
	Marvin Alexander Clímaco Elías	<b>Firma:</b>
<b>Aprobado por</b>		<b>Firma</b>

<b>HISTORIAL DE CAMBIOS</b>		
<b>Versión anterior</b>	<b>Descripción del cambio</b>	<b>Nueva versión</b>


	<b>PROCEDIMIENTO DE EVALUACION DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES</b>	Código: ES02-PRO-005
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 2 de 5

<b>OBJETIVO</b>	Diseñar una metodología que permita realizar la evaluación y valoración de riesgos inherentes a los servicios prestados por el hospital, así como de establecer una metodología eficiente y sistemática que permita identificar los riesgos.
<b>ALCANCE</b>	Este procedimiento es aplicable a todas las actividades, procesos, procedimientos y servicios del Sistema de Sistema de Gestión (Calidad ISO 9001:2015)
<b>DEFINICIONES</b>	<p><b>Evaluación de riesgos:</b> Proceso de comparación, de los resultados del análisis del riesgo con los criterios de riesgo, para determinar si el riesgo y/o su magnitud son aceptables o tolerables.</p> <p><b>Identificación de peligros:</b> Proceso mediante el cual se reconoce que existe un peligro y se definen sus características.</p> <p><b>Nivel de riesgo:</b> Magnitud de un riesgo o combinación de riesgos, expresados en términos de la combinación de la severidad y de su probabilidad.</p> <p><b>Probabilidad:</b> Posibilidad de que algo suceda.</p> <p><b>Riesgo:</b> Efecto de la incertidumbre.</p> <p><b>Valoración del riesgo:</b> Es el producto de la probabilidad por la severidad</p>
<b>REFERENCIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma ISO 9001:2015 Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.</li> <li>• Norma ISO 31000:2018 Gestión del riesgo. Directrices.</li> </ul>

## DESARROLLO

### Descripción del procedimiento:

- **Identificar los riesgos:** Iniciar con una sesión de lluvia de ideas, en las que participan

	<b>PROCEDIMIENTO DE EVALUACION DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES</b>	Código: ES02-PRO-005
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 3 de 5


personas de todas las áreas concedoras del funcionamiento de los procesos. Se enumeran todos los agentes externos o internos que pueden, eventualmente, generar un riesgo por improbables que sean, o una nueva oportunidad. Además, es necesario conocer la actividad de la que se origina y la causa.

- **Determinar la criticidad de cada riesgo (Nivel de riesgo):** los riesgos se evalúan comparándolos con un conjunto de factores y clasificándolos en una escala de acuerdo con su capacidad para impactar a los procesos de análisis dentro del hospital.

RIESGO		IMPACTO				
		1	2	3	4	5
PROBABILIDAD		MUY BAJA	BAJA	MEDIA	ALTA	MUY ALTA
1	MUY BAJA	BAJO (1)	BAJO (2)	BAJO (3)	BAJO (4)	MEDIO (5)
2	BAJA	BAJO (2)	BAJO (4)	MEDIO (6)	MEDIO (8)	MEDIO (10)
3	MODERADA	BAJO (3)	MEDIO (6)	MEDIO (9)	MEDIO (12)	ALTO (15)
4	ALTA	BAJO (4)	MEDIO (8)	MEDIO (12)	ALTO (16)	ALTO (20)
5	MUY ALTA	MEDIO (5)	MEDIO (10)	ALTO (15)	ALTO (20)	ALTO (25)

OPORTUNIDAD		Impacto				
		1	2	3	4	5
PROBABILIDAD		MUY BAJA	BAJA	MEDIA	ALTA	MUY ALTA
1	MUY BAJA	BAJO (1)	BAJO (2)	BAJO (3)	BAJO (4)	MEDIO (5)
2	BAJA	BAJO (2)	BAJO (4)	MEDIO (6)	MEDIO (8)	MEDIO (10)
3	MODERADA	BAJO (3)	MEDIO (6)	MEDIO (9)	MEDIO (12)	ALTO (15)
4	ALTA	BAJO (4)	MEDIO (8)	MEDIO (12)	ALTO (16)	ALTO (20)
5	MUY ALTA	MEDIO (5)	MEDIO (10)	ALTO (15)	ALTO (20)	ALTO (25)

- **Clasificación de los riesgos:** algunos riesgos resultan tolerables o aceptables para el hospital, debido a su baja incidencia, su impacto bajo o su escasa probabilidad de ocurrencia. Este tipo de riesgos, generalmente, no requieren emprender ninguna acción sobre ellos. Otros, por el contrario, deben ser eliminados o mitigados en su impacto. Algunos más pueden ser compartidos o tratados, de acuerdo con las acciones que describe a continuación.
- **Determinar las acciones a seguir:** finalmente, una vez el tiene una visión globalde los riesgos a los que está expuesta, su capacidad de impacto y su probabilidad de ocurrencia, tiene todos los elementos necesarios para diseñar las acciones específicas para el

	<b>PROCEDIMIENTO DE EVALUACION DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES</b>	Código: ES02-PRO-005
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 4 de 5

tratamiento de esos riesgos que se han identificado.


### **Metodología:**

Se especifica según detalle de acuerdo con la **Matriz de riesgos y oportunidades**:


1. Inicialmente se coloca la actividad de la cual se genera el riesgo
2. Determinar la no conformidad potencial generada durante el desarrollo de la actividad, es decir ¿Qué podría fallar?
3. Identificar la causa que podría ocasionar que el riesgo se materialice, es decir el ¿Por qué?
4. Colocamos el riesgo que se identificó con anterioridad durante la lluvia de ideas, también conocida como el efecto.
5. Identificar/ valorar la probabilidad de ocurrencia de que el riesgo se materialice la escala va de 1 a 5 (siendo 1 el valor más bajo y 5 el valor más alto)
6. Identificar/ valorar el nivel de consecuencia o impacto de que el riesgo se materialice la escala va de 1 a 5 (siendo 1 el valor más bajo y 5 el valor más alto)
7. Seguidamente se multiplican los valores tanto de la probabilidad como del impacto que dará como resultado el nivel del riesgo
8. Establecer las acciones a tomar de acuerdo con el apetito de riesgo (aceptar, eliminar, transferir o mitigar)

### **REGISTROS ASOCIADOS:**

- **MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES**

	<b>PROCEDIMIENTO DE EVALUACION DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES</b>	Código: ES02-PRO-005
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 5 de 5

**MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES**


	<b>Matriz de Riesgos y Oportunidades</b>					Código	ES02-MTR-005
						Versión	0 0 0
						Fecha de Vigencia	1/10/2024
<b>Actividad</b>	<b>Consecuencia</b>	<b>Causa</b>	<b>Riesgo</b>	<b>Probabilidad</b>	<b>Impacto</b>	<b>Nivel de riesgo</b>	<b>Tratamiento del riesgo</b>

	<b>PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS</b>	Código: ES02-PRO-006
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 1 de 7

**PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS YEVALUACIÓN DE RIESGOS**

<b>Elaborado por:</b>	Oscar Antonio Gómez Lozano	<b>Firma:</b>
	Marvin Alexander Clímaco Elías	<b>Firma:</b>
<b>Aprobado por</b>		<b>Firma</b>

<b>HISTORIAL DE CAMBIOS</b>		
<b>Versión anterior</b>	<b>Descripción del cambio</b>	<b>Nueva versión</b>

	<b>PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS</b>	Código: ES02-PRO-006
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 2 de 7

<b>OBJETIVO</b>	Diseñar una metodología que permita realizar la identificación de peligros y evaluación de riesgos inherentes a los servicios prestados por el hospital
<b>ALCANCE</b>	Este procedimiento es aplicable a todas las actividades, procesos, procedimientos y servicios del Sistema del Sistema de Gestión (Seguridad y Salud en el Trabajo ISO 45001:2018).
<b>DEFINICIONES</b>	<p><b>Evaluación de riesgos:</b> Proceso de comparación, de los resultados del análisis del riesgo con los criterios de riesgo, para determinar si el riesgo y/o su magnitud son aceptables o tolerables.</p> <p><b>Identificación de peligros:</b> Proceso mediante el cual se reconoce que existe un peligro y se definen sus características.</p> <p><b>Severidad:</b> Medida del nivel de las consecuencias, por ejemplo, ligeramente dañino, dañino y extremadamente dañino.</p> <p><b>Nivel de riesgo:</b> Magnitud de un riesgo o combinación de riesgos, expresados en términos de la combinación de la severidad y de su probabilidad.</p> <p><b>Probabilidad:</b> Posibilidad de que algo suceda.</p> <p><b>Riesgo:</b> Efecto de la incertidumbre.</p> <p><b>Valoración del riesgo:</b> Es el producto de la probabilidad por la severidad</p> <p><b>Enfermedad profesional:</b> Cualquier estado patológico sobrevenido por la acción mantenida, repetida o progresiva de una causa que provenga directamente de la clase de trabajo que desempeñe o haya desempeñado el trabajador, o de las condiciones del medio particular del lugar en donde se desarrollen las labores, y que produzcan la muerte al trabajador o le disminuya su capacidad de trabajo.</p> <p><b>Lesión y deterioro de la salud:</b> Efecto adverso en la condición física,</p>

	<b>PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS</b>	Código: ES02-PRO-006
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 3 de 7

	<p>mental o cognitiva de una persona.</p> <p><b>Identificación de peligros:</b> proceso mediante el cual se reconoce que existe un peligro y se definen sus características.</p> <p><b>Lugar de trabajo:</b> cualquier lugar físico en el que se desempeñan actividades relacionadas con el trabajo bajo el control de la organización.</p> <p><b>Medidas de control:</b> implementadas por la organización, con el fin de prevenir, eliminar o reducir a un nivel tolerable la ocurrencia de incidentes en el lugar de trabajo.</p> <p><b>Peligro:</b> Fuente con un potencial para causar lesiones y deterioro de la salud.</p>
<b>REFERENCIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma ISO 45001:2018 Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Requisitos con orientación para su uso.</li> <li>• Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo.</li> <li>• Norma ISO 31000:2018 Gestión del riesgo. Directrices.</li> </ul>

**DESARROLLO:**

**Determinación de la probabilidad de ocurrencia**

DETERMINACIÓN DE LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	
<b>BAJA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Controles implementados, con un nivel de riesgo aceptable.</li> <li>▪ El daño ocurrirá raras veces</li> </ul>
<b>MEDIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se tiene todos los controles implementados y los factores pueden contribuir a tener consecuencias negativas.</li> <li>▪ El daño ocurrirá en algunas ocasiones</li> </ul>
<b>ALTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se tiene controles implementados y los factores contribuyen a tener consecuencias negativas.</li> <li>▪ El daño ocurrirá siempre o casi siempre</li> </ul>

	<b>PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS</b>	Código: ES02-PRO-006
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 4 de 7

La determinación de la severidad del daño sobre la seguridad y salud ocupacional y los efectos de cada clasificación se detallan:

### Determinación de la severidad del daño

DETERMINACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL DAÑO	
<b>LIGERAMENTE DAÑINO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Daños superficiales: cortes y magulladuras pequeñas, irritación de los ojos por polvo.</li> <li>▪ Molestias e irritación: dolor de cabeza, incomodidad.</li> </ul>
<b>DAÑINO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Laceraciones, quemaduras, conmociones, torceduras importantes, fracturas menores.</li> <li>▪ Sordera, dermatitis, asma, trastornos musculoesqueléticos, enfermedad que conduce a una incapacidad menor.</li> </ul>
<b>EXTREMADAMENTE DAÑINO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Amputaciones, fracturas mayores, intoxicaciones, lesiones múltiples, lesiones fatales.</li> <li>▪ Cáncer y otras enfermedades crónicas que acortan severamente la vida.</li> </ul>

Luego de determinar la probabilidad y la severidad del daño se clasifica el riesgo utilizando la matriz siguiente. Esta permite interaccionar cada una de las probabilidades con las consecuencias y determinar el grado y nivel de riesgo o daño que representan las actividades que se realizan, permitiendo a su vez priorizar.

### Matriz de clasificación de riesgos.

		Consecuencias		
		Ligeramente Dañino (LD)	Dañino (D)	Extremadamente Dañino (ED)
Probabilidad	BAJA	Riesgo Trivial (RT)	Riesgo Tolerable (RTO)	Riesgo Moderado (RM)

	<b>PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS</b>	Código: ES02-PRO-006
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 5 de 7

		Consecuencias		
		Ligeramente Dañino (LD)	Dañino (D)	Extremadamente Dañino (ED)
	<b>MEDIA</b>	Riesgo Tolerable (RTO)	Riesgo Moderado (RM)	Riesgo Importante (RI)
	<b>ALTA</b>	Riesgo Moderado (RM)	Riesgo Importante (RI)	Riesgo Intolerable (RIN)

Se especifican las equivalencias de los riesgos, en lo relativo a la aceptabilidad o no aceptabilidad, estableciéndose los parámetros admisibles.


**Muestra la categorización de los riesgos en aceptables o no.**

Equivalencia de Riesgo	
RIESGO ACEPTABLE	Riesgo Trivial; Riesgo Tolerable
RIESGO NO ACEPTABLE	Riesgo Moderado; Riesgo Importante; Riesgo Intolerable

La asignación de los recursos y plazos para implementar las acciones a tomar para la disminución de los riesgos se pueden tomar considerando lo siguiente:

**Acciones a implementar.**


Acciones a Implementar	
Trivial (RT)	No se requiere ningún tipo de acción.


	<b>PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS</b>	Código: ES02-PRO-006
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 6 de 7

Acciones a Implementar	
<b>Tolerable (RTO)</b>	<p>Se requieren comprobaciones periódicas para asegurar que se mantiene la eficacia de las medidas de control.</p>
<b>Moderado (RM)</b>	<p>Se deben implementar acciones para controlar, sustituir o eliminar el peligro. Estas acciones pueden implementarse en el largo plazo. Los trabajos que se ven afectados por la existencia de estos peligros deben ser realizados bajo la implementación de controles alternos, que ayuden a prevenir lesiones o enfermedades ocupacionales, durante el tiempo de implementación de las acciones recomendadas.</p>
<b>Importante (RI)</b>	<p>Se debe evitar realizar los trabajos hasta que se hayan implementado las acciones recomendadas para controlar, reducir o eliminar el peligro, si se requiere realizar trabajos afectados por estos peligros, estos deben contar con controles alternos y supervisión continua de seguridad para garantizar que no se afecte la seguridad y salud ocupacional de los trabajadores. El tiempo para implementar las acciones recomendadas debe ser en el mediano plazo.</p>
<b>Intolerable (RIN)</b>	<p>No debe realizar ningún tipo de trabajo hasta que se hayan implementado las acciones recomendadas para cambiar la valoración del riesgo, por lo tanto, la implementación de estas acciones debe realizarse en el corto plazo.</p>

	<b>PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS</b>	Código: ES02-PRO-006
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 7 de 7


### MATRIZ DE IDENTIFICACION DE PELIGROS Y EVALUACION DE RIESGOS

	<b>Matriz de Identificación de Peligros y Evaluación de Riesgos</b>							Código	ES02-MTR-006
								Versión	0 0 0
								Fecha de Vigencia	1/10/2024
Actividad	Rutinaria	No rutinaria	Peligro	Fuentes Generadoras	Riesgo	Probabilidad	Severidad	Nivel de riesgo	Acción a tomar


	<b>MATRIZ DE IDENTIFICACION DE REQUISITOS LEGALES</b>	Código: ES02-MTR-007
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 1 de 1

	<b>MATRIZ DE IDENTIFICACION DE REQUISITOS LEGALES</b>			<b>CÓDIGO</b>	<b>ES02-MTR-007</b>
				<b>VERSIÓN</b>	<b>000</b>
				<b>FECHA DE VIGENCIA</b>	<b>1/10/2024</b>
<b>LEY NORMA O REGLAMENTO</b>	<b>FECHA DE PUBLICACIÓN</b>	<b>ULTIMA REFORMA</b>	<b>REQUISITO APLICABLE</b>	<b>UBICACIÓN</b>	<b>COMENTARIOS</b>


	<b>MATRIZ DE OBJETIVOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	Código: ES02-MTR.008
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 1 de 1

	<b>MATRIZ DE OBJETIVOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b>	Código	ES02-MTR.008
		Revisión	000
		Vigencia	1/10/2024

OBJETIVO DEL SGI N°:			AÑO				AÑO				% de Cumplimiento
Descripción Actividad	Responsable	Recursos	TRIM	TRIM	TRIM	TRIM	TRIM	TRIM	TRIM	TRIM	TOTAL (%)
			1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	

	<b>FORMATO DE GESTION DEL CAMBIO</b>			Código	ES02-FOR-004
				Versión	000
				Vigencia	1/10/2024
<b>IDENTIFICACION Y ANALISIS DE CAMBIO</b>					
<b>Solicitante</b>		<b>Cargo</b>	<b>Departamento / Sección</b>	<b>Fecha de Solicitud</b>	
<b>TIPO DE CAMBIO</b>		<b>Descripción del cambio</b>	<b>Justificación del cambio</b>	<b>Fecha estimada del cambio</b>	
<b>Cambios Internos (marcar con x)</b>		<b>Cambios Externos (marcar con x)</b>			
Instalaciones		Legislación			
Maquinaria/equipos/ herramientas		Evolución del conocimiento Calidad / SST			
Proceso/ Procedimiento					
Métodos de trabajo					
Otro		Otro			
Cuál?		Cuál?			
<b>IDENTIFICACION DE PELIGROS EN SST</b>					
<b>Identificación de peligros (marque con una x)</b>		<b>Dependencias o Personas involucradas o afectadas por el Cambio</b>		<b>Controles a implementar</b>	
Peligro mecánico		Peligro físico			
Peligro locativo		Peligro químico			
Peligro Psicosocial		Peligro eléctrico			
Peligro Ergonómico		Peligro natural			
<b>IMPLEMENTACIÓN DEL CAMBIO</b>					
<b>Actividades</b>		<b>Responsable</b>		<b>Área</b>	<b>Fecha de seguimiento</b>


<b>Elementos requeridos para el cambio</b>							
<b>APROBACION DEL CAMBIO</b>							
<b>Nombre de quien aprueba el cambio</b>		<b>Cargo</b>		<b>Área</b>		<b>Firma</b>	
<b>REGISTRO FOTOGRAFICO</b>							
<b>Antes del cambio</b>		<b>Durante Cambio</b>		<b>Después de cambio</b>			
<b>EFFECTIVIDAD DEL CAMBIO</b>							
Se controlaron peligros generados por el cambio				Efectividad del cambio			
<b>SI</b>		<b>NO</b>		SI		NO	
<b>Si la respuesta es no, se debe implementar acciones de mejora (especifique)</b>							

	<b>PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	Código: ES02-PRO-008
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 0 de 22


**PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA.**

<b>Elaborado por:</b>	Oscar Antonio Gómez Lozano	<b>Firma:</b>
	Marvin Alexander Clímaco Elías	<b>Firma:</b>
<b>Aprobado por</b>		<b>Firma</b>


<b>HISTORIAL DE CAMBIOS</b>		
<b>Versión anterior</b>	<b>Descripción del cambio</b>	<b>Nueva versión</b>

	<b>PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	Código: ES02-PRO-008
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 1 de 22

<b>OBJETIVO</b>	Definir y establecer un sistema de control de documentos para la creación, actualización, control, archivo, disposición y/o y eliminación de la información documentada del Sistema Integrado de Gestión.
<b>ALCANCE</b>	Aplica para la información controlada por el Sistema Integrado de Gestión.
<b>DEFINICIONES</b>	<p><b>Control de la información documentada:</b> Uso y manejo de documentos, con respecto a la eficacia y eficiencia de la organización, contemplando la funcionalidad (velocidad de procesamiento), facilidad de uso, recursos necesarios, congruencia con la política y objetivos institucionales; requisitos e interacción con las partes interesadas del proceso.</p> <p><b>Información documentada:</b> Información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene (físicos, electrónicos, etc.).</p> <p><b>Información:</b> Datos que poseen significado.</p> <p><b>Registro:</b> Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades realizadas.</p> <p><b>Copia controlada:</b> Copia de los documentos vigentes del Sistema Integrado de Gestión, identificados con un sello de DOCUMENTO CONTROLADO y asignados a un área, para su uso y aplicación correspondiente.</p> <p><b>Copia no controlada:</b> Copia de los documentos del Sistema Integrado de Gestión, que son impresos con fines didácticos o de revisión, los cuales deben ser identificados, pudiendo utilizarse con un sello de COPIA NO CONTROLADA</p> <p><b>Documentos Externos:</b> Documento relacionado con el Sistema Integrado de Gestión que ha sido emitido por un organismo que no pertenece al hospital. Ejemplo: Nomas ASTM, Leyes, Reglamentos y/o Normas Internacionales</p> <p><b>Documento Obsoleto:</b> Son todos aquellos documentos internos que</p>

	<b>PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	Código: ES02-PRO-008
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 2 de 22

	<p>han sido modificados y que tienen versiones anteriores que se consideran desactualizados al interior de la organización.</p> <p><b>Documentos dado de baja:</b> Son todos aquellos documentos internos que se han sido identificados por el Líder del Proceso que ya no se utilizaran en la ejecución de las actividades del área.</p> <p><b>Manuales:</b> instrumentos administrativos que apoyan el quehacer institucional y están considerados como documentos fundamentales para la coordinación, dirección, evaluación y el control administrativo, así como para consulta en el desarrollo cotidiano de actividades, que permiten comprender mejor el funcionamiento de algo, o acceder, de manera ordenada y concisa, al conocimiento de algún tema o materia.</p> <p><b>Mapas:</b> ilustración que permite representar los procesos y sus interrelaciones.</p> <p><b>Procedimientos:</b> documento que muestra de forma de llevar a cabo una actividad en un paso a paso.</p> <p><b>Políticas:</b> intención y dirección de una organización expresada por la alta dirección.</p> <p><b>Planes:</b> modelo sistemático que se elabora antes de realizar una acción, con el objetivo de dirigirla y encauzar, detallando los pasos con detalles de tiempo y recursos, utilizados para lograr un objetivo de hacer algo.</p> <p><b>Programas:</b> esquema en el que se exponen todas las acciones que se deben llevar a cabo para realizar un proyecto.</p> <p><b>Formularios:</b> documento, ya sea físico o digital, diseñado con el propósito de que el usuario introduzca datos estructurados.</p> <p><b>Listas:</b> enumeración, generalmente en forma de columna de personas, cosas, cantidades, etc., que se hace con determinado propósito.</p> <p><b>Matrices:</b> consiste en una representación gráfica basada en dos ejes que separan tareas específicas en niveles de urgencia e importancia, determinados a través de una serie de criterios.</p>
<b>REFERENCIAS</b>	Norma ISO 9000:2015 Sistema de Gestión de la Calidad.


	<b>PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	Código: ES02-PRO-008
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 3 de 22

	<p>Fundamentos y vocabulario.</p> <p>Norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos</p> <p>Norma ISO 45001:2018 Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Requisitos con orientación para su uso.</p>
--	--

**DESARROLLO:**


**Jerarquía de documentación**



	<b>PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	Código: ES02-PRO-008
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 4 de 22


### Requerimientos mínimos para la estructura de documento

o de documentos	Membrete	Revisión/ aprobación	Control de cambios	Índice	Objetivo	Alcance	Referencias	Definiciones	Documentos asociados
Manuales	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mapas	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda
Procedimientos	✓	✓	✓	A demanda	✓	✓	✓	✓	✓
Políticas	✓	✓	✓	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda
Planes	✓	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda
Programas	✓	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda
Formatos	✓	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda
Listas	✓	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda
Matrices	✓	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda
Documentos externos	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda	A demanda


	<b>PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	Código: ES02-PRO-008
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 5 de 22

### REACCIÓN DE NUEVA INFORMACIÓN DOCUMENTADA.

No	ETAPA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Identificar necesidades de información documentada	<b>INICIO.</b> Identifica la necesidad de crear información documentada debido a requisitos Legales y Reglamentarios, gestión del conocimiento o por requisito de norma. Al tener definida la información a describir se solicitará apoyo a los Líderes de Proceso para generar el procedimiento a establecer.	UOC/ Líderes de Proceso
2	Comunicar reunión con las partes involucradas	Por llamada, Whatsapp, Correo u otro medio electrónicos disponible, se comunica con los Líderes de Proceso y se agenda día y hora para poder generar y redactar información correspondiente acerca del procedimiento a levantar.	UOC / Líderes de Proceso.
3	Levantamiento de la información	En conjunto con el Líder de Proceso se realiza el levantamiento de la información y propuesta de formulario para registro según las necesidades identificadas dejando en un documento "borrador" que posteriormente será enviado por medio de WhatsApp, Correo electrónico u otro medio electrónico disponible a las partes involucradas para conocimiento de los puntos acordado en la reunión.	UOC / Líderes de Proceso.
4	Dar estructura, asignar código y registrar en el Maestro de Información Documentada	Con la información obtenida de la reunión con las partes involucradas, se procede a generar el documento con la estructura adecuada, asignando código del SIG y registra el documento en el <b>Listado Maestro de Información Documentada (ES02-LIS-001)</b> para su control.	Líderes de Proceso / UOC

	<b>PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	Código: ES02-PRO-008
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 6 de 22


No	ETAPA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
5	Validar documento con las partes involucradas	Luego de tener el documento estructurado, se realiza la validación del contenido con todos los involucrados en su uso. Se envía el documento y sus respectivos registros por correo electrónico u otro medio electrónico disponible en espera de validación o bien, generar una reunión virtual o presencial para la validación de los documentos. Si el documento está correcto pasará a la Dirección para su aprobación, caso contrario ir al siguiente paso.	Líderes de Proceso / UOC
6	Realizar modificaciones a los documentos elaborados	Si el documento contiene detalles a modificar, procede a realizar los cambios correspondientes y nuevamente se envía a las partes involucradas para su validación y si está acorde a lo conversado con ellos, se da por finalizado el documento, caso contrario se vuelve a realizar el paso hasta que el documento sea aprobado por las partes involucradas. Al finalizar el documento por las partes interesadas se le coloca una marca de agua que diga "Documento en espera de aprobación" hasta el momento que sea aprobado por la Dirección.	Líderes del proceso / UOC
7	Autorización del documento	Cuando el documento es validado y aprobado por las partes involucradas. El Líder del Proceso será el encargado de pasar a la Dirección para conocimiento y autorización del documento, esto deberá de quedar documentado para su trazabilidad mediante un memorándum.	Dirección Ejecutiva
8	Firma y sella del documento	Luego de ser autorizado por la Dirección, se procede a imprimir (cuando aplique) el	Líder de Proceso / UOC

	<b>PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	Código: ES02-PRO-008
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 7 de 22


No	ETAPA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
		documento para que sea firmado y sellado por los Líderes de Procesos involucrados (elaboración).	
9	Realizar divulgación con las partes interesadas	Se solicita apoyo para realizar la divulgación con las partes interesadas que utilizan la información que se ha documentado a través de los canales de comunicación establecidos.	Líderes de proceso

### ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA.

N °	ETAPA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Identificación de documento por actualizar	<b>INICIO.</b> Al detectarse un cambio en la Ley, Reglamentos, Políticas internas, o mejoras en la metodología a seguir dentro de un proceso, se identifica el documento correspondiente para realizar los cambios pertinentes y que esté acorde al proceso que se realiza actualmente.	UOC / Líderes de Proceso.
2	Comunicar actualización de documentos	Se notifica por medio de llamada, WhatsApp, Correo electrónico u otro medio electrónico disponible el documento que sufrirá cambios y dejando justificación de por qué se realizaran esos cambios.	Líderes de Proceso.
3	Realizar cambios correspondientes al documento	Se buscar la versión vigente del documento editable y es enviada por WhatsApp, Correo electrónico u otro medio electrónico disponible al líder del proceso para que este establezca los cambios correspondientes en el documento. Posterior es enviado el documento con los cambios realizado a la UOC Nota: En algunas ocasiones los cambios se	UOC / Líderes de Proceso.

	<b>PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	Código: ES02-PRO-008
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 8 de 22


N °	ETAPA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
		pueden realizar en conjunto con las áreas involucradas de manera presencial o virtual.	
4	Definir estructura del documento y registrar versión en el maestro de información documentada	Luego de realizar los cambios correspondientes en el documento, se revisa en forma y da estructura correspondiente, completando el apartado de control de cambios indicando de forma resumida el cambio realizado y posteriormente se realiza el cambio de versión y fecha de revisión en el Listado <b>Maestro de información Documentada (ES02-LIS-001)</b>	UOC
5	Validar documento con las partes involucradas	Luego de tener el documento estructurado, se realiza la validación del contenido con todos los involucrados en su uso. Se envía por correo electrónico u otro medio electrónico disponible el documento en espera de validación o bien, generar una reunión virtual o presencial para la validación de los documentos.  Si el documento está correcto el Líder de Proceso pasará a la Dirección, para su aprobación, caso contrario ir al siguiente paso 6.	Líderes del proceso / /Partes interesadas / UOC
6	Realizar modificaciones al documento actualizado	Si el documento aún contiene detalles de modificar, se procede a realizar los cambios correspondientes y nuevamente se envía a las Líderes de Proceso para su validación y si está acorde a lo conversado con ellos, se da por finalizada la actualización, caso contrario se vuelve a realizar el paso hasta que el documento sea aprobado por las áreas involucradas. Al finalizar el documento por las	Líderes de Proceso /Partes interesadas / UOC

	<b>PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	Código: ES02-PRO-008
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 9 de 22

N °	ETAPA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
		partes interesadas se le coloca una marca de agua que diga “Documento en espera de aprobación” hasta el momento que sea aprobado por la Dirección.	
7	Autorización de la actualización del documento	Cuando el procedimiento es validado y aprobado por las partes involucradas. El Líder del Proceso o la UOC será el encargado de pasar a la Dirección para conocimiento y autorización de la actualización del documento, esto deberá de quedar documentado para su trazabilidad mediante un memorándum.	Dirección.
8	Firma y sella el documento	Luego ser autorizado por la Dirección, se procede a imprimir el documento para que sea firmado y sellado por las partes involucradas	UOC
9	Realizar divulgación por partes interesadas	Se solicita apoyo para realizar la divulgación con las partes interesadas que utilizan la información que se ha documentado a través de los canales de comunicación establecidos.	Líderes de proceso.

### OBSOLESCENCIA DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA.


N °	ETAPA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Identificar versión con cambios	Se identifica que se ha realizado actualización de documentos se procede con la obsolescencia de versiones anteriores.	UOC
2	Obsolescencia en la carpeta digital	Traslada archivo a la carpeta de obsoletos para su copia de seguridad.	UOC
3	Obsolescencia	Elimina versión física del documento obsoleto, en	UOC

	<b>PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	Código: ES02-PRO-008
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 10 de 22


N °	ETAPA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
	versión física	el caso se cuente con copia controlada entregada al Líder de Proceso solicita la entrega del documento para que sea destruido, según lo establecido en lineamientos para la destrucción de documentos.	
4	Comunicar obsolescencia a las partes interesadas	Comunica a las partes interesadas sobre la obsolescencia del documento para que lo tengan en consideración al momento de consultar o para verificar los cambios realizados.	UOC

#### ENTREGA DE COPIAS CONTROLADAS DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA.

N °	ETAPA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Identificar necesidad de documento físico	Identifica la necesidad de contar con el documento de manera impresa para que se encuentren disponibles para su uso.	Líderes de Proceso.
2	Solicitar documento a UOC	Solicita por medio de llamada, Whatsapp, correo electrónico u otro medio electrónico disponible la Unidad de UOC, el documento aprobado en físico.	Líderes de Proceso.
3	Revisar si el proceso ya cuenta con CC en listado maestro	Revisa si el proceso tiene asignada copia controlada, si se tiene copia controlada debe retirar las copias controladas para poder entregar las nuevas copias y pasar al paso 7.	UOC
a)	¿Cuenta con CC?	Si: Ir al paso "Retira y destruye CC" No: Continuar en el paso "Imprimir documento aprobado y colocar sello de CC"	UOC
4	Imprimir documento aprobado y	Imprime documento vigente revisado y aprobado, posterior se le coloca sello de "Copia Controlada" y se proporciona el	UOC

	<b>PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	Código: ES02-PRO-008
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 11 de 22


	colocar sello de CC	<b>Formato de Entrega de Copias Controladas (ES02-FOR-005)</b> al Líder de Proceso solicitante para su firma, como evidencia de entrega.	
5	Registrar entrega de CC en listado maestro	Registra en listado maestro de documentos el detalle de cantidad de copias controladas que han sido entregadas al Líder de Proceso.	UOC
6	Firmar registro de entrega de copias controladas	Firma registro de copias controladas como evidencia de entrega y es el responsable de transferir dichas copias al encargado del área.	Líderes de Proceso.
7	Retira y destruye CC	Retira las copias controladas y registra en el <b>Formato de Entrega de Copias Controladas (ES02-FOR-005)</b> y registra la destrucción de las copias en el formulario <b>(ES02-FOR-006 Destrucción d copias controladas)</b> . NOTA: En caso de que la copia controlada sea extraviada por el proceso al que se le entregó anteriormente, se debe llenar el formulario de extravío de copias controladas en donde se especifique cuáles fueron las posibles causas de extravío, se coloque firmas y fecha para su registro.	UOC
b)	¿Extravío de CC?	Si: Continuar en el paso “Registro de formulario de extravío” No: Fin del procedimiento	

	<b>PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	Código: ES02-PRO-008
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 12 de 22

8	Registro de formulario de extravío	de	Cuando se extravía un CC, se realiza el registro en el formulario de <b>Extravío de Copias Controladas (ES02-FOR-007)</b> .	UOC
---	------------------------------------	----	---	-----

### PROCEDIMIENTO PARA DAR DE BAJA A DOCUMENTOS.

N °	ETAPA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Identificar documentos	Se identifica documentos que ya no se le darán uso o que no son necesarios para el proceso. El Líder de Proceso solicita dar de baja el documento por medio de los canales de comunicación establecidos.	UOC / Líder de Proceso.
2	Autorización para baja de documentos.	El Líder del Proceso o la UOC será el encargado de pasar a la Dirección para conocimiento y autorización de la actualización del documento, esto deberá de quedar documentado para su trazabilidad mediante un memorándum.	Dirección ejecutiva.
3	Registrar en Listado Maestro de Información Documento	Registra en <b>Listado Maestro de Información Documento (ES02-LIS-001)</b> el documento que ha sido dado de baja colocando, la fecha y los comentarios correspondientes según apliquen.	UOC
4	Dar de baja en la carpeta digital	Traslada archivo a la carpeta dado de baja para su copia de seguridad.	UOC
5	Eliminar versión física	Elimina versión física del documento dado de baja, en el caso se cuente con copia controlada entregada al Líder de Proceso solicita la entrega del documento para que sea destruido, según lo establecido en	UOC

	<b>PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	Código: ES02-PRO-008
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 13 de 22

N °	ETAPA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
		lineamientos para la destrucción de documentos.	
6	Comunicar a los Líderes de Proceso involucrados	Comunica por medio de los canales de comunicación establecidos a los Líderes de Proceso involucrados que el documento que ha sido dado de baja con el fin que no se utilice dicho documento para su uso.	UOC

### TIEMPO DE RESGUARDO Y CONSERVACIÓN DE DOCUMENTOS DE LOS PROCESOS


Es responsabilidad de UOC controlar y resguardar las versiones de los documentos internos (manuales, procedimientos, políticas; entre otros) digitales por 3 años, para registros en físico el tiempo mínimo de resguardo será como mínimo de 3 años toda la documentación relacionada con el Sistema Integrado de Gestión, cada Líder de Proceso es responsable de resguardar los documentos de su proceso.

En el caso que por requisitos legales se requiera mantener almacenados los registros por un tiempo mayor a los 3 años definidos por SIG, es responsabilidad de cada Líder de Proceso identificar y cumplir con el tiempo de almacenamiento de registros.

### DESTRUCCIÓN DE DOCUMENTOS

Cuando sea necesario destruir documentos obsoletos o dados de baja UOC es responsable de darle destrucción física asegurando que toda la información confidencial no quede expuesta, todo y cuando cumpla con el tiempo mínimo de resguardo establecido y cumpliendo los requisitos legales aplicables, esto debe de quedar registrado en el formato de destrucción **(ES02-FOR-006)** en donde detalle lo siguiente:

- Código y nombre del documento
- Tipo de documento
- Revisión
- Fecha de destrucción
- Razón de destrucción
- Persona que destruyó (Nombre y firma)

	<b>PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	Código: ES02-PRO-008
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 14 de 22

- Quien autoriza destrucción (Nombre y firma)

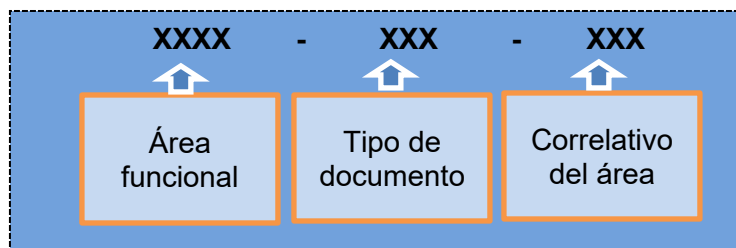
## ESTRUCTURA DE LOS DOCUMENTOS

Los documentos del SGI serán redactados utilizando las fuentes según los lineamientos descritos a continuación:

Membrete del encabezado	Títulos	Cuerpo de documentos
Fuente: Arial, Interlineado: 1.5 pts.	Fuente: Arial Interlineado: 1.5 pts.	Fuente: Arial Interlineado: 1.5 pts.

### Estructura para generación de código de documento


El Sistema de Gestión genera el código del documento respetando el correlativo correspondiente a la tabla de área funcional y tipo de documento. El código presenta la siguiente estructura:



### Tabla de área funcional

Para la codificación de la información documentada la UOC asigna código considerando la estructura definida: los primeros 4 caracteres corresponden al proceso principal que utiliza el documento. Estos pueden ser:

Proceso	Código	Proceso	Código
Dirección estratégica	ES01	Gestión administrativa	AP01
Gestión integrada	ES02	Gestión de talento humano	AP02

	<b>PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	Código: ES02-PRO-008
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 15 de 22


Proceso	Código	Proceso	Código
Planificación estratégica	ES03	Gestión de compras y abastecimiento	AP03
Gestión integral d servicios de emergencia de psiquiatría	MI01	Jurídico	AP04
Gestión de servicios integrales hospitalarios	MI02	Gestión de tecnologías de información	AP05
Gestión de servicios de consulta externa	MI03	Gestión financiera	AP06
Servicios de servicios de rehabilitación psicosocial	MI04	Comunicación	AP07
Servicios de apoyo, laboratorio, farmacia e imagenología	MI05		

- Los siguientes 3 caracteres indican el tipo de documento:

**a) Tabla de tipo de documento**


Para la codificación de la información documentada la UOC selecciona el tipo de documento considerando la estructura definida:

Tipo	Código
Documentación externa	EXT
Formato	FOR
Lista	LIS
Manual	MAN
Mapa	MAP

	<b>PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	Código: ES02-PRO-008
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 16 de 22

Tipo	Código
Matriz	MTR
Plan	PLN
Procedimiento	PRO
Programa	PRG
Lineamiento	LNT
Otros	OTR

Los documentos como procedimientos, manual, lineamientos, políticas, podrían presentarse con el membrete presentado, en algunos casos podrían utilizar otro modelo siempre y cuando contenga por lo menos la siguiente información: código, versión y fecha de vigencia.


	<b>PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	Código: ES01-FOR-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024

En algunos casos donde por espacio, diseño o por el tipo de documento (legales o de entidades externas) no se pueda colocar el membrete requerido, tendrá que colocarse como mínimo: código, versión y fecha de vigencia en alguna área del documento.

Los documentos que requieren cuadro de elaboración y aprobación deberán presentarse de la siguiente manera:

<b>Elaborado por:</b>		<b>Firma:</b>	
<b>Aprobado por</b>		<b>Firma:</b>	

## CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA.

	<b>PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	Código: ES02-PRO-008
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 17 de 22

La información documentada se controlará a través del **Listado de Maestro de Información Documentada (ES02-LIS-001)**.

#### **DIVULGACIÓN.**

La divulgación puede realizarse a través de los canales de comunicación establecidos, colocación en carpeta física y en caso de que sea necesario socializar en reuniones y/o formaciones presenciales o virtuales con el personal involucrado.

#### **INFORMACIÓN DOCUMENTADA DE ORIGEN EXTERNO.**

La información documentada de origen externo sólo se codificará según correlativo registrado en el **Listado Maestro de Información Documentada Externa (ES02-LIS-002)**.

#### **REGISTROS ASOCIADOS**

- ES02-LIS-001 Listado Maestro de Información Documentada
- ES02-LIS-002 Listado Maestro de Información Documentada Externa
- ES02-FOR-005 Extravío de Copias controladas
- ES02-FOR-006 Entrega de Copias Controladas
- ES02-FOR-007 Destrucción de Documentos













	<b>Procedimiento de compras y evaluación de proveedores</b>	Código: ES02-PRO-009
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 0 de 6


### PROCEDIMIENTO DE COMPRAS Y EVALUACIÓN DE PROVEEDORES

<b>Elaborado por:</b>	Oscar Antonio Gómez Lozano	<b>Firma:</b>
	Marvin Alexander Clímaco Elías	<b>Firma:</b>
<b>Aprobado por</b>		<b>Firma</b>

HISTORIAL DE CAMBIOS		
Versión anterior	Descripción del cambio	Nueva versión

	<b>Procedimiento de compras y evaluación de proveedores</b>	Código: ES02-PRO-009
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 1 de 6


<b>OBJETIVO</b>	Establecer, ejecutar y mantener guías de trabajo orientadas a la ejecución efectiva del ciclo de contratación o compra que desarrolla el hospital según la Planificación Anual de Compras aprobada
<b>ALCANCE</b>	De aplicación general dentro de la Unidad de Compras Públicas, Unidades Solicitantes, Unidades Consolidadoras y demás intervinientes del proceso de contratación, permitirá implementar controles y mecanismos que desarrollen el ciclo de contratación de manera eficiente
<b>DEFINICIONES</b>	<p><b>COMPRASAL:</b> Constituye un sistema informático centralizado al que se accede a través de internet; permitiendo el intercambio de información entre los participantes del proceso y la institución contratante, en tiempo real o según la naturaleza del proceso, así como la publicación de información que deba registrarse o publicarse dentro de un entorno de seguridad razonable, que tiene como finalidad automatizar y gestionar las operaciones de los procesos de contratación de obras, bienes y servicios que la administración pública realice en el marco de la ley.</p> <p><b>Unidad de Compras Públicas:</b> De acuerdo con el artículo 8 LCP se entenderá como la responsable de la descentralización operativa y de realizar la gestión de los procesos para las contrataciones de obras, bienes y servicios.</p> <p><b>Unidad de Solicitante:</b> A efectos del presente manual, se entenderá como unidad solicitante también la unidad consolidadora.</p> <p><b>Baja Cuantía:</b> Aplicará para la adquisición de bienes o servicios requeridos con carácter inmediato, cuya adquisición se origine para suplir una necesidad imprevista, y que puedan ser pagados con fondo circulante o caja chica, para compras menores recurrentes institucionales, emergentes o que no se consideran proyectos de obra ni sean consultarías, de acuerdo con lo citado en el artículo 44 LCP.</p> <p><b>Catálogo Electrónico Derivado de Convenio Marco:</b> Es el método especial de contratación a través del cual, se seleccionan proveedores calificados para proveer bienes y servicios incluidos en catálogos electrónicos, como lo dispone el artículo 72 LCP.</p>

	<b>Procedimiento de compras y evaluación de proveedores</b>	Código: ES02-PRO-009
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 2 de 6

	<p><b>Comparación de Precios:</b> Es un método de contratación ágil y competitivo, basado en la comparación de cotizaciones obtenidas mediante convocatoria abierta e invitando a un mínimo de tres, para asegurar precios competitivos, conforme al artículo 40 LCP.</p> <p><b>Contratación Directa:</b> Es un método de contratación particular y excepcional que puede efectuarse sin generar competencia según la causal, requiriendo solicitud de una oferta, adjudicando y suscribiendo contrato u orden de compra, según el artículo 41 LCP.</p> <p><b>Documentos de Solicitud (DSO):</b> Son aquellos mediante los cuales se proporciona toda la información necesaria para que un posible oferente prepare una oferta, propuesta o cotización para las obras, bienes, servicios y consultorías a contratar, de conformidad al artículo 81 LCP.</p> <p><b>Licitación Competitiva:</b> En consonancia con el artículo 39 LCP, podrá entenderse como el procedimiento cuyo fin es encontrar la oferta más ventajosa en atención a los intereses estatales y del bien común que persigue la función de la Administración Pública, generando una convocatoria abierta y publicando los documentos de solicitud de presentación de ofertas, a efecto que todos los interesados en participar conozcan toda la información y tengan la misma oportunidad de presentar sus ofertas</p> <p><b>Subasta Inversa:</b> Es el procedimiento de contratación por el cual las instituciones adquieren bienes y servicios mediante la utilización de plataformas electrónicas en las que se realiza la etapa de la adjudicación, de conformidad al artículo 73 LCP</p>
<b>REFERENCIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos</li> <li>• Norma ISO 45001:2018 Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Requisitos con orientación para su uso</li> <li>• Ley de Compras Públicas.</li> </ul>

**DESARROLLO:**

Los métodos de contratación se desarrollarán según lo establecido por la Ley de Compras

	<b>Procedimiento de compras y evaluación de proveedores</b>	Código: ES02-PRO-009
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 3 de 6

Públicas, Se ejecutarán según las actividades del proceso de contratación y según el surgimiento de solicitudes de los intervinientes del proceso de contratación, oferentes y contratistas, a continuación, se detallarán las actividades que se podrán definir el proceso de contratación:

**Inicio del Proceso de Contratación:**

**1. Requerimiento de contratación y Sondeos de Mercado**

La unidad solicitante verificara la necesidad de contratación cargada en COMPRASAL para la Planificación Anual de Compras y realizara los sondeos necesarios para confirmar las obras, bienes, servicios o consultorías que serán requeridas.

**2. Aprobación del Requerimiento de Contratación**

El Jefe UCP verificara la certificación, sondeos y el requerimiento de contratación verificando que no falte información propia de la contratación a realizar y si en caso que existe información que debe corregirse y agregarse, deberá ser corregido y adecuado por la Unidad Solicitante, entonces el Jefe UCP aprobara al requerimiento de contratación una vez recibida las correcciones o en el caso no existan observaciones a este.

**3. Asignación de Correlativo**

Aprobado el requerimiento el Jefe UCP asignara un código correlativo al proceso

**4. Carga en COMPRASAL y Archivo del Requerimiento de Contratación y Sondeos de Mercado**

El requerimiento de contratación y los sondeos de mercado digitalizados serán cargados a COMPRASAL por la Unidad Solicitante.


**Proceso de Contratación:**

**5. Digitalización y Apertura del Expediente del Proceso de Compra**

El Técnico de Compras deberá digitalizar en el desarrollo del proceso de contratación todos los documentos que surjan del mismo, debiendo guardar estos documentos en un archivo digital de la UCP.

**6. Elaboración de los DSO**

La elaboración de los documentos de solicitud se deberá realizar en un tiempo considerable, considerando todos los aspectos del requerimiento de contratación, las mismas especificaciones del documento estándar, las fechas de ejecución de la contratación y demás aspectos que

	<b>Procedimiento de compras y evaluación de proveedores</b>	Código: ES02-PRO-009
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 4 de 6

consideren necesarios.

### **7. Aprobación de los DSO**

El Jefe UCP presentará para solicitar aprobación de los DSO al Director para su aprobación, donde si fuere necesario podrá hacer observaciones o aprobar los DSO. En el caso que observe los DSO deberán ser subsanados por el Jefe UCP y el Responsable de la Unidad Solicitante.

### **8. Configuración del Proceso de Contratación en COMPRASAL**

Aprobados los DSO el Jefe UCP configurara el proceso de contratación en COMPRASAL. Para esta configuración tomara en cuenta: los plazos establecidos en el DSO y los plazos establecidos en la Ley de Compras Públicas para el proceso de contratación

### **9. Recepción de Consultas y/o Aclaraciones**

Los ofertantes podrán realizar consultas hasta la fecha límite de recepción de consultas. El jefe UCP o el técnico UCP revisarán las consultas recibidas y las remitirán al responsable de la Unidad Solicitante para su gestión.

### **10. Respuesta de Consultas y/o Aclaraciones y Propuesta de Enmiendas a los DSO**

Las consultas y/o aclaraciones serán detalladas, gestionadas por la unidad solicitante debiendo considerar el plazo de respuestas conforme a DSO.


### **11. Notificación de Respuesta de Consultas y/o Aclaraciones y Enmiendas a los DSO**

Una vez recibidas las respuestas y/o aclaraciones, el jefe UCP cargara con las respuestas y/o aclaraciones a COMPRASAL las mismas en la fecha indicada de respuestas.

### **12. Recepción y/o Apertura de Ofertas**

Llegada la fecha de recepción de ofertas el Jefe UCP recibirá las ofertas de acuerdo al método de compra definido (licitación competitiva, comparación de precios, contratación directa, contratación basada en calidad y costo de selección, contratación basada en precio fijo contratación por selección al menor costo, contratación basada en calificación de consultores, contratación por selección de fuente única, contratación de consultores individuales, compras en línea, catalogo electrónico, subasta inversa.

### **13. Ausencia de Oferentes**

	<b>Procedimiento de compras y evaluación de proveedores</b>	Código: ES02-PRO-009
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 5 de 6

Se realiza una prórroga de convocatoria (esta resolución será publicada COMPRASAL por el Jefe UCP) para entrega de oferta o declaratoria de desierto.

#### **14. Nombramiento del Administrador de contrato y PEO o Evaluadores técnicos**

El Jefe UCP entrega el requerimiento de contratación al Director Ejecutivo y solicitara el nombramiento del Administrador de contrato y del PEO para la evaluación ofertas.

#### **15. Evaluación de Ofertas**

El Jefe UCP hará entrega al PEO del acta de apertura, la ficha de recepción de ofertas y las ofertas, este deberá realizar la evaluación de oferta en un plazo de quince días hábiles, contados a partir del día hábil siguiente a la fecha límite para la recepción de ofertas.

#### **16. Prevención y Subsanación de Ofertas**

El PEO podrá prevenir los errores y/o omisiones de las ofertas, según se estipule en los DSO. El Jefe UCP notificaran las prevenciones en COMPRASAL.

#### **17. Adjudicación**

Se recibirá la recomendación de adjudicación del PEO y realizará un análisis del mismo, pudiendo confirmar la adjudicación del mismo o adjudicar a un oferente diferente según sus consideraciones.

#### **18. Notificación de Adjudicación**


El jefe UCP realizará la notificación que deberá ser publicada en COMPRASAL junto con el acuerdo de adjudicación a partir del segundo día de adjudicación. Notificada la decisión, los oferentes contarán con un plazo de dos días hábiles para interponer recurso de revisión contados a partir del día hábil siguiente de notificada la adjudicación.

#### **19. Recurso de Revisión**

El proceso de contratación quedará suspendido en el lapso comprendido entre la interposición del recurso de revisión y la resolución de este.

#### **20. Adjudicación en Firme y Elaboración del Contrato u Orden de Compra**

Jefe UCP o Técnico de compras solicitarán al adjudicado solvencias de sus obligaciones tributarias, de seguridad social, previsional y municipal, debiendo ser entregadas en un plazo de

	<b>Procedimiento de compras y evaluación de proveedores</b>	Código: ES02-PRO-009
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 6 de 6

cinco días hábiles contados a partir de la notificación de solicitud. El administrador de contrato elaborara y entregara la orden de inicio al contratista, debiendo entregar una copia recibida por el contratista de este documento al Jefe UCP.

### **Seguimiento y Liquidación de la Contratación.**

#### **21. Ejecución y Liquidación de Contratación**


Para la liquidación del Contrato u Orden de Compra el Administrador será el encargado de elaborar un informe técnico sobre el desarrollo de la contratación.

#### **22. Modificación y Prorroga de Contrato u Orden de Compra**

Si se solicitare y aprobare la prórroga el Jefe UCP deberá dar seguimiento de la modificación o prórroga para conocer cualquier necesidad que surja en la ejecución del mismo, debiendo dar asesoría y soporte sobre la modificación o prórroga al Administrador de Contrato. Para la liquidación del modificación o prórroga el Administrador será el encargado de elaborar un informe técnico sobre el desarrollo de la contratación.

#### **23. Elaboración de orden de compra**


En los casos que los DSO de solicitud determine, se elaborara Orden de Compra para la formalización de selección del contratista. La Orden de Compra deberá ser un documento contractual que detalle brevemente las especificaciones de contratación, debiendo encontrarse la mayoría de las especificaciones en el DSO del proceso de contratación.

	<b>Procedimiento de quejas y/o reclamos</b>	Código: ES02-PRO-010
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 0 de 2

### PROCEDIMIENTO DE QUEJAS Y/O RECLAMOS

<b>Elaborado por:</b>	Oscar Antonio Gómez Lozano	<b>Firma:</b>
	Marvin Alexander Clímaco Elías	<b>Firma:</b>
<b>Aprobado por</b>		<b>Firma</b>


HISTORIAL DE CAMBIOS		
Versión anterior	Descripción del cambio	Nueva versión

	<b>Procedimiento de quejas y/o reclamos</b>	Código: ES02-PRO-010
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 1 de 2

<b>OBJETIVO</b>	Establecer el proceso para que el Servicio de Información el hospital reciba, evalúe y tome decisiones relativas a quejas y/o reclamos.
<b>ALCANCE</b>	Este procedimiento aplica a todos los servicios de información que conforman el Sistema Integrado de Gestión (Calidad ISO 9001:2015 / Seguridad y Salud en el Trabajo ISO 45001:2018) de la Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez para la atención de quejas y/o reclamos relacionados al servicio prestado.
<b>DEFINICIONES</b>	<b>Queja:</b> Expresión de insatisfacción hecha a una organización, relativa a su producto o servicio, o al proceso de tratamiento de quejas, donde explícita o implícitamente se espera una respuesta o resolución.
<b>REFERENCIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma ISO 9000:2015 Sistema de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario.</li> <li>• Norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos</li> <li>• Norma ISO 45001:2018 Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Requisitos con orientación para su uso.</li> </ul>

#### DESARROLLO:

1. La Oficina por el Derecho a la Salud al recibir una queja y/o reclamo vía correo electrónico y encuestas de satisfacción, donde si la persona que interpuso la queja solicita acuse de recibido se notifica por medio de correo electrónico y se registra en el Sistema de Atención Ciudadana (SAC) <https://sac.gob.sv/>
  - En caso de que la queja y/o reclamo no proceda, la Oficina por el Derecho a la Salud, comunica por vía electrónica (si quien interpuso la queja lo solicita), explicando las razones que respaldan el dictamen.
  - En caso de que la queja procede, analizan las posibles causas con el personal del área, dejando registro en el Sistema de Atención Ciudadana (SAC).

	<b>Procedimiento de quejas y/o reclamos</b>	Código: ES02-PRO-010
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 2 de 2

2. La Oficina por el Derecho a la Salud debe de identificar las causas de la queja y/o reclamo, registrar e implementar la acción correctiva para solucionarla, de acuerdo a lo establecido en el **Procedimiento de gestión de la mejora** notificando al director del proceso y los resultados.
3. La Oficina por el Derecho a la Salud realiza seguimiento de quejas y/o reclamo, y verificación de efectividad de la acción implementada, actualizando **Matriz de no conformidades y acciones correctivas**. Si la acción es efectiva, actualiza dicha matriz dará cierre en el Sistema de Atención Ciudadana (SAC).
4. Si la acción no es efectiva, retroalimenta al jefe de departamento, para que haga un nuevo análisis de causa y acción correctiva.
5. La Oficina por el Derecho a la Salud comunicará por correo electrónico al usuario sobre el resultado y finalización del proceso de quejas y/o reclamo (si quien interpuso el reclamo a la queja lo solicita).

<https://sac.gob.sv/>

## Crea tu caso

La información proporcionada será totalmente confidencial

Sector \*

Institución \*

Departamento \*

Municipio \*


Dependencia \*

Seleccione los archivos que sirvan como prueba



Arrastre o seleccione los archivos Formatos: JPG, JPEG, PNG, DOCX, XLSX, PDF, MP4, MP3  
Tamaño: 3 archivos máximo, no mayor a 3MB cada uno

Siguiente

	<b>Gestión de no conformidades y acciones correctivas</b>	Código: ES02-FOR-012
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 1 de 1

### GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS

<b>Correlativo N°</b>	
-----------------------	--

#### Información General

Área/Proceso Implicada	Requisito que se incumple	Fecha

#### Fuente del Hallazgo

Auditoría Interna	Auditoría Externa	
Revisión por la Dirección	Queja o Reclamo	
Operación	Otro, especifique	

#### Descripción

Requiere Acciones Correctivas	Si		No	
-------------------------------	----	--	----	--

#### Análisis de Extensión

Se debe actualizar la matriz de riesgos	Si		No	
---	----	--	----	--

#### Análisis de determinación de la causa raíz

--

#### Acciones correctivas

Plan de acción	Responsable	Fecha para su cumplimiento	Estatus

Método de verificación de eficacia	Frecuencia de medición	Fórmula	Revisión de la Eficacia
------------------------------------	------------------------	---------	-------------------------


<b>Se cumplió el indicador de eficacia</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>Correlativo de nueva NC</b>			

#### Miembros del grupo de trabajo para la investigación


Nombres	Cargo	Área

#### Cierre de la No Conformidad

Responsable de verificación	Proceso	Fecha

	<b>Matriz de inspecciones</b>	Código	ES02-MTR-012
		Revisión	000
		Vigencia	1/10/2024

### MATRIZ DE INSPECCIONES

	<b>Matriz de inspecciones</b>	Código	ES02-MTR-012										
		Revisión	000										
		Vigencia	1/10/2024										
<b>CRONOGRAMA DE CONTROL DE INSPECCIONES</b>													
#	Inspección	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

	<b>INFORME DE ACCIDENTES E INCIDENTES</b>	Código: ES02-FOR-003
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024

**REPORTE DE ACCIDENTES E INCIDENTES**

**CODIGO DE REPORTE:**

**TIPO DE EVENTO:**

**ORIGEN:**

**NOMBRE DE QUIEN REPORTO:**

**LUGAR, FECHA Y HORA DEL REPORTE:**

**INFORMACIÓN GENERAL DEL INCIDENTE**

**Descripción de Incidente:**

**Consecuencias Reales (accidentes) o Potenciales (Incidentes):**

**Personas Involucradas:**

**DEFINICIÓN DE ACCIONES INMEDIATAS (campo completado por CSSO)**

**Causa(s) Inmediata(s)**

Acción(es) Inmediata(s)	Ejecutor	Fecha

**CIERRE DE ACCIONES INMEDIATAS**

**Comentarios:**

	<b>INFORME DE ACCIDENTES E INCIDENTES</b>	Código: ES02-FOR-003
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024

<b>INVESTIGACION DEL INCIDENTE</b>
------------------------------------

<b>Descripción Cronológica</b>
--------------------------------

Fecha	Hora	Descripción

<b>Análisis de Causa Raíz (ACR)</b>
-------------------------------------

<b>Personal entrevistado:</b>	
<b>Causa (s) raíz (es)</b>	
<b>Conclusiones</b>	


<b>(Anexar evidencia documental o fotográfica)</b>
--

Causa (s) Raíz (ces) Causa(s) Básica(s)	Acción (es) Correctiva (s)	Ejecutor	Fecha

<b>CIERRE DE ACCIONES CORRECTIVAS</b>
---------------------------------------

<b>Comentarios:</b>
---------------------


<b>Firma de Miembro del Comité</b>	<b>Firma de quien reportó</b>	<b>Jefe inmediato</b>

	<b>Procedimiento de Auditoría Interna</b>	Código: ES02-PRO-0011
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 0 de 17


### PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA INTERNA

<b>Elaborado por:</b>	Oscar Antonio Gómez Lozano	<b>Firma:</b>
	Marvin Alexander Clímaco Elías	<b>Firma:</b>
<b>Aprobado por</b>		<b>Firma</b>

HISTORIAL DE CAMBIOS		
Versión anterior	Descripción del cambio	Nueva versión

	<b>Procedimiento de Auditoría Interna</b>	Código: ES02-PRO-0011
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 1 de 17

<b>OBJETIVO</b>	<p>Evaluar la conformidad, la efectividad y el desempeño de un determinado proceso y sus procedimientos para identificar las brechas existentes y orientar las oportunidades de mejora para el Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez del Sistema Integrado de Gestión..</p>
<b>ALCANCE</b>	<p>Este procedimiento aplica para las auditorías del Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez que están ejecutando procesos y procedimientos de acuerdo al Sistema Integrado de Gestión (Calidad ISO 9001:2015 / Seguridad y Salud en el Trabajo ISO 45001:2018)</p>
<b>DEFINICIONES</b>	<p><b>Acción preventiva:</b> Acción para eliminar la causa de una no conformidad, de un defecto y de cualquier otra situación indeseable potencial, con el fin de evitar que se produzca.</p> <p><b>Acción correctiva:</b> Acción tomada para eliminar las causas de una no conformidad, de un defecto de cualquier u otra situación indeseable existente, para evitar su repetición.</p> <p><b>Auditoria:</b> Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencia de auditoría y evaluarla de manera objetiva para determinar el grado en que se cumplen los criterios.</p> <p><b>Programa de auditoria:</b> acuerdos para un conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.</p> <p><b>Plan de auditoria:</b> descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.</p> <p><b>Evidencia objetiva:</b> datos que respaldan la existencia o veracidad de algo.</p> <p><b>Conformidad:</b> Cumplimiento de un requisito.</p> <p><b>No conformidad:</b> Incumplimiento de un requisito.</p> <p><b>Conclusiones de la auditoría:</b> Consecuencia de una auditoría, proporcionada por el equipo auditor después de la consideración de los objetivos de la auditoría y de todos los hallazgos de la auditoría.</p>

	<b>Procedimiento de Auditoría Interna</b>	Código: ES02-PRO-0011
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 2 de 17

	<p><b>Criterios de auditoría:</b> Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como una referencia.</p> <p><b>Hallazgos de la auditoría:</b> Resultados de la evaluación de las evidencias de la auditoría frente a los criterios de auditoría.</p>
<b>REFERENCIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma ISO 19011:2018 Directrices para la auditoria de los sistemas de gestión</li> <li>• Norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos</li> <li>• Norma ISO 45001:2018 Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Requisitos con orientación para su uso.</li> </ul>

## DESARROLLO:

### GENERALIDADES


El Sistema Integrado de Gestión debe ser auditado por lo menos una vez cada 12 meses en su totalidad y para fines del ejercicio de auditoria se considerará como gestor del programa a la Oficina de Seguimiento y Control de Calidad.

El proceso de auditoría está basado en la verificación del cumplimiento del principio PHVA y se planifican en el **ES02-MTR-013 Programa de Auditoria**, este será realizado por la Oficina de Seguimiento y Control de Calidad con la autorización de la Unidad Organizativa de la Calidad y la Unidad de Planificación.

Dentro del **ES02-MTR-014 Plan de Auditoria** se presenta la agenda de auditoría de forma calendarizada y sintetizada en el caso de ser preparada por la Oficina de Seguimiento y Control de Calidad.

El ejercicio de auditoria podrá hacer uso de cualquiera de los siguientes métodos:

- Entrevistas con funcionarios, contratistas y otras personas que puedan afectar el proceso.
- Observación de las actividades, de las condiciones y medios de trabajo circundantes.
- Revisión de documentos tales como la política, objetivos, planes, proyectos,


	<b>Procedimiento de Auditoría Interna</b>	Código: ES02-PRO-0011
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 3 de 17

caracterizaciones, procedimientos, formatos, entre otros.

- Revisión de registros de inspección, supervisión, actas de reuniones, comités, bitácoras, informes, reportes de auditorías, registros de programas y seguimientos, informes de gestión y resultados, etc.
- Resúmenes de datos e indicadores de desempeño.
- Registros de las bases de datos y los procedimientos.
- Registros de otras fuentes, por ejemplo, retroalimentación de organismos verificadores y demás información externa pertinente, como la de los proveedores o clientes
- Bases de datos computarizadas y sitios de red.
- Auditoría de acuerdo con las listas de verificación disponibles o elaboradas por el equipo auditor (las cuales no son obligatorias si no optativas como respaldo para el desarrollo).

#### SELECCIÓN DEL EQUIPO AUDITOR


N°	Detalle	Responsable
1	<p>Hace una invitación al personal propuesto como parte del grupo auditor ya sea vía telefónica, por WhatsApp o por correo electrónico, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La experiencia previa del colaborador evidenciada en su Hoja de Vida o constancias de capacitación.</li> <li>• Facilidad de comunicación y redacción.</li> <li>• Nivel de entendimiento de los procesos y alcance del Sistema Integrado de Gestión.</li> <li>• Alcance de sus actividades diarias para procesos claves de la organización.</li> </ul>	Oficina de Seguimiento y Control de Calidad.
2	<p>Evaluar a los postulantes para verificar que cumplen con el perfil establecido de acuerdo con el tipo de auditor requerido en el <b>ES02-OTR-001 Perfil del auditor del sistema integrado de gestión.</b> Y cuya aceptabilidad se evalúa por medio de la aplicación del formato <b>ES02-FOR-013 Análisis de competencias de auditores internos.</b></p>	Oficina de Seguimiento y Control de Calidad.

	<b>Procedimiento de Auditoría Interna</b>	Código: ES02-PRO-0011
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 4 de 17

N°	Detalle	Responsable
3	Seleccionar a quienes aprueben satisfactoriamente la evaluación y notificar la designación como auditor por cualquier medio evidenciable.	Oficina de Seguimiento y Control de Calidad.

### PREPARACIÓN DE AUDITORIA

N°	Detalle	Responsable
1	<p>De manera anual genera el <b>ES02-MTR-013 Programa de Auditoria</b>, asegurándose de abarcar todas las partes que se encuentran dentro del alcance del sistema de gestión. La programación puede realizarse por áreas en determinados periodos del año o programar todas las áreas en un mismo periodo del año considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La relevancia para el Sistema de Gestión Integrado de las áreas a auditar.</li> <li>• Los resultados de las auditorías internas y externas pasadas (en caso de que existan).</li> <li>• Requerimientos de las partes interesadas.</li> </ul>	Oficina de Seguimiento y Control de Calidad.
2	Al concluir la elaboración deberá agregar al final del programa los riesgos al cumplimiento de este, tomando como referencia los lineamientos establecidos en la <b>ES02-PRO-005 Procedimiento de evaluación de riesgos y oportunidades</b> , emprendiendo las acciones necesarias para mitigar los riesgos detectados.	Oficina de Seguimiento y Control de Calidad.

	<b>Procedimiento de Auditoría Interna</b>	Código: ES02-PRO-0011
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 5 de 17

## ELABORACIÓN DEL PLAN DE AUDITORIA

N°	Detalle	Responsable
1	Elabora el <b>ES02-MTR-014 Plan de Auditoría</b> , el objetivo, criterios, alcance, periodo de tiempo evaluado, integrantes del equipo auditor y la descripción de las actividades a realizar para garantizar su cumplimiento y este se envía a la Dirección para su revisión y aprobación.  Para definir el alcance de auditoría, se debe tomar en cuenta lo declarado en el sistema de gestión Integrado	Auditor líder
2	Una vez autorizado, se difunde al equipo auditor a fin de recibir comentarios y confirmación de conocimiento. En caso de recibir sugerencias, realizar las modificaciones en el mismo formato. Así mismo, asignar las tareas al equipo auditor, de acuerdo con su competencia.	Auditor líder
3	Deben revisar la información pertinente a las tareas asignadas y preparar los documentos de trabajo que sean necesarios como referencia y registro del desarrollo de la auditoría.	Miembros del equipo auditor


## ELABORACIÓN DEL PLAN DE AUDITORIA

N°	Detalle	Responsable
1	Realizar una reunión de apertura de auditoría con los responsables de área y su equipo de trabajo, dejando evidencia con el <b>ES02-LIS-003 Lista de Asistencia</b> , de la asistencia a la reunión.	Equipo auditor
2	Se presenta al equipo auditor, el plan de auditoría, método de auditoría y demás temas que se consideren necesarios y en el caso de recibir sugerencias, considerarlas y en caso aplique se realizaran las modificaciones en el mismo formato.	Auditor líder

	<b>Procedimiento de Auditoría Interna</b>	Código: ES02-PRO-0011
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 6 de 17

## EJECUCIÓN DE AUDITORIA

N°	Detalle	Responsable
1	<p>Evaluar el cumplimiento de lo establecido en los procedimientos, requisitos de la normatividad aplicable y requisitos previamente establecidos por las partes interesadas, a través de la recolección y verificación de evidencias documentadas y entrevista con el personal que desarrolla los procesos, se deberán revisar todos los puntos que conforman el SIG, como pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento e implementación de los procesos de apoyo o soporte.</li> <li>• Seguimiento e implementación de los documentos que describen los requisitos para los sistemas de gestión antisoborno.</li> <li>• Seguimiento y nivel de cumplimiento de los objetivos del SIG e indicadores de desempeño de procesos.</li> <li>• Identificación de riesgos y oportunidades</li> <li>• Seguimiento y cierre de acciones correctivas y trabajos no conformes</li> <li>• Competencia del personal</li> <li>• Acciones de mejora emprendidas</li> <li>• Requisitos de las partes interesadas</li> </ul>	Equipo auditor
2	<p>Considerar los registros con base a un porcentaje que el auditor detecte por proceso para la auditoria procurando que estos sean representativos y aleatorios del periodo de tiempo auditado.</p> <p>De la totalidad de los registros evaluados deberá calcularse el porcentaje de incumplimiento para la clasificación del hallazgo, utilizando la siguiente formula:</p> $\% \text{ de incumplimiento} = \frac{(\text{Número de registros con error o incumplimiento}) (100)}{\text{Número de registros revisados}}$	Equipo auditor
3	Con base al porcentaje obtenido, aplicar el siguiente criterio para la	Equipo auditor

	<b>Procedimiento de Auditoría Interna</b>	Código: ES02-PRO-0011
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 7 de 17

N°	Detalle	Responsable
	clasificación del hallazgo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• De conformidad: cero por ciento de cumplimiento</li> <li>• No conformidad: porcentaje de cumplimiento mayor de 30% o de un requisito que pone en riesgo la integridad de un sistema de gestión.</li> <li>• Observación: porcentaje de incumplimiento menor o igual al 30% o incumplimiento parcial de un requisito.</li> </ul>	
4	Describir los hallazgos de conformidad o no conformidad detectados en el <b>ES02-FOR-14 Informe de auditoría</b> de tal manera que permita replicar la trazabilidad documental del hallazgo encontrado y clasificar el hallazgo (cuando aplique) de acuerdo con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• De conformidad: cumplimiento a los requisitos establecidos por la normatividad aplicable, la organización y/o las partes interesadas.</li> <li>• No conformidad: incumplimiento de un requisito normativo, propio de la organización y/o legal, que vulnera o pone en serio riesgo la integridad del sistema de gestión. Puede corresponder a la no aplicación de una cláusula de una norma (requerida por la organización), el desarrollo de un proceso sin control, ausencia consistente de registros declarados por la organización o exigidos por la norma, o la repetición permanente y prolongada a través del tiempo de pequeños incumplimientos asociados a un mismo proceso o actividad.</li> <li>• Observación: Desviación mínima en relación con requisitos normativos, propios de la organización y/o legales, estos incumplimientos, son esporádicos, dispersos y parciales y no afecta mayormente la eficiencia e integridad del SIG.</li> <li>• Oportunidad: situación específica que no implica desviación ni incumplimiento de requisitos, pero que constituye una</li> </ul>	Equipo auditor

	<b>Procedimiento de Auditoría Interna</b>	Código: ES02-PRO-0011
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 8 de 17


N°	Detalle	Responsable
	oportunidad de mejora.	
5	Reunir el equipo auditor, para comentar los hallazgos de no conformidades detectados y plasmarlos en el <b>ES02-FOR-14 Informe de auditoría</b> .	Auditor líder
6	Difundir el <b>ES02-FOR-14 Informe de auditoría</b> al personal auditado, indicando el número de no conformidades el tipo y de que área, así como las conclusiones de la evaluación de la auditoría.	Auditor líder

#### ANALISIS DE HALLAZGOS DE AUDITORIA

N°	Detalle	Responsable
1	El personal auditado revisa el <b>ES02-FOR-14 Informe de auditoría</b>	Personal auditado
2	Una vez que el <b>ES02-FOR-14 Informe de auditoría</b> fue difundido y aceptado, los responsables de los procesos deben mostrar evidencia del seguimiento de acuerdo con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• No conformidad: no mas de 10 hábiles</li> <li>• Observaciones: no mas de 7 días hábiles</li> </ul>	Personal auditado
3	Respuesta de la aceptabilidad de las acciones enviadas (no más de 5 días hábiles a partir de la entrega) por los responsables de los procesos.	Jefe UOC
4	Correcciones derivadas de la revisión por el jefe UOC (No más de 10 días naturales a partir de la entrega.	Personal auditado

#### SEGUIMIENTO A AUDITORIA INTERNA

N°	Detalle	Responsable
1	Los hallazgos descritos en <b>ES02-FOR-14 Informe de auditoría</b> definitivo, se levantan como no conformidades, para posteriormente implementar un plan de acción asignando un responsable y fecha	Oficina de Seguimiento y Control de

	<b>Procedimiento de Auditoría Interna</b>	Código: ES02-PRO-0011
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 9 de 17

N°	Detalle	Responsable
	<p>compromiso para la ejecución para el cierre del hallazgo.</p> <p>Las oportunidades de mejora detectadas deberán ser evaluadas en su implementación de acuerdo con lo indicado en el procedimiento.</p> <p>Derivado de las observaciones o conclusiones obtenidas del informe de auditoría en caso de aplicar se deberán actualizar los riesgos y oportunidades inicialmente detectados, a fin de mantenerlos actualizados en cada ejercicio de auditoría</p>	Calidad.
<b>2</b>	Para la evaluación de la aceptabilidad de las acciones presenta las evidencias de las acciones tomadas y el levantamiento de no conformidades para una validación de estas.	Personal auditado
<b>3</b>	Evalúan las evidencias presentadas y concluyen sobre las mismas, verificando la implementación de correcciones inmediatas, acciones correctivas y la aceptabilidad de estas.	Equipo auditor

**REGISTROS ASOCIADOS:**

- Programa de Auditoría.
- Plan de auditoría.
- Perfil del auditor del Sistema Integrado de Gestión.
- Análisis de competencias de auditores internos.
- Lista de asistencia.
- Informe de auditoría.






**Procedimiento de Auditoría Interna**


Código: ES02-PRO-0011  
 Versión: 000  
 Fecha de vigencia:  
 01/10/2024  
 Página 11 de 17


**Plan de auditoria**

HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO		<b>Plan de Auditoría</b>										Código: ES02-MTR-014									
												Versión: 000									
												Vigencia: 1/10/2024									
<b>TIPO DE AUDITORIA</b>		<b>CÓDIGO DE LA AUDITORÍA</b>				<b>CRITERIOS DE AUDITORÍA</b>															
<b>DATOS DEL EQUIPO AUDITOR</b>																					
Auditor Líder:						Auditor/es:															
<u>OBJETIVO</u>						<u>ALCANCE</u>															
<u>METODO(S) DE AUDITORIA</u>						<u>FECHA INICIO DE AUDITORIA:</u>				<u>FECHA FIN:</u>											
<b>MATRIZ DE AUDITORÍA</b>				<b>REQUISITOS DEL SIG</b>																	
<b>DIA</b>	<b>HORA</b>	<b>AUDITOR</b>	<b>Unid / Depto</b>																		
			<b>ACTIVIDAD</b>																		
			Reunión inicial																		
			Elaboración del informe de auditoría por el equipo auditor																		
			Reunión final																		


	<b>Procedimiento de Auditoría Interna</b>	Código: ES02-PRO-0011
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 12 de 17

### Perfil del auditor del Sistema Integrado de Gestión

	<b>Perfil del auditor del Sistema Integrado de Gestión</b>	Código: ES02-OTR-001
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
<b>EDUCACIÓN MÍNIMA:</b>		
Graduado de Educación Superior: Licenciatura Administración de Empresas, Ingeniería Industrial, Química, Arquitectura, Doctorado en Medicina, Licenciatura en Enfermería, otros relacionados con el rubro.		
<b>EXPERIENCIA MÍNIMA REQUERIDA:</b>		
<b>Para auditor observador:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fundamentos del Sistema de gestión a auditar.</li> <li>Contar con al menos <u>1</u> mes de haber ingresado a la Institución.</li> <li>En el caso de auditores en prácticas siempre deberán ser acompañados por un auditor con experiencia previa.</li> </ul>		
<b>Para el auditor:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Contar con al menos <u>1</u> mes de haber ingresado a la Institución.</li> <li>Haber culminado la capacitación sobre auditorías para Sistemas de Gestión, basado en norma ISO 19011.</li> <li>Fundamentos del Sistema de Gestión a auditar.</li> <li>Capacitación en redacción de hallazgos.</li> </ul>		
<b>Para el auditor líder:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Haber realizado al menos una auditoría de sistemas de gestión o apoyado a equipos de auditores.</li> <li>Haber culminado la capacitación sobre auditorías para sistemas de gestión, basado en norma ISO 19011.</li> <li>Fundamentos del Sistema de Gestión a auditar.</li> </ul>		
<b>CONOCIMIENTOS</b>		
<b>GENÉRICOS</b>	<b>ESPECÍFICOS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Principios, procedimientos y métodos de auditoría.</li> <li>Documentos del Sistema de Gestión y de referencia.</li> <li>Contexto organizacional.</li> <li>Requisitos legales y contractuales aplicables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Requisitos y principios del Sistema de gestión específicos y su aplicación.</li> <li>Requisitos legales pertinentes para la disciplina y el sector.</li> <li>Fundamentos de la disciplina, aspectos técnicos.</li> <li>Principios, métodos y técnicas de gestión de riesgos pertinentes para la disciplina y el sector.</li> </ul>	

	<b>Procedimiento de Auditoría Interna</b>	Código: ES02-PRO-0011
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 13 de 17

### Análisis de competencias de auditores internos

	<b>Análisis de Competencias de Auditores Internos</b>	Código: ES02-FOR-013
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024

<b>NOMBRE DEL CANDIDATO A AUDITOR:</b>
<b>PUESTO:</b>
<b>FECHA DE EVALUACIÓN:</b>

**1. EDUCACIÓN**

**1.1 Nivel**

- Pregrado (Licenciatura, Ingeniería, Arquitectura, Doctorado en Medicina)
- Maestría

**1.2 Formación Académica**

- Ing. Industrial, Lic. Administración de Empresas o similares.
- Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad o Similares.
- Doctorado en medicina, Licenciatura en Enfermería o demás carreras relacionadas al rubro

**2. FORMACIÓN**

- Auditorías Internas de Sistemas de Gestión.
- Sistemas de Gestión  
Mencione las normas que maneja \_\_\_\_\_
- Normatividad aplicable

**NOTA:** Considerar como mínimo participación en curso de formación de auditores

**3. EXPERIENCIA**

- Ha participado en al menos un proceso de auditoría
- Ha participado en más de un proceso de auditoría

**4. CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS**


- Auditorías internas
- Conocimiento técnico en el área a auditar
- Mejora continua
- Gestión de riesgos
- Procedimiento sobre No Conformidades y Acciones Correctivas
- Estructura y contexto organizacional

**NOTA:** Las habilidades, competencias y comportamiento del personal se podrán evaluar por medio de pruebas psicométricos que se consideren adecuados.

**5. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN:**  
Para que un candidato sea aceptable deberá cumplir con por lo menos el 75% de los requerimientos aquí plasmados.

CRITERIO: # de respuestas afirmativas / 16                      RESULTADO= \_\_\_\_\_                      Respuestas afirmativas

	El Candidato es apto para formar parte del equipo auditor
	El candidato no es apto para formar parte del equipo auditor


	<b>Procedimiento de Auditoría Interna</b>	Código: ES02-PRO-0011
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 14 de 17

### Lista de Asistencia

	<b>Lista de Asistencia</b>	Código: ES02-LIS-003
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024

TEMA			
FECHA			
RESPONSABLE / CAPACITADOR			
TIPO DE ACTIVIDAD			
No.	NOMBRE	ÁREA	FIRMA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			



	<b>Procedimiento de Auditoría Interna</b>	Código: ES02-PRO-0011
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 16 de 17


	<b>Informe de Auditoría</b>	Código: ES02-FOR-014
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024

Clasificación de Hallazgos	
Tipo De Hallazgo	Descripción
De Conformidad	
No Conformidad	
Observación	
Oportunidad de Mejora	

Puntos Fuertes		
#	DESCRIPCIÓN	ÁREA/PROCESO
1		
2		

Oportunidades de mejora detectadas		
#	DESCRIPCIÓN	ÁREA/PROCESO

Descripción de los hallazgos encontrados		
#	REQUISITO EVALUADO	DESCRIPCIÓN

	<b>Procedimiento de Auditoría Interna</b>	Código: ES02-PRO-0011
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 17 de 17

	<b>Informe de Auditoría</b>	Código: ES02-FOR-014
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10//2024


Recomendaciones

Cuestiones no resueltas durante el ejercicio

Conclusiones de la Auditoría

Firma del Equipo Auditor		
Nombre	Puesto	Firma

Firma de Aceptación de la Dirección o Representante de la Dirección		
Nombre	Puesto	Firma

			<b>REGISTRO DE ACCIDENTES E INCIDENTES</b>								Código	ES02-MTR-015
											Revisión	000
											Vigencia	1/10/2024
#	Código	Tipo de Evento	Origen	Nombre de quien reportó	Lugar, fecha y hora	Descripción del evento	Causas	Consecuencias	Acciones	Cierre de acciones	Responsables	Comentarios
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												

<b>HOSPITAL</b> <small>NACIONAL</small> <b>PSIQUIÁTRICO</b> 	<b>Procedimiento de Gestión de la Mejora</b>	Código: ES02-PRO-007
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 0 de 13

## PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE LA MEJORA

<b>Elaborado por:</b>	<i>Oscar Antonio Gómez Lozano</i>	<b>Firma:</b>	
	<i>Marvin Alexander Climaco Elías</i>		
<b>Aprobado por</b>		<b>Firma</b>	

<b>HISTORIAL DE CAMBIOS</b>		
<b>Versión anterior</b>	<b>Descripción del cambio</b>	<b>Nueva versión</b>

	<b>Procedimiento de Gestión de la Mejora</b>	Código: ES02-PRO-007
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 1 de 13

<b>OBJETIVO</b>	Establece la metodología que el Hospital seguirá para gestión de los resultados operacionales y del Sistema Integrado de Gestión, considerando aspectos de gestión de la calidad y de gestión antisoborno desde la identificación de mejoras hasta la verificación de la eficacia.
<b>ALCANCE</b>	Este documento es aplicable a todos los procesos declarados en el alcance del SGI de la organización.
<b>DEFINICIONES</b>	<p><b>Desempeño:</b> Resultado medible ya sea de forma cualitativa o cuantitativa</p> <p><b>Mejora Continua:</b> Actividad recurrente para mejorar el desempeño</p> <p><b>Indicador:</b> es una característica específica, observable y medible que puede ser usada para mostrar los cambios y progresos que está haciendo un programa hacia el logro de un resultado específico.</p> <p><b>Acción Correctiva:</b> Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad detectada u otra situación no deseable.</p> <p><b>Causa:</b> Es la razón fundamental (razones fundamentales) por la cual ocurrió una No Conformidad.</p> <p><b>Corrección:</b> Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.</p> <p><b>Eficacia:</b> Grado en que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.</p> <p><b>Eficiencia:</b> Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.</p> <p><b>Conformidad:</b> Cumplimiento de un requisito.</p> <p><b>No Conformidad:</b> Incumplimiento de un requisito</p>
<b>REFERENCIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma ISO 9000:2015 Sistema de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario.</li> <li>• Norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos</li> <li>• Norma ISO 45001:2018 Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Requisitos con orientación para su uso.</li> </ul>

	<b>Procedimiento de Gestión de la Mejora</b>	Código: ES02-PRO-007
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 2 de 13

## DESEMPEÑO DEL HOSPITAL

La evaluación y desempeño general del Hospital se declara a través de su **memoria de labores**, la cual es colocada en el portal de acceso a la información durante los primeros 3 meses del año como medida de transparencia, en concordancia con nuestros valores institucionales y lo solicitado en el Art. 10 de la Ley de Acceso a la Información.

Dicha memoria de labores nace de la evaluación y seguimiento de metas definidas en el Plan Estratégico Institucional, en los Programas Operativos Anuales de cada unidad y en los indicadores del Sistema de Gestión Integrado.

La organización conserva la información documentada como evidencia de los resultados de los indicadores, su medición, evaluación y seguimiento según lo definido en los lineamientos de Archivo Institucional, en cualquier medio físico o electrónico.

## SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO DE LA OPERACIÓN

El Hospital deberá de realizar el levantamiento de las estrategias a nivel institucional valiéndose de la Matriz de estrategias, asimismo, se deberá de dar seguimiento a los indicadores según la periodicidad descrita en el Plan Operativo Anual y los resultados deberán de comunicarse a la Dirección, al menos una vez al cierre de cada cuatrimestre del año.

Cada Líder de proceso/unidad será el responsable de dar un seguimiento continuo del desempeño de los indicadores y en caso de ver desviaciones a los resultados esperados deberá de implementar acciones correctivas para poder alcanzar los resultados previstos. Además, deberá de notificar a la UOC, sobre las desviaciones para poder proporcionar asesoría sobre las posibles alternativas para el cierre de las brechas identificadas.

## SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO

Para medir el desempeño del SGI, se deberá de verificar que este cumpla con los resultados previstos y en línea con la visión de la Dirección, para ello la UOC deberá de establecer “Objetivos del SIG”, los cuales serán registrados en la matriz **ES02-MTR-008 Matriz de Objetivos del Sistema Integrado de Gestión**

	<b>Procedimiento de Gestión de la Mejora</b>	Código: ES02-PRO-007
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 3 de 13

Al mismo tiempo, se deberá de dar seguimiento a los resultados, para determinar que estos se cumplan según la planificación correspondiente y estos serán compartidos, a la Dirección, en caso de presentar desviaciones en relación a los resultados esperados deberá de implementar acciones correctivas.

## **METODOLOGÍA PARA ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES DEL SGI**

Para el establecimiento de indicadores se recomendará que estos cumplan con los criterios establecidos en la metodología SMART, que consiste en mantener las siguientes características:

### **DEFINICIÓN DE INDICADORES INSTITUCIONALES Y DEL SGI.**

La UOC es responsable de garantizar que se establezcan indicadores que servirán para evaluar el desempeño institucional y del SIG; labor realizada en conjunto con los líderes de área y/o responsables de proceso. Estos indicadores deberán ser adecuados a la naturaleza de las actividades del departamento o unidad, así como contribuir a la política y objetivos del SGI, y que a través de su medición se pueda obtener información oportuna para impulsar la mejora continua.

### **SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA OPERACIÓN**

<b>N</b>	<b>DETALLE</b>	<b>RESPONSABLE</b>
1	Tomando como base lo establecido en el Plan Operativo Anual, cada líder de proceso deberá de establecer la frecuencia de medición de los indicadores claves operacionales de forma interna, dicha frecuencia deberá de considerar su pertinencia para poder detectar posibles incumplimientos.	Líder de proceso
2	Cada líder de proceso deberá de llevar un control de variación de resultados, esto con la finalidad de poder detectar tendencias ya sea positivas o negativas en relación con los resultados esperados.	Líder de proceso

	<b>Procedimiento de Gestión de la Mejora</b>	Código: ES02-PRO-007
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 4 de 13

N	DETALLE	RESPONSABLE
3	Cada unidad deberá de garantizar contar con la información y recursos necesarios para la toma de datos claves para los indicadores claves de rendimiento.	Líder de proceso
4	Sera responsabilidad del líder de proceso, contar con los resultados de los métricos según los periodos establecidos en el POA y en los acuerdos internos de cada proceso.	Líder de proceso
5	<p>Se deberá de analizar los resultados obtenidos, considerando las metas plasmadas para cada indicador.</p> <p>En caso que los resultados sean inferiores a la meta planificada, y que sea la primera o segunda vez consecutiva en suceder la desviación, se deberá de continuar en el <b>paso 6</b>.</p> <p>Por el contrario, si, se detecta que la desviación ha sucedido 3 o más veces, se debe proceder al <b>paso 7</b>.</p>	Líder de proceso
6	<p>Se deberá de realizar el levantamiento de un plan de acción para contrarrestar los resultados obtenidos y prevenir nuevos incumplimientos, para ello el plan de acción deberá de contener como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descripción del incumplimiento.</li> <li>• Análisis de causa (podrá utilizar metodologías de paso 9).</li> <li>• Acciones para cierre de brecha.</li> <li>• Responsable.</li> <li>• Fecha de ejecución.</li> </ul> <p>Cada proceso deberá de guardar información que respalde el análisis correspondiente y en caso de ser necesario se podrá solicitar a la UOC</p>	Líder de Proceso

	<b>Procedimiento de Gestión de la Mejora</b>	Código: ES02-PRO-007
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 5 de 13

N	DETALLE	RESPONSABLE
	como apoyo metodológico para el levantamiento de los planes de acción respectivos. Una vez, levantado el plan de acción, proceder al <b>paso 13.</b>	
7	El líder de proceso deberá de notificar a la UOC, sobre la recurrencia de la desviación.	Líder de Proceso
8	Se deberá de realizar el levantamiento de la No Conformidad en apoyo del personal del área según el registro <b>ES02-MTR-009 Matriz de no conformidades y acciones correctivas</b> documentado el incumplimiento y su fuente de identificación. Además, para llevar un control general se deberá de actualizar la matriz <b>ES02-MTR-010 Registro de No Conformidades.</b>	UOC / Líder de Proceso
9	Se deberá de realizar un análisis de la causa raíz de la desviación, la cual podrá ser realizada utilizando la metodología de 5 porqués, diagrama Ishikawa, u otra metodología de análisis de causa que se considere oportuna.	UOC / Líder de Proceso / Persal del proceso
10	Se deberá realizar un análisis de extensión con el fin de determinar si existen incumplimientos similares, o que potencialmente pueden ocurrir en otras en otras áreas o procesos relacionados al SGI. Además de analizar si es necesaria la actualización de la matriz de riesgos del SGI.	UOC / Líder de Proceso / Persal del proceso
11	El plan se debe contener acciones que permitan contrarrestar el impacto de la desviación y prevenir que esta vuelva a suceder. Además, se debe asignar una persona encargada por acción y su fecha de cumplimiento acordada. Además, se deberá de diseñar un indicador de cumplimiento de las acciones, con la finalidad de verificar	UOC / Líder de Proceso / Persal del proceso

	<b>Procedimiento de Gestión de la Mejora</b>	Código: ES02-PRO-007
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 6 de 13

N	DETALLE	RESPONSABLE
	que estas hayan sido efectivas.	
12	Se deberá de verificar el cierre de las acciones según la planificación respectiva, en caso haya incumplimiento el encargado deberá de notificar a su superior inmediato el motivo del incumplimiento y, además, proporcionarle un plan que permita el cierre de las acciones pendientes, por lo que se actualizara la fecha del plan de acción de la NC según la nueva fecha compromiso plasmada en la notificación.	UOC / Líder de Proceso / Persal del proceso
13	Se verifica que las acciones hayan tenido los resultados planificados, en caso de haber cumplido pasar a <b>paso 14</b> , caso contrario se deberá de proceder con el levantamiento de una nueva NC o cuando aplique un nuevo análisis de la desviación.	Líder de Proceso / UOC
14	El líder de proceso en apoyo de UOC, deberá de dar por cerrada las acciones, garantizando que los resultados de las acciones hayan sido según lo planificado. <b>FIN.</b>	Líder de Proceso / UOC

## GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES

N	DETALLE	RESPONSABLE
1	Cualquier miembro de la organización podrá identificar una No Conformidad, en el entendido que esta será un incumplimiento a un requisito de las normas de referencia, procedimientos del SGI, requisitos de las partes interesadas, desviaciones en los resultados esperados o de leyes y normativas aplicables al HOSPITAL.	Miembro de la Organización
2	El líder de proceso deberá de notificar a la Unidad de UOC, sobre la NC y la recurrencia de la desviación.	Líder de Proceso

	<b>Procedimiento de Gestión de la Mejora</b>	Código: ES02-PRO-007
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 7 de 13

N	DETALLE	RESPONSABLE
3	<p>Se deberá de realizar el levantamiento de la No Conformidad en apoyo del personal del área según el registro <b>ES02-MTR-009 Matriz de no conformidades y acciones correctivas</b>, documentado el incumplimiento y su fuente de identificación. Además, para llevar un control general se deberá de actualizar la matriz <b>ES02-MTR-010 Registro de No Conformidades</b>.</p>	UOC / Líder de Proceso
4	<p>UOC deberá de analizar si es necesario realizar el levantamiento de acciones correctivas o si basta con tomar acciones de contención para la desviación. El criterio para considerar la necesidad de acciones correctivas podrá tomar como referencia si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La desviación pone en riesgo la integridad del SGI.</li> <li>• La desviación es repetitiva.</li> <li>• Se ha incumplido más de un requisito.</li> <li>• Incumple un requisito grave de Ley.</li> </ul> <p>En caso de determinar que únicamente será necesario aplicar acciones de contención se procederá al <b>paso 7</b>, caso contrario proceder al <b>paso 5</b>.</p>	UOC / Líder de Proceso
5	<p>Se deberá de realizar un análisis de la causa raíz de la desviación, la cual podrá ser realizada utilizando la metodología de 5 porques, diagrama Ishikawa, u otra metodología de análisis de causa que se considere oportuna.</p>	UOC / Líder de Proceso / Persal del proceso
6	<p>Se deberá realizar un análisis de extensión con el fin de determinar si existen incumplimientos similares, o que potencialmente pueden ocurrir en otras en otras áreas o procesos relacionados al SGI. Además de analizar si es necesaria la actualización de la matriz de</p>	UOC / Líder de Proceso / Persal del proceso

	<b>Procedimiento de Gestión de la Mejora</b>	Código: ES02-PRO-007
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 8 de 13

N	DETALLE	RESPONSABLE
	riesgos del SGI.	
7	<p>En el caso de una NC el plan se debe contener acciones que permitan contrarrestar el impacto de la desviación y prevenir que esta vuelva a suceder. Además, se debe asignar una persona encargada por acción y su fecha de cumplimiento acordada. Además, se deberá de diseñar un indicador de cumplimiento de las acciones, con la finalidad de verificar que estas hayan sido efectivas.</p> <p>Si, únicamente se requiere de acciones de contención se diseñarán con la finalidad de corregir la desviación de forma rápida, para ello se debe establecer las medidas a tomar, responsable y fecha de ejecución.</p>	UOC / Líder de Proceso / Persal del proceso
8	Se deberá de verificar el cierre de las acciones según la planificación respectiva, en caso haya incumplimiento el encargado deberá de notificar a su superior inmediato el motivo del incumplimiento y, además, proporcionarle un plan que permita el cierre de las acciones pendientes, por lo que se actualizara la fecha del plan de acción de la NC según la nueva fecha compromiso plasmada en la notificación.	UOC / Líder de Proceso / Persal del proceso
9	Se verifica que las acciones hayan tenido los resultados planificados, en caso de haber cumplido pasar a <b>paso 10</b> , caso contrario se deberá de proceder con el levantamiento de una nueva NC.	Líder de Proceso / UOC
10	El líder de proceso en apoyo de UOC, deberá de dar por cerrada la NC, garantizando que los resultados de las acciones hayan sido según lo planificado. <b>FIN.</b>	Líder de Proceso / UOC


## REGISTROS ASOCIADOS

<b>HOSPITAL</b> <small>NACIONAL</small> <b>PSIQUIÁTRICO</b> 	<b>Procedimiento de Gestión de la Mejora</b>	Código: ES02-PRO-007
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 9 de 13

- ES02-MTR-008 Matriz de Objetivos del Sistema Integrado de Gestión
- ES02-FOR-012 Gestión de no conformidades y acciones correctivas
- ES02-MTR-009 Registro de No Conformidades y acciones correctivas.
- ES02-FOR-011 Formato de Plan de Acción


	<b>Procedimiento de Gestión de la Mejora</b>	Código: ES02-PRO-007
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 10 de 13

### Matriz de Objetivos de Sistemas Integrados de Gestión

	<b>Matriz de Objetivos del Sistema Integrado de Gestión</b>	Código	ES02-MTR.008								
		Revisión	000								
		Vigencia	1/10/2024								
<b>OBJETIVO DEL SGI N°:</b>											
Descripción Actividad	Responsable	Recursos	AÑO				AÑO				% de Cumplimiento
			TRIM 1 (%)	TRIM 2 (%)	TRIM 3 (%)	TRIM 4 (%)	TRIM 1 (%)	TRIM 2 (%)	TRIM 3 (%)	TRIM 4 (%)	TOTAL (%)

	<b>Procedimiento de Gestión de la Mejora</b>	Código: ES02-PRO-007
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 11 de 13

### Matriz de no conformidades y acciones correctivas

	<b>Gestión de no conformidades y acciones correctivas</b>	Código: ES02-FOR-012			
		Versión: 000			
		Fecha de vigencia: 01/10/2024			
		Página 1 de 2			

Correlativo N°		
----------------	--	--

Información General		
Área/Proceso Implicada	Requisito que se incumple	Fecha

Fuente del Hallazgo			
Auditoría Interna		Auditoría Externa	
Revisión por la Dirección		Queja o Reclamo	
Operación		Otro, especifique	

Descripción			
Requiere Acciones Correctivas	Si	No	

Análisis de Extensión			
Se debe actualizar la matriz de riesgos	Si	No	

Análisis de determinación de la causa raíz

Acciones correctivas			
Plan de acción	Responsable	Fecha para su cumplimiento	Estatus

Método de verificación de eficacia	Frecuencia de medición	Fórmula	Revisión de la Eficacia
Se cumplió el indicador de eficacia		Si	No
Correlativo de nueva NC			


Miembros del grupo de trabajo para la investigación		
Nombres	Cargo	Área

Cierre de la No Conformidad		
Responsable de verificación	Proceso	Fecha


	<b>Procedimiento de Gestión de la Mejora</b>	Código: ES02-PRO-007
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 12 de 13

**Registro de No Conformidades y acciones correctivas**

		<b>Registro de No Conformidades y Acciones Correctivas</b>								Código	ES02-MTR-009
										Revisión	000
										Vigente a partir de	1/10/2024
#	Correlativo	Proceso	Líder de Proceso	Fuente	Hallazgo	Fecha para cierre de acciones	Fecha para verificación de eficacia	Estatus	Correlativo de nueva NC	Acciones correctivas	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

	<b>Procedimiento de Gestión de la Mejora</b>	Código: ES02-PRO-007
		Versión: 000
		Fecha de vigencia: 01/10/2024
		Página 13 de 13

**Formato de Plan de acción**

	<b>Formato de Plan de Acción</b>			Código	ES02-MTR-011
				Revisión	000
				Vigencia	1/10/2024
#	Descripción	Analisis de Causa	Acciones para el cierre de brechas	Responsable	Fecha de ejecución
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

**Apéndice 13: Modificaciones a los procedimientos del Manual de Proceso – Proporcionar Atenciones de Salud Integrales en Hospitalización**

**A. Caracterización del proceso**

A continuación, se caracteriza el proceso M03-03-Proporcionar atenciones de salud integrales en hospitalización, que contiene el subproceso M03-03-01-Egreso del paciente y los procedimientos directamente relacionados.

<b>Tipo de proceso: M03-03-Proporcionar atenciones de salud integrales en hospitalización</b>						
<b>Código y nombre del proceso:</b>	<b>M03-03-Proporcionar atenciones de salud integrales en hospitalización:</b>	<b>Propietario del proceso:</b>	Médico jefe especialista responsable del departamento o área de especialidad que genera egresos.			
<b>Objetivo:</b> Proporcionar atención médica integral e integrada al paciente durante su estancia hospitalaria con calidad técnica, eficacia eficiencia, efectividad, seguridad y trato humanizado.						
<b>Alcance:</b> Inicia desde que el paciente ingresa al servicio y finaliza con el egreso del paciente.						
<b>Recursos:</b>						
Infraestructura tecnológica (Redes y comunicaciones, sistema informático para expediente electrónico y computadora, periféricos y accesorios de cómputo).		Recurso humano en las diferentes áreas de atención (médico especialista y subespecialistas, enfermeras, paramédicos, servicios generales).				
Expediente clínico (físico solo si no se cuenta con electrónico).		Infraestructura con mobiliario para cuidados hospitalarios.				
Tecnología sanitaria (Medicamentos, insumos médicos, equipo médico) según categoría.		Servicios de apoyo.				
Papelería y útiles (Papel, bolígrafos, lápices)		Sala de exploraciones o de procedimientos técnicos.				
Mobiliario médico (DEA Desfibrilador Externo Automático, Carro de Atención de Paro entre otros según categoría).		Mobiliario no médico (escritorio, silla, archivos, impresora, fotocopidora, entre otros).				
<b>Indicadores del proceso</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Controles del proceso</b>	<b>Responsable de la medición</b>	<b>Fuente de datos</b>
Porcentaje del grado de satisfacción del usuario según la percepción a la atención recibida.	(Número de encuestas aplicadas y clasificadas según grado de satisfacción/total de encuestas aplicadas) x 100.	Mantener evaluación de la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios prestados con base a sus expectativas arriba del 80%.	Semestral.	<b>Meta</b> Grado de satisfacción: <b>Verde</b> -80 a más. <b>Amarillo</b> : 7960%. <b>Rojo</b> : menor de 59%.	ODS Y /Trabajo social.	Resultados de encuestas de satisfacción de usuario (Formato estandarizado).

Se documenta en el expediente clínico la evaluación por parte del médico tratante a través de nota evolución, firma y sello en indicaciones médicas, según condición del paciente.	(Número de expedientes clínicos en el cual se registra la evaluación por médico tratante, firma y sello de indicaciones médicas /Total de expedientes revisados según muestra en el periodo evaluado) x100.	Asegurar que el proceso de información verbal quede registrado en el expediente clínico.	Mensual.	<b>Meta:</b> 100%. <b>Alerta:</b> 8599%. <b>Critico:</b> <85 %.	Jefes de departamento médicos.	Expediente clínico y libro de egresos del servicio.  Firma y sello en los casos de expediente en físico.
Porcentaje de IAAS por servicio.	(Número de pacientes que presentan una IAAS/total de pacientes egresados por servicio) x 100.	Medir la seguridad del paciente durante su estancia hospitalaria.	Mensual.	<b>Meta:</b> <3%. <b>Alerta:</b> 3-5%.	Unidad de Epidemiología .	VIGEPES 07, libro de egresos y SIMMOW, Norma y Lineamientos de IAAS.
Porcentaje de reingresos en menos de 72 horas al servicio.	(Número de pacientes que reingresan en menos de 72 horas al servicio por la misma causa /Total de los egresos) x100.	Evaluar la calidad y efectividad del tratamiento durante su estancia hospitalaria.	Trimestral.	<b>Meta:</b> <1%.	Jefe de departamentos médicos	Libro de ingreso y egreso y expediente en físico / electrónico.
Porcentaje de pacientes con alta voluntaria. (cuando aplique)	(Número de pacientes con alta voluntaria /total de pacientes que egresaron del servicio) x100.	Analizar las causas que motivan el alta voluntaria e intervenir con planes de mejora.	Mensual.	<b>Meta:</b> <1%.	Jefe de departamento médico.	Formulario de ingreso y egreso hospitalario y SIMMOW.
Porcentaje de expedientes clínicos que cumplen con el correcto registro del consentimiento informado.	(Número de expedientes clínicos que cumplen con los requisitos establecidos del consentimiento informado / total de expedientes seleccionados según muestra) x 100.	Garantizar y asegurar que el proceso de información verbal quede registrado en el formulario normalizado donde la persona ha autorizado su consentimiento a los procedimientos necesarios.	Trimestral.	<b>Meta:</b> 100% de expedientes . <b>Alerta:</b> <100%.	Jefatura médica unidad de emergencia.	Expediente clínico y el registro del formulario del consentimiento informado.

Porcentaje de caídas de pacientes en los servicios de hospitalización.	(Número de caídas de pacientes en los servicios de hospitalización /total de pacientes egresados del servicio) x 100.	Gestionar la seguridad del paciente ante el riesgo de caídas.	Mensual.	<b>Meta:</b> <1%.	Jefes de los 4 servicios médicos y la jefatura de enfermería del servicio.	Informe de evento de caídas.
Porcentaje de pacientes con brazalete de identificación al ingreso.	(Número de pacientes identificados correctamente con pulsera/ total de pacientes ingresados en el periodo a evaluar) x 100.	Promover, establecer y mantener una cultura de seguridad hospitalaria. Leyenda: nombre completa y número de expediente.	Trimestral.	<b>Meta:</b> 100%. <b>Alerta:</b> 8599.9%. <b>Crítico:</b> menor de 85%.	Enfermera jefa del servicio.	Informe de resultados de la supervisión de enfermera supervisora del área.
Porcentaje de quejas de resueltas antes de 15 días por servicio	(Número de quejas resueltas antes de 15 días por servicio / Total de quejas recibidas por servicio) x 100.	Mejorar la satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención ofrecida de atención ofrecida	Mensual.	<b>Meta:</b> 100% <b>Alerta:</b> menor de 100%.	Jefatura medica de los servicios de hospitalización y ODS	Formulario de quejas por el ciudadano e informe de resolución
<b>Responsable del control:</b> Jefaturas de las 4 especialidades médicas y de enfermería.			<b>Responsable del análisis:</b> Jefe de división médica.			
<b>Registros requeridos:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de ingreso-egreso.</li> <li>2. Hoja de egreso hospitalario.</li> <li>3. VIGEPES 07.</li> <li>4. Formulario de notificación de reacciones adversas a medicamentos (RAM); Hoja-ESAVI.</li> <li>5. Formato único de consentimiento informado.</li> <li>6. Actas por alta voluntaria.</li> <li>7. Formularios técnicos normalizados de cada especialidad.</li> <li>8. Expediente clínico físico/ electrónico, incluyen las hojas necesarias que complementan la atención.</li> <li>9. Sistema de referencia retorno e interconsulta.</li> <li>10. Formularios de selección con evaluación rápida.</li> <li>11. Formulario de evaluación para pacientes pediátricos.</li> <li>12. Tabulador diario de triage y recepción de referido.</li> <li>13. Hoja de referencia retorno e interconsulta.</li> <li>14. Sistemas de información del MINSAL.</li> <li>15. Escalas de valoración de riesgo: nivel de conciencia, del dolor, úlceras por presión, caídas, mortalidad y otros.</li> <li>16. Sistema en línea o en su defecto libro de movimiento de pacientes hospitalizados.</li> <li>17. Registros y resultados en línea de laboratorio y gabinete.</li> <li>18. Formularios vigentes: consentimiento informado, certificado de defunción.</li> </ol>						

Fuente: adaptado de Ministerio de Salud de El Salvador. (2022). Manual de procesos y procedimientos de atención de salud integral en hospitalización. San Salvador, San Salvador, El Salvador, Pág. 9

## B. Inventario de los procedimientos

El presente manual se encuentra conformado por los siguientes procesos, subprocesos y procedimientos según los mapas de proceso definidos:

Macroproceso	Proceso	Procedimientos	
M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS.	M03-03 Proporcionar atenciones de salud integrales en hospitalización.	M03-03-P01-Ingreso del paciente en hospitalización. M03-03-P02-Visita médica diaria. M03-03-P03-Gestión de procedimientos médicos en internación. M03-03-P04-Entrega y recibo de turno. M03-03-P05-Traslados Intrahospitalarios. M03-03-P06-Control médico por especialista	
		Subprocesos	
		M03-03-01-Egreso de pacientes.	M03-03-01-P01-Referencia/retorno/ interconsulta hospitalaria. M03-03-01-P02-Alta médica. M03-03-01-P03-Alta voluntaria. M03-03-01-P04-Egreso del paciente en condición de fallecido. M03-03-01-P05-Egreso del paciente en condición de fallecido y sin familiar o persona responsable.
		M03-03-02-Gestión del cuidado de enfermería.	Ver en manual de procedimientos de cuidados de enfermería, en donde se incluye caracterización.

Para el ingreso de pacientes a los servicios de crónicos se utilizará el procedimiento M03-03-P05-Traslados Intrahospitalarios.

Procedimiento: M03-03-P06-Control médico por especialista (aplica para los servicios de agudos y crónicos en psiquiatría)				
N°	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro / normativa
1	Enfermera de servicio.	Prepara expediente clínico y equipo médico para el pase de visita.	Prepara expediente, equipo e insumos de exploración. Verifica el cumplimiento de indicaciones durante el turno. Corrobora e informa los resultados de exámenes de laboratorio y gabinete.	Expediente electrónico/físico.
2	Enfermera de servicio, psicóloga y trabajo social.	Se integra a pase de visita.	Participa e informa anomalías a médico tratante. Cumple, asigna actividades al personal y registra cumplimiento de indicaciones médicas en expediente clínico.	Expediente electrónico/físico. Reglamento general de hospitales. <a href="http://asp.salud.gov.sv/regulacion/reglamentos.asp">http://asp.salud.gov.sv/regulacion/reglamentos.asp</a>
3	Médico tratante de planta.	Ejecuta visita médica.	Prepara y ejecuta el pase de visita. Se presenta por su nombre y cargo con el paciente. Realiza nota de evolución basada en problemas. Realiza toma de signos vitales, examen físico, revisión de exámenes, revisa cumplimiento de indicaciones, interroga al paciente sobre su estado y realiza nota de evolución, basada en problemas. Analiza resultados de exámenes, estudios de gabinete y establece plan de manejo, según lineamientos y guías clínicas. Propone plan de manejo e indicaciones, si es necesario. Comunica a enfermería sobre cambios en indicaciones para actualización. Registra actividades cumplidas en expediente clínico.	Expediente electrónico/físico. Guías clínicas. Lineamientos vigentes. <a href="https://www.salud.gov.bv/servicios/centrovirtual-dedocumentacionregulatoria/">https://www.salud.gov.bv/servicios/centrovirtual-dedocumentacionregulatoria/</a>
4	Médico tratante, especialista o staff.	Reafirma, confirma diagnóstico y plan terapéutico.	Se presenta por su nombre y cargo con el paciente. Verifica hallazgos con el examen físico, historia clínica, exámenes de laboratorio y gabinete, verifica y confirma el diagnóstico y plan terapéutico. Analiza resultados de exámenes y establece plan de manejo, según lineamientos y guías clínicas, dejándolo establecido en nota de evolución. Realiza cambios en el plan de manejo e indicaciones, si es necesario. Informa a enfermería y psicóloga sobre cambios en indicaciones. Registra, firma y sella las indicaciones en el expediente.	Expediente electrónico/físico.
5	Médico tratante de planta.	Realiza seguimiento de plan médico.	Se presenta por su nombre y cargo con el paciente. Realiza historia clínica y examen físico. En caso de presentarse evento adverso, tales como: caídas, flebitis, reacciones farmacológicas, IAAS, entre otros, informa a profesionales encargados de la vigilancia del	Expediente electrónico/físico Formulario de notificaciones de eventos adversos. (Dirección notificación de RAM: <a href="https://notificacentoamerica.net">https://notificacentoamerica.net</a> )

Procedimiento: M03-03-P06-Control médico por especialista (aplica para los servicios de agudos y crónicos en psiquiatría)				
N°	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro / normativa
			<p>evento adverso específico, para que ejecuten las acciones correspondientes.</p> <p>Analiza y registra los resultados de exámenes y establece plan de manejo según los lineamientos y guías clínicas.</p> <p>Realiza cambios en plan de manejo e indicaciones si es necesario.</p> <p>Informa a enfermería sobre cambios en indicaciones. Registra, firma y sella en el expediente.</p> <p>Evalúa si el paciente requiere de interconsulta, al decidir qué SI; determina el tipo de interconsulta:</p> <p>-Si esta es interna: pasa a la actividad 7.</p> <p>-Si es externa: activa el procedimiento interconsulta y respuesta a la interconsulta.</p> <p>Si decide qué no: pasa a la actividad 11.</p>	<p>/n/Pages/notificacion PS.aspx#no-backbutton)</p> <p>Formulario de referencia e interconsulta</p> <p>Formulario de retorno y respuesta a la interconsulta</p>
6	Médico tratante de planta.	Realiza seguimiento de plan médico.	<p>Evalúa si paciente requiere procedimiento por médico tratante, al decidir qué sí: pasa a la actividad 8.</p> <p>Si decide qué no: pasa a la actividad 11</p> <p>Evalúa si requiere servicios de apoyo y tratamiento, al decidir qué sí: pasa a la actividad 10.</p> <p>Si decide qué no: pasa a la actividad 11.</p>	<p>Formulario de referencia e interconsulta</p> <p>Formulario de retorno y respuesta a la interconsulta</p>
7	Médico Inter consultante.	Realiza interconsulta y seguimiento oportuno.	<p>Se presenta por su nombre y cargo, con el paciente.</p> <p>Evalúa al paciente.</p> <p>Propone cambios en el plan de manejo o procedimientos de especialidad y comunica a médico tratante.</p> <p>Da seguimiento a plan de manejo las veces que sean necesarias.</p> <p>Informa a enfermería sobre cambios en indicaciones.</p> <p>Registra actividades cumplidas en expediente clínico.</p>	Expediente electrónico/físico.
8	Médico tratante de planta.	Coordina, ejecuta o asiste procedimiento indicado.	<p>Informa a familiar o persona responsable sobre riesgos y beneficios de procedimiento.</p> <p>Solicita y registra consentimiento informado.</p> <p>Realiza o asiste procedimiento de acuerdo a guías clínicas de atención, previa coordinación con equipo de profesionales del área.</p> <p>Comunica al familiar o persona responsable del procedimiento a realizar y aclara dudas.</p> <p>Registra procedimiento realizado, firma y sella en expediente.</p> <p>Actividad se realiza en paralelo con actividad 8.</p>	<p>Expediente electrónico/físico.</p> <p>Consentimiento informado.</p>

Procedimiento: M03-03-P06-Control médico por especialista (aplica para los servicios de agudos y crónicos en psiquiatría)				
N°	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro / normativa
9	Enfermera de servicio.	Asiste a médico y paciente en procedimiento y brinda cuidados de enfermería.	<p>Verifica nombre correcto en el brazalete de identificación.</p> <p>Verifica el formulario de consentimiento informado.</p> <p>Prepara equipo e insumos según tipo de procedimiento.</p> <p>Prepara a paciente y lo ubica en área de procedimiento cumpliendo bioseguridad, confort y privacidad.</p> <p>Comunica al paciente el procedimiento a realizar y aclara dudas.</p> <p>Aplica los 5 momentos de higiene de manos.</p> <p>Cumple medicamentos de acuerdo con la indicación médica.</p> <p>Proporciona vestimenta para realizar procedimiento.</p> <p>Proporciona equipo, material e insumos para realizar procedimiento, aplicando técnicas y principios básicos de asepsia, según manual de procedimientos de enfermería.</p> <p>Realiza cuidados de limpieza y desinfección de material.</p> <p>Proporciona apoyo psicológico, emocional y espiritual.</p> <p>Registra, firma y sella en expediente.</p>	<p>Expediente electrónico/físico.</p> <p>Manual de procedimientos de enfermería.</p> <p><a href="http://asp.salud.gob.sv/regulacion/manuales.asp">http://asp.salud.gob.sv/regulacion/manuales.asp</a></p>
10		Tramita servicios de apoyo diagnóstico y tratamientos.	Registra dato de solicitud según tipo de examen de laboratorio o gabinete, firma y sella, pasa al proceso M03-05.	<p>Expediente electrónico/físico.</p> <p>Manual de toma, manejo y envío de muestras de laboratorio.</p> <p><a href="http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_toma_manejo_y_envio_muestras_laboratorio.pdf">http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_toma_manejo_y_envio_muestras_laboratorio.pdf</a></p>
11	Médico tratante de planta.	Reevalúa condición clínica del paciente.	<p>Reevalúa a diario condición clínica del paciente, el cumplimiento de indicaciones médicas, plan de manejo o traslado de paciente a otro servicio de hospitalización con personal y equipo médico necesario.</p> <p>Evalúa si paciente requiere traslado: Al decidir qué sí: pasa al "procedimiento de traslado de paciente intrahospitalario".</p> <p>Decide que no: pasa a "procedimiento de referencia y retorno hospitalaria/Alta/ defunción.</p>	<p>Expediente electrónico/físico.</p> <p>Formulario de referencia e interconsulta (anverso). Formulario de retorno y respuesta a la interconsulta</p> <p>Certificado de defunción.</p>
12	Médico tratante y enfermera.	Prepara paciente para el procedimiento de referencia y retorno hospitalaria/ Alta/ defunción.	<p>Finaliza plan terapéutico.</p> <p>Evalúa condición del paciente que cumple criterios y pasa a subproceso de egreso de pacientes.</p>	<p>Expediente electrónico/físico.</p> <p>Formato de resumen de alta.</p>
Fin del procedimiento				

Fuente: adaptado de Ministerio de Salud de El Salvador. (2022). Manual de procesos y procedimientos de atención de salud integral en hospitalización. San Salvador, San Salvador, El Salvador, Pág. 19

Procedimiento: M03-03-01-P05-Egreso del paciente en condición de fallecido				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Médico tratante.	Comprueba el fallecimiento del paciente.	Médico verifica la ausencia de signos vitales por medio del examen físico o apoyándose de monitor, electrocardiógrafo; confirma la condición de fallecido. Procede a la identificación de paciente revisando la pulsera u/otro sistema como códigos de barras. Se comunica con trabajo social para iniciar los tramites	Expediente electrónico/físico. Libro de movimiento de pacientes.
2	Médico tratante.	Registra hecho vital de defunción.	Elabora nota del fallecimiento en expediente clínico tales como, la fecha y hora del deceso. Llena formulario de defunción (2 originales) según datos de identificación consignados en hoja de ingreso. Debe llenar la causa de muerte, no olvidando la cadena de causalidad y teniendo el cuidado de dejar clara la causa básica y la causa final del fallecimiento. Llena el formulario de ingreso egreso, se debe marcar la casilla de fallecido. En el caso de un fallecimiento de una enfermedad infectocontagiosa que necesita la aplicación para el manejo de cadáver de manera especial aplicar protocolo específico. En caso de ser patología de interés epidemiológico de vigilancia sanitaria o de causa de muerte que amerite investigación, procederá a realizar consentimiento para autopsia explicando la importancia de la misma. En caso de muerte violenta, súbita o sospechosa, que se presume la relación con una actividad criminal, debe informar a la Fiscalía General de la República (FGR). Registra, firma y sello en expediente.	Expediente electrónico/físico. Norma para registro de hechos vitales/2012. <a href="http://asp.salud.gob.sv/regulacion/normas.asp">http://asp.salud.gob.sv/regulacion/normas.asp</a>  Formulario de ingreso egreso,  Consentimiento informado.
3	Enfermera de servicio.	Realiza procedimiento pos-mortem.	Procede a identificar adecuadamente al fallecido. Aplica procedimiento de preparación del cadáver según caso guardando en todo momento las medidas de bioseguridad. Aplica protocolo específico en caso de enfermedades infectocontagiosas. Elabora nota de su proceder en expediente electrónico/físico, estampando la firma y el sello. Se comunica con personal de morgue. Coordina el traslado hacia la morgue	Expediente electrónico/físico.
4	Enfermera de servicio.	Ordena entrega expediente clínico.	Y Anexa certificado de defunción, ordena el expediente clínico verificando que no queden hojas en el servicio u otra parte del expediente en aquellos casos crónicos. Envía expediente a ESDOMED.	Expediente electrónico/físico.

5	ESDOMED.	Archiva expediente clínico.	Almacenamiento de certificado de defunción. Entrega certificado de defunción a trabajo social para que realicen los trámites legales correspondientes. Resguardar según la normativa el expediente electrónico/físico.	Certificado de defunción.
6		Recibe cadáver a trasladar.	Recibe en el servicio el cadáver, cuidando que se encuentre identificado correctamente.	
7	Delegado de traslado de cadáver.	Traslada y entrega cadáver a la morgue.	Traslada el cadáver siguiendo todas las normas de protección personal guardando las medidas de bioseguridad y el trato humanizado durante el transporte. Entrega cadáver al responsable de la morgue para que este lo entregue a la familia.	
9	Trabajo social	Realiza trámites para el traslado de cadáver al cementerio	Llenar el Acta de Traslado de Cadáver hacia el cementerio general, dejando constancia en expediente de fallecido y en oficina de Trabajo Social, Con el acta de traslado al cementerio elaborada tramitará en el área de transporte el traslado del cadáver.	
10	Encargado de la morgue.	Recibe cadáver y entrega a responsable.	Realizar trámite de resolución firmada por el director del hospital, para transportar el cadáver al cementerio, previa coordinación.	Certificado de defunción.
Fin del procedimiento.				

Fuente: adaptado de Ministerio de Salud de El Salvador. (2022). Manual de procesos y procedimientos de atención de salud integral en hospitalización. San Salvador, San Salvador, El Salvador, Pág. 43

**Apéndice 14: Acta de Autorización de Investigación por parte del Comité de Ética de Investigación del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”**



MINISTERIO  
DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO  
“DR. JOSE MOLINA MARTINEZ”  
COMITÉ LOCAL DE ETICA EN INVESTIACION



**Comité Local de Ética de investigación en Salud No15  
Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”  
ACTA No 05-2024  
ACTA DE SEGUNDA EVALUACIÓN**

**PROTOCOLO DE ESTUDIO EN SALUD No: CEIS15/2024/02**


Reunidos en el salón de usos múltiples del área de Docencia del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”, a los 29 días del mes de mayo del año 2024, el Comité local de Ética en Investigación, con asistencia de los siguientes miembros: Dra. Carlota Eugenia Meléndez, coordinadora; Dra. Tania Abrego, subdirectora psiquiatría; Dra. Isabel Cristina Duran Sánchez, subdirectora área general, Licda. Ana Verónica Cruz de Rosales, jefe de Fisioterapia; Licda. María Luisa Ventura Rivas, jefe de enfermería; y Licda. María Ana Ardón de López, jefe de trabajo social; quienes hemos revisado los documentos presentados por el Ingeniero Oscar Antonio Gómez Lozano e Ingeniero Marvin Alexander Clímaco Elías, egresado de la Maestría en Sistemas Integrados de la Gestión de Calidad, de la Universidad de El Salvador (UES), como requisito para la elaboración del trabajo de graduación (TG-MASIG) y optar al grado de maestros, a saber:

**ESTUDIO: “Diseño de un sistema integrado de gestión de la calidad ISO 9001:2005 y seguridad y salud en el trabajo ISO 45001:2018; aplicable a los servicios de psiquiatría del hospital nacional psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”**

Manifestamos:

- 1) Los miembros del comité declararon: no tener conflicto de interés.
- 2) Los antecedentes curriculares del investigador principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticamente aceptables
- 3) En primera evaluación el día 27 de mayo del año en curso, se hacen 2 observaciones y este día recibimos copia con correcciones, la cual se evalúa.

En consecuencia, el comité local de ética en investigación en salud del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” (CEIS15), **APRUEBA** por unanimidad el estudio, tras haber superado las observaciones realizadas.

  
Dra. Carlota E. Meléndez  
Coordinadora

Sello:

