



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL  
ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS  
MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE:**

**MAGISTER EN GERENCIA HOSPITALARIA**

**TEMA:**

**PROPUESTA DE MEJORA DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE CENTRO  
QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL GENERAL QUEVEDO**

**AUTORES:**

María Camacho Espinoza

Néstor González Maigua

**DIRECTOR:**

**Dra. Ruth Valencia Peso.**

**Guayaquil-Ecuador**

**Mes y año:**

**Septiembre de 2021**

**CERTIFICO.**

Que el presente proyecto de titulación denominado “**PROPUESTA DE MEJORA DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL GENERAL QUEVEDO**” ha sido realizado por los estudiantes María Camacho Espinoza y Néstor González Maigua

---

**Dra. Ruth Valencia Peso.**

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA.**

Los conceptos, análisis, conclusiones y demás datos desarrollados en el presente trabajo titulado **“PROPUESTA DE MEJORA DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL GENERAL QUEVEDO”** son de exclusiva responsabilidad de sus autores María Camacho Espinoza y Néstor González Maigua; autorizamos a la ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL el uso de la misma para fines académicos.

## **AGRADECIMIENTO**

Mi eterno agradecimiento a Nuestro Padre Celestial por haberme permitido cumplir esta meta, a mi madre Adalberto Espinoza, mi hermana Jeoconda Camacho y mi esposo Ángel Ponce por su apoyo incondicional que me han llenado de muchas fortalezas para luchar y llegar a cumplir esta meta.

Lic. María Camacho Espinoza

Quiero agradecer a Dios por darme el don de la vida y la sabiduría, que me han permitido seguir adelante en esta maestría. De manera especial a mi familia, a mi esposa y a mis hijos quienes han sido un pilar fundamental para conseguir mi objetivo.

Dr. Néstor González Maigua

## DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a mi Padre José Camacho Santamaria, que desde el Cielo ha sido mi guía y mi fortaleza para seguir adelante.

Lic. María Camacho Espinoza

Esta Tesis quiero dedicársela de manera especial a mi madre y a mi Padre Néstor que está en el cielo y a mi familia; mi esposa Leonor y mis hijos Joan Miguel y María Leonor quienes han sido mi guía y soporte para poder continuar en este camino.

Dr. Néstor González Maigua

## RESUMEN.

Los sistemas de calidad se basan en garantizar que los productos o servicios ofertados por una institución, empresa u organización cumplan con los requerimientos y necesidades del cliente/usuario, es lógico pensar que por esta razón se crearon sistemas de gestión de la calidad que incorporen la prevención como cultura y con la capacidad de anticiparse a la ocurrencia o recurrencia de errores.

El presente proyecto tiene por objetivo diseñar una Propuesta de mejora de Calidad bajo la norma ISO 9000 – 2015 en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital General Quevedo, esta metodología permitió la recolección de datos para establecer un diagnóstico de la situación actual del centro quirúrgico e identificar nudos críticos en torno a los requisitos de la norma.

La evaluación permitió poner en evidencia la necesidad del centro quirúrgico de mejorar su gestión, se planteó una propuesta de plan de acción de mejora continua de la calidad en base a un formato de la dirección nacional de garantía de la calidad del IESS que está inspirado en el modelo 5W1h, esto permitió identificar cada una de las actividades a desarrollarse junto con las acciones de mejora, los responsables de la ejecución, el tiempo de cumplimiento, indicadores para la medición y meta para de esta manera cumplir con los requisitos de la norma, realizar el seguimiento periódico y garantizar la satisfacción de los usuarios.

**Palabras clave:** Calidad, sistema de gestión de la calidad, nudo crítico, plan de mejora continua.

**CONTENIDO**

|  |     |
|--|-----|
| CERTIFICO.....   | III |
| DECLARACIÓN DE AUTORÍA. ....                                   | IV  |
| AGRADECIMIENTO .....   | V   |
| DEDICATORIA .....  | VI  |
| RESUMEN. ....  | VII |
| CAPÍTULO I .....   | 13  |
| 1.1.    Introducción.....                                      | 13  |
| 1.2.    Planteamiento del problema. ....                       | 14  |
| 1.3.    Justificación .....                                    | 16  |
| 1.4.1.  Objetivo General.....                                  | 18  |
| 1.4.2.  Objetivos Específicos .....                            | 18  |
| CAPITULO II.....   | 19  |
| Marco Teórico.....   | 19  |
| 2.1. Gestión de la calidad del servicio .....                  | 19  |
| 2.1.2. Pilares fundamentales de la calidad de un servicio..... | 20  |
| 2.1.3. Beneficios de un sistema de gestión de la calidad ..... | 22  |
| 2.2. Aseguramiento de la calidad.....                          | 22  |
| 2.3. Documentación del sistema de gestión de la calidad.....   | 23  |

|   |    |
|---|----|
| 2.4. Administración de la productividad de los servicios..... | 23 |
| 2.5. Procesos .....   | 24 |
| 2.6. El cliente y el servicio.....                            | 25 |
| 2.7. Gestión de la diferenciación del servicio .....          | 26 |
| 2.10. Centro quirúrgico.....                                  | 28 |
| 2.11. Mejora continua .....                                   | 29 |
| 2.11.1. Herramientas de mejora de calidad.....                | 30 |
| 2.11.1.1. Matriz de priorización.....                         | 30 |
| 2.11.1.2. Hoja de registro de datos .....                     | 30 |
| 2.11.1.3. Diagrama de flujo .....                             | 30 |
| 2.11.1.4. Diagrama de procesos.....                           | 31 |
| 2.11.1.5. Diagrama de causa efecto .....                      | 31 |
| 2.11.1.6. Diagrama de Gantt .....                             | 32 |
| CAPITULO III.....   | 34 |
| Metodología.....  | 34 |
| 3.1. Enfoque.....   | 34 |
| 3.2. Planeación estratégica de la calidad. ....               | 34 |
| 3.2.1. Etapa de diagnóstico .....                             | 34 |
| 3.2.3. Fase de diseño de plan de mejoramiento continuo. ....  | 36 |

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| CAPITULO IV .....   | 37                                   |
| Desarrollo por fases de la norma metodológica ISO 9001 2015. ....               | 37                                   |
| 4.1.    Etapa I Diagnostico. ....   | 37                                   |
| 4.1.1.    Resumen de los resultados. ....                                       | 38                                   |
| 4.2.    Etapa II priorización de los requisitos. ....                           | 40                                   |
| 4.2.1.    Resultados. ....  | 45                                   |
| Análisis general.....   | 51                                   |
| 4.3. Etapa III .....  | 56                                   |
| Plan de mejora continua.....  | 56                                   |
| Directrices para desarrollo del plan de mejora. ....                            | 60                                   |
| Estructura sugerida para el Plan Operativo Estándar,.....                       | 61                                   |
| CAPÍTULO V .....  | 62                                   |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....  | 62                                   |
| 5.1. Conclusiones. ....   | 62                                   |
| 5.2. Recomendaciones, .....   | 63                                   |
| Bibliografía .....  | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| ANEXOS .....  | 68                                   |
| Matriz FODA.....  | 68                                   |
| Matriz de plan de acción dirección nacional de calidad de calidad del IESS..... | 69                                   |

**ÍNDICE DE GRÁFICOS.**

Grafico N°1 ..... 38

Gestión de la calidad en centro quirúrgico. .... 38

GRÁFICO N° II..... 45

Contexto de la organización: ..... 45

GRÁFICO N° 3 ..... 46

Liderazgo ..... 46

GRÁFICO N° 4 ..... 47

Planificación ..... 47

FIGURA N°5 ..... 48

Apoyo..... 48

Grafico N°6..... 49

Operación..... 49

Grafico N° 8..... 51

Mejora..... 51

Graficu N°9..... 52

Priorización. histograma de frecuencias. .... 52

**INDICE DE TABLAS**

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1 .....   | 35 |
| Criterios de evaluación diagnóstica para la priorización de requisitos de la NTC ISO 9001<br>2015. .... | 35 |
| Tabla 2 .....   | 38 |
| RESUMEN DE REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001 2015 .....   | 38 |
| TABLA 3 .....   | 40 |
| MATRIZ DE PRIORIZACION DE REQUISITOS DE LA NORMA TECNICA DE CALIDAD ISO 9001<br>– 2015 .....            | 40 |

## CAPÍTULO I

### 1.1. Introducción

El área quirúrgica de una unidad hospitalaria constituye un elemento primordial, la razón de ello se debe a la complejidad, cantidad y calidad de las intervenciones, al talento humano que se requiere y a la ponderación de costos de producción, requiere además una interacción logística amplia para ejecutar cada proceso.

La base de los sistemas de calidad se centra en garantizar que los productos o servicios ofertados por una institución, empresa u organización cumplan con los requerimientos y necesidades del cliente/usuario, Esto, según explica (Colin Orozco, 2002) que el aseguramiento de la calidad surge naturalmente de las limitaciones e ineficiencia del control de la calidad para prevenir o anticiparse a la aparición de defectos o fallas, es lógico pensar que por esta razón se crearon sistemas de gestión de la calidad que en su estructura incorporen la prevención como cultura y con la capacidad de anticiparse a la ocurrencia o recurrencia de errores.

Las normas ISO 9000 comprenden un conjunto de normas publicadas por primera vez en 1987 y trata sobre el aseguramiento de la calidad de los procesos (ISO O. , 2000, pág. v), describe los fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad y su terminología, los principios que enmarca la gestión de calidad procuran lograr el éxito si se implementa y mantiene un sistema de gestión enfocado en la mejora continua para el óptimo desempeño de la organización, estos principios son (ISO O. I., 2015, pág. 9. 14):

- Enfoque al cliente/usuario.
- Liderazgo
- Compromiso de las personas.
- Enfoque basado en el proceso.
- Mejora.
- Toma de decisiones basadas en evidencias,
- Gestión de las relaciones.

El presente proyecto trata la propuesta de mejora de la Calidad bajo la norma ISO 9000 - 2015, del área de Centro Quirúrgico del Hospital General Quevedo, una Unidad de segundo nivel de atención que se encuentra ubicado en el cantón Quevedo provincia de Los Ríos. Mediante este proyecto se pretende diseñar una propuesta que beneficie al servicio en lo referente a Liderazgo, compromiso de las personas o miembros del equipo, la gestión de proceso ejecutados en Centro Quirúrgico a través de cirugías electivas y de emergencia con el fin de disminuir la estancia hospitalaria, heridas infectadas, reingresos hospitalarios y evitar pérdidas humanas, acciones de mejora continua, directrices para la toma de decisiones basadas en evidencias y que permita orientar la gestión de las relaciones entre las demás instituciones prestadoras de servicios de salud.

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

Nuestro país ha experimentado cambios significativos en el sector salud, mismos que involucran a la calidad asistencial, elemento fundamental de la seguridad del paciente/usuario. El centro quirúrgico por su parte comprende múltiples actividades desarrolladas por los profesionales de la salud que allí laboran brindando las contingencias respectivas a cada caso tanto en cirugías programadas como emergentes. La norma ISO 9000

– 2015 fomenta una estructura enfocada en siete principios considerados de gran importancia para el servicio, estos son:

1. Enfoque al cliente.
2. El liderazgo,
3. Compromiso de las personas o miembros del equipo,
4. La gestión de proceso,
5. Acciones de mejora continua,
6. Directrices para la toma de decisiones basadas en evidencias y
7. Orientar la gestión de las relaciones.

El Centro quirúrgico del hospital General Quevedo está conformado por tres quirófanos, sala de recuperación post anestésica con cinco camas y área de pre anestesia, cuenta con un equipo multidisciplinar conformado por un enfermero líder del servicio, un cirujano general en calidad de jefe, coordinando las actividades con los profesionales de anestesiología, traumatología, cirugía vascular, nefrología, urología, otorrinolaringología, cirugía pediátrica y oftalmología, seis enfermeras de cuidados directo, cinco auxiliares de enfermería, un personal de limpieza, quienes trabajan rotativamente cubriendo el servicio veinticuatro horas al día los siete días de la semana, participando en la realización de cirugías de emergencias y programadas de pacientes que acuden a esta casa de salud, afiliados al IESS o derivan de la red complementaria de salud ISPOL, ISFA, MSP, cuenta con una infraestructura nueva y tecnología moderna.

Este hospital es una unidad relativamente joven, inaugurada en el año 2017, el problema radica en que durante estos años en el centro quirúrgico no se han consolidado procesos

estandarizados que le permitan a la unidad ser un referente competitivo dentro de la oferta de sus servicios, no posee indicadores de calidad cualitativos o cuantitativos (aunque el hospital en general cuenta con una satisfacción a usuarios del 95% según encuesta 2019), datos proporcionados por el área de gestión de la calidad ubicó al centro quirúrgico con uno de los valores bajos respecto al cumplimiento o ejecución de las 17 prácticas seguras del manual de seguridad del paciente entre los que se encuentran las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (IAAS) que en el 2019 se ubicó en el 0,43% del total de egresos hospitalarios y el 2,8% del total de cirugías realizadas, la medición resulta complicada ya que no existe un equipo de mejoramiento continuo de la calidad en centro quirúrgico y no se dispone de guías o instructivos que garanticen un correcto seguimiento de los procesos tanto administrativos como operativos, esto impide la medición de cambios a la vez que genera incremento de reprocesos y gastos innecesarios que afectan económicamente a la institución como unidad de negocio siendo que centro quirúrgico es un área que representa ingresos altos en relación a otros servicios hospitalarios.

Para mejorar la calidad total en el centro quirúrgico es necesario incorporar un sistema que aporte flexibilidad dentro de la estructura organizativa, un estilo participativo de dirección, perfeccionar la motivación y un sistema de planificación, control y comunicación efectivos para el cumplimiento de los principios de la calidad total.

### **1.3. Justificación**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003, pág. 36) indica que la asistencia sanitaria de calidad garantiza y asegura que cada paciente obtenga todos los servicios terapéuticos y de diagnósticos oportunos para tener una asistencia sanitaria excelente,

teniendo presente todos los motivos y causas del enfermo y de la prestación médica, para tener mejores resultados con el menor peligro de tener consecuencias iatrogénicas y la mejor satisfacción del usuario con el procedimiento.

El área de Centro Quirúrgico es de gran importancia para la población de Quevedo y sus alrededores por ser un hospital de referencia y poseer una alta demanda en la realización de cirugías, con una producción promedio durante los años 2018 y 2019 de 3 procedimientos por quirófano/día solo para cirugías programadas, mientras que las cirugías de emergencia se realizan 24/7 poseen un promedio similar e incluso mayor considerando que las cirugías programadas se realizan durante la jornada ordinal de ocho horas.

Mediante el desarrollo de la norma ISO 9000 2015 se identificarán las condiciones actuales relacionadas al desempeño idóneo, satisfactorio, eficiente y adecuado del centro quirúrgico para determinar los nudos críticos dependientes de cada proceso y conceder una visión objetivamente clara de su gestión administrativa.

El plan de mejora continua de la calidad favorece lo establecido en la constitución en su artículo 32 (Asamblea, 2011), el mismo indica que la salud es un derecho y el estado debe garantizarlo a la población, este derecho debe encaminarse a la mejora mediante los principios de calidad, eficiencia, eficacia y prevención para proteger la vida de los pacientes.

El proyecto es de gran importancia porque permite la estandarización de los procesos, generación de documentación eficiente que permita medir indicadores y optimización de la calidad asistencial para los servicios que brinda el área de centro quirúrgico. Es factible ya que la institución brinda el apoyo para el acceso a la información requerida y los principales beneficiarios serán los pacientes que reciben los servicios del centro quirúrgico.

## **1.4.Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

Diseñar una Propuesta de mejora de Calidad bajo la norma ISO 9000 – 2015 en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital General Quevedo.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Realizar diagnóstico de la situación actual del centro quirúrgico del hospital general Quevedo según los requisitos de la norma ISO 9001 2015
- Fomentar la mejora continua de la calidad en el centro quirúrgico del Hospital General Quevedo.
- Identificar nudos críticos en torno al principio de liderazgo en la gestión de calidad.
- Fortalecer el trabajo en equipo de los funcionarios de centro quirúrgico.
- Estandarizar los procesos dentro del servicio.

## CAPITULO II

### Marco Teórico

#### 2.1. Gestión de la calidad del servicio

Es un conjunto de características que posee un producto o servicio con la capacidad de satisfacer las necesidades o requerimientos de un cliente o usuario manteniendo una estrategia que implica cambios y beneficios orientados a la mejora continua de la empresa tomando en cuentas las necesidades de todos.

El sistema de calidad de un servicio según la Norma ISO 9000-2000 es un conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan para establecer políticas y los objetivos para lograr los Objetivos propuestos es: a través de un sistema de gestión para dirigir y controlar una organización. Con respecto a la calidad, hay varios principios sobre los cuales se fundamenta la gestión de calidad.

- Enfoque sobre los clientes
- Participación y trabajo en equipo
- Estrategia general de los servicios

Para desarrollar un modelo de gestión se necesita de varios procesos o indicadores para la mejora de la calidad de servicios hay 5 elementos:

**Liderazgo.** - Es un proceso de dirigir, organizar, diseñar, optimizar y evaluar las actividades de los miembros de un grupo o empresa. Es importante saber la claridad del camino que emprendemos y donde queremos llegar a la excelencia.

**Planificación.** Es el proceso que asegura que los bienes servicios y procesos internos cumplan con las expectativas de los clientes o usuarios.

**Apoyo y operación.** - Es el mecanismo por el cual nuestros clientes necesitan soporte y bases para su entendimiento en los procesos que van a dar cumplimiento a su valor de los servicios que requieren, porque se define el servicio o producto dado por la empresa organizando así el proceso productivo de la empresa.

**Evaluación del desempeño.** - Se procede mediante la Observación y evaluación de las actividades realizadas por el personal que le sirve al cliente como una evaluación organizacional sabiendo que hay indicadores que nos sirven para medir la gestión que tiene un valor agregado sobre los procesos realizados.

**Mejora continua.** - Diseñar el mecanismo adecuados para atender las necesidades y dar un tratamiento adecuado.

Por ende, el sistema de gestión de calidad está dado por todos los elementos indicados que nos ayuda a dar un entendimiento y organización para mejorar los componentes indicados.

### **2.1.2. Pilares fundamentales de la calidad de un servicio**

Son áreas importantes que necesitan desarrollarse para obtener un objetivo e incrementar la calidad del servicio y por ende la satisfacción del cliente que conducirá a la mejora de los procesos sin desperdiciar los recursos de nuestra organización para lograr nuestras metas.

Los pilares fundamentales de la calidad están dados por tres pilares importantes como es Efectividad, Eficacia y Eficiencia.

**La Efectividad.** - Se manifiesta por producción de la formación de los profesionales altamente capacitado que determina un servicio adecuado con un sistema e infraestructura de alto nivel.

**La Eficacia.** - Nos Refiere el propósito que se aspira para lograr una meta con los recursos dados logrando una satisfacción del cliente.

**La Eficiencia.** -Se determina cuando es capaz de brindar un producto sanitario adecuado para la sociedad con un mínimo de recurso para obtener los mejores resultados con los recursos disponibles. Obteniendo una satisfacción del servicio ofrecido.

La calidad debe enfocarse en la prestación de servicios de salud bajo el control de clientes como el usuario de los bienes y productos, como el resultado de un proceso o actividad capaz de satisfacer las necesidades de los consumidores, utilizando el mismo indicador de calidad medido por la satisfacción del cliente, puesto que todo servicio de salud se encuentra en el espíritu profesional y a nivel hospitalario el espíritu institucional dentro de un marco doctrinario coherente y adecuado (Haro Alvarado, Haro Alvarado, Macías Intriago , & Lopez Calcerón, 2018).

El control e inspección de calidad asegura la garantía de la calidad de servicios y eso hace que mejore la calidad, que permite una gestión total de la calidad que conduce a una organización excelente. La Trilogía de Juran. - Planificación-control y mejora. La calidad debe tener en cuenta al cliente, al profesional y a los administradores (Portal Calidad Total, 2015).

### **2.1.3. Beneficios de un sistema de gestión de la calidad**

Un sistema o gestión de calidad permite analizar las necesidades del cliente y definir los procesos para una eficiente producción y prestaciones de servicios. Para conseguir los objetivos deseados hay que añadir valor a sus productos y servicios viéndose repercutido en la satisfacción de sus clientes.

El sistema de gestión debe incluir políticas de calidad, planificación y control y una mejora continua de la calidad. Por lo cual acarrea beneficios que se destacan.

- Mejoras en la Organización.
- Control del desempeño de los Procesos y de la organización-
- Fomento del aprendizaje organizacional y capacitación de los trabajadores
- Potenciar la Innovación, las nuevas ideas y nuevos métodos, la imagen del producto y servicios de la organización
- Incrementar la posición competitiva de la organización.

## **2.2. Aseguramiento de la calidad**

Hace referencia al conjunto de acciones que proporcionará un producto o servicio que satisfaga un alto desempeño de control de calidad. Juran (1993) indica que la calidad consiste en adecuar las características de un producto al uso que le va a dar el consumidor.

**Las Características.** - Las características del aseguramiento de la calidad son las siguientes:

- Control de calidad
- Prevención de errores

- Énfasis en diseño del producto o servicio
- Uniformidad y conformidad de productos y procesos
- Compromisos de los trabajadores y mejoramiento.

### **2.3. Documentación del sistema de gestión de la calidad**

La documentación de un sistema de gestión de calidad ISO 9001/2015 es el soporte de todas las actividades y procesos que se componen. El propósito y los beneficios proporcionan un marco de trabajo de las operaciones de la organización, permiten una consistencia de los procesos y una mejor comprensión del sistema de gestión de calidad y proporciona evidencia para el logro de los objetivos y metas a través de:

1. La documentación
2. Manuel de calidad
3. Política de calidad
4. Procedimientos
5. Instrucciones técnicas
6. Planes de calidad y registros.

### **2.4. Administración de la productividad de los servicios.**

La relación entre la cantidad de servicios realizados y la cantidad de recursos utilizados, sirve para evaluar el rendimiento de los equipos de trabajos y los empleados y obtener un mejor resultado. Sus características son las siguientes:

- Diseñar estrategias que permitan un trabajo de producción eficiente
- Planificar métodos con tecnología nuevos que mejoren áreas de trabajo

- Incremento de nuevas herramientas, equipos y áreas apropiadas con el fin de facilitar la producción.
  - Tomar decisiones en bien de los trabajadores
  - Capacitar al personal para que utilice eficientemente los equipos y herramientas
  - Corregir los errores causados por accidentes y por falta de personal
  - Ejecutar control por medio del cual se mida y corrija el desempeño individual y organizacional para garantizar que los hechos se apeguen a los planes.
- (Koontz, Weihrich, & Cannice, 2019)

## **2.5. Procesos**

La palabra proceso conduce a la orientación del trabajo de todo el personal hacia el cliente en el seguimiento de los objetivos de mejora. La mejora modifica los procesos que genera un valor a corto y largo plazo. (Fernández., 2012).

Los procesos desde la percepción tienen una visibilidad integral al cambio de la organización, obteniendo una perspectiva clara de los conceptos de: gestión de procesos, procesos, mejoras y de sistema.

Gestión proviene de la palabra gestar o dar a luz, y se encuentra por encima de administrar u efectuar, es un trabajo sistémico y prudente. Mira los procesos como una vía para ejecutar el objetivo de la organización y los ordena de acuerdo a ese fin. Procesos es la manera de realizar las cosas. Desde descubrir una escasez hasta realizar y vender un artículo.

La gestión de procesos mira a los procesos como una obra humana, con las probabilidades de operación encima de ellos: proyectar, registrar, relacionar, descartar, cambiar, ordenar, o rediseñar. Examina que los procesos no deben estar descuidados y establece un formato de intervenciones que tiene por meta ejecutar la estrategia de la empresa y renovar su apariencia deseada: eficacia, educación al usuario, calidad, rendimiento entre otros. Reconoce que no tiene motivo por sí sola, sino una vía para conseguir enormes metas organizacionales (Carrasco., 2009, págs. 24- 26).

La mejora, transforma los procesos, tiende a llevar impredecibilidad a pequeño tiempo y crear interés a un tiempo más extenso. (Fernández., 2012)

Según Bravo (2011), de manera especial, los procesos son un grupo de pasos, tarea o labores que autoriza la procedencia de un artículo a través del cual establece precio consumidor o beneficiario, en el la cual es el objetivo principal de cada procedimiento.

## **2.6. El cliente y el servicio**

El cliente necesita del crecimiento de las tareas que necesita un proceso y del incremento de las actividades que forman el negocio trabajando en conjunto trabajadores, personal departamental y directivo.

Describir los servicios ofertados tanto internamente como externamente, mediante la necesidad de realizar los procesos y trabajo de los servicios, la evolución que se empieza a retratar. En la dirección estratégica el cliente se basa en un proceso que encamina a todos en el trabajo, interpretando dirección en cuatro etapas: proyectar, hacer, inspeccionar y replicar.

Proyectar es elaborar un plan estratégico, es decir se orienta al estudio de las necesidades de los clientes en la que incluye misión, visión, valores y directrices funcionales. Hacer es realizar un plan estratégico, conduce a la realidad del plan el mismo que observa, ordena, conduce, otorga bienes y viabiliza la realización.

Inspeccionar es contar y confirmar que se realice el objetivo propuesto de acuerdo con la precisión actual. Replicar es aprisionar el estudio para implicar una nueva etapa del proceso de dirección estratégica, en el trazo de la dirección de la cognición. (Carrasco., 2009, pág. 56). En conclusión: la atención al usuario debe estar encaminada a tareas y responsabilidades del equipo de trabajo con el único objetivo de dar satisfacción al usuario.

### **2.7. Gestión de la diferenciación del servicio**

Gestión de procesos está encaminada a la percepción global de la transformación de la empresa, conquistando cooperación de las concepciones de gestión y procesos. La gestión de procesos nos indica a pensar sobre lo que realizamos a través de varias preguntas: ¿Cómo?, ¿por qué?, ¿para qué?, Se puede definir como gestión de procesos tres inmensas maneras de movimientos por encima de los procesos: enseñar, perfeccionar, y rediseñar. El enfoque de procesos nos permite visualizar un total.

### **2.8. Satisfacción de las necesidades de la salud**

El análisis de percepción de las necesidades de salud desde las perspectivas del usuario es una dimensión no siempre considerada. La satisfacción de las necesidades de la salud no siempre es incorporada en el proceso de elaboración de políticas en salud, lo que implica buscar estrategias adecuadas para conocerla y estudiar su impacto en los costos en atención de salud y en la reducción de las desigualdades en salud entre las comunidades.

Bradshaw (1972) propone para el estudio de necesidades sociales distinguir aquellas que no son sentidas, pero se encuentran latentes, las percibidas por el individuo, las normativas (aquellas percibidas por el profesional de la salud) y las relativas (distancia entre las necesidades individuales y la de la población).

La Satisfacción puede referirse a tres aspectos diferentes organizativos (tiempo de espera, ambiente y otros), atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado. (PérezI, ReyesII, AbreuIII, FortesIV, & OchoaV, 2008)

La complejidad de la satisfacción del proceso implica el conocimiento de al menos cuatro parámetros.

1. La variable intrasubjetiva del usuario.
2. La Variable intrasubjetiva del proveedor
3. El proceso de interrelación que se propone entre ambos
4. Las condiciones institucionales

La satisfacción de las necesidades de salud no es solo un indicador por excelencia es un instrumento de la excelencia. Su implementación como un indicador por excelencia de la calidad solo es posible. Las complejidades del proceso de satisfacción y las practicas institucionales de ellas derivadas, la orientación del compartimiento institucional (el Hospital), grupal (Los servicios) e individual (el trabajador, el especialista, el técnico y otros) en la consideración de la satisfacción.

La Aplicación de una correcta metodología que permite evaluar los diferentes indicadores de satisfacción de una manera científica, profesional y útil.

### **2.10. Centro quirúrgico**

De acuerdo a las Directrices de Organización y Funciones del Centro Quirúrgico (2020), el Centro quirúrgico es el conjunto de ambientes o unidades operativas complejas donde convergen las acciones quirúrgica programadas o emergentes de varios servicios del Hospital, trabaja las 24hs donde se relaciona un gran número del personal y el presupuesto.

Gira alrededor de las salas de operaciones y que proporciona al equipo quirúrgico las facilidades necesarias para evaluar procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficiente y en condiciones máxima de seguridad con respeto a contaminación. Da atención de Enfermería de calidad a todo paciente sometido a una intervención quirúrgica en todas las especialidades.

El objetivo del centro quirúrgico es garantizar un espacio que proporcione el mayor índice de seguridad, eficiencia y confort que faciliten las actividades del personal de salud que reduzca los riesgos innecesarios y que ofrezcan al paciente un servicio de alta calidad y eficiencia. Los Aspectos de analizar para garantizar una adecuada calidad de los procesos que se realizan en los centros quirúrgicos son:

1. Planta física y equipamiento
2. Recursos humanos
3. Marco de funcionamiento y seguridad de los Pacientes.

Se recomienda que el centro quirúrgico este próxima a la unidad de pacientes críticos (cuidados intensivos y cuidados intermedios) y estrechamente vinculados con el área de Emergencia desde la cual resulta conveniente un traslado rápido mediante distancias reducidas y circulación exclusivas. A demás deberá estar estrechamente vinculada con la central de esterilización y en relación con el área de hospitalización.

### **2.11. Mejora continua**

La educación constante del personal de salud se ve reflejada en la mejora de la calidad de atención al usuario, la misma que es esencial para que las organizaciones puedan reaccionar a las condiciones externas o internas y complementen iniciativas de forma única e independiente, establecer objetivos integrando actividades que dinamicen la mejora continua, educar y formar a los equipos de trabajo sobre cómo aplicar la metodología y las herramientas para lograr los objetivos (ISO O. I., 2015, pág. 12). Algunos beneficios clave son:

1. Mejora de las capacidades de la organización, satisfacción al usuario y desempeño del proceso.
2. Mejora del enfoque investigativo, detección de cada raíz, prevención y acciones correctivas en mejora continua o inmediata.
3. Incremento de la capacidad para anticiparse y reaccionar a las oportunidades y los riesgos.
4. Promoción del aprendizaje e innovación
5. Considerar la formación continua en general para mejorar los servicios de calidad.
6. El beneficio de adicionar la mejora al control de calidad, contribuye al desarrollo de las ventajas de competencias.

### **2.11.1. Herramientas de mejora de calidad**

Entre las primordiales características de la mejora de calidad resalta medir eventualidades que se presenten en cualquier momento, las cuales son las siguientes:

1. Matriz de priorización
2. Hoja de registro de datos
3. Diagrama de flujo
4. Diagrama de procesos
5. Diagrama de causa efecto
6. Diagrama de Gantt

#### **2.11.1.1. Matriz de priorización**

Identifica los problemas a evaluar, brindando prioridad a los elementos enunciados. Además define el método de criterio de ponderación, a través de una matriz la cual asigna un listado de problemas y soluciones con criterio.

#### **2.11.1.2. Hoja de registro de datos**

Es un documento donde se recopila información y datos para un análisis. El uso de la misma es para:

- Favorece las tareas en la recopilación de información
- Impedir la confusión o equivocación de los malos entendidos
- Rapidez en el análisis de datos

#### **2.11.1.3. Diagrama de flujo**

Es la representación simbólica de un proceso. El uso de la misma es para:

- Apoya a determinar de manera general los grupos o elementos de un proceso
- Se utiliza para clarificar la funcionalidad de un proceso
- Contribuye a la redición de un proceso
- Diagnostica los cuellos de botella

#### **2.11.1.4. Diagrama de procesos**

Se basa en la identificación de tareas de varias operaciones del proceso que se describen en un formulario con el fin de anotar cada una de ellas. El producto es una lista llena de actividades en orden de realización en el tiempo. Su uso se basa en:

Reconocer los parámetros en diferentes etapas del proceso mediante notas de las actividades que se desarrollan (MINSA , 2012)

- Se reconoce el servicio y el proceso de estudio
- Anotar el nombre del lugar, servicio y el proceso a estudiar
- Ordenar las fechas del que se desarrolló el diagrama
- Reconocer el inicio y el fin del proceso
- Redactar cada actividad en forma secuencial
- A través de ilustraciones fijar los símbolos de cada tarea
- Sumar los tiempos para los diferentes símbolos utilizados

#### **2.11.1.5. Diagrama de causa efecto**

Es un instrumento que simboliza la afinidad entre un efecto y todas las posibles causas que lo provocan.

- Preparar un título claro de los problemas
- Dibujar el diagrama de esqueleto pescado agregando el problema al lado derecho
- Reconoce las clases, elementos contribuyentes
- Dibuje las espinas de mayor tamaño a la flecha principal
- Dibuje las causas primordiales de forma oblicua a la flecha principal
- Finalmente reconocer las causas de segundo y tercer nivel de acuerdo a los elementos examinados.

#### **2.11.1.6. Diagrama de Gantt**

Es un modelo de tareas donde se registran, el tiempo y los responsables del cumplimiento.

Su uso debe:

- Proyectar actividades
- Observar el cumplimiento de un propósito
- Acordar el progreso en un tiempo cedido
- Designar responsabilidades de cada actuación
- Se usa para la representación gráfica de las actividades de un proyecto

Se construye a través de:

- Reconocer y enumerar todos los movimientos para cumplir un proyecto
- Describir la sucesión de las acciones
- Determinar los encargados de la ejecución de cada proceso
- Elegir la entidad de tiempo para implantar el diagrama

- Valorar el tiempo de inicio y finalización para efectuar cada operación
- Se puede incluir y dibujar una columna más que incluya indicadores y punto de control.

## CAPITULO III

### Metodología

#### 3.1. Enfoque.

La metodología para el proyecto se basa en la ejecución de determinadas etapas de la norma ISO 9001 2015 para dar lugar al cumplimiento de los objetivos, se obtendrá información sobre el estado actual del sistema de gestión de la calidad del centro quirúrgico, sus procesos y medición de indicadores

#### 3.2.Planeación estratégica de la calidad.

Este proceso sistemático se desarrolla a partir de la elaboración de una matriz donde se plantean las políticas de calidad y se desarrollan los pasos para la consecución de los objetivos con sus indicadores de calidad, se identificó el tipo de clientes que acuden al hospital para resoluciones quirúrgicas, siendo los afiliados al seguro general el 55% de la población, un 26% pacientes que provienen del seguro social campesino y el 19% restante corresponden a la red pública y Sistema Público para pago de Accidentes de Tránsito SPAT.

##### 3.2.1. *Etapa de diagnóstico*

El hospital general Quevedo brinda servicios quirúrgicos desde el año 2017, cuenta con equipamiento moderno, personal calificado y competente para cada uno de sus funciones. Por medio de entrevistas y observación directa se pudo recopilar información relacionada a las actividades diarias tales como procedimientos quirúrgicos por especialidades, limpieza hospitalaria, dotación de insumos, protocolos y disponibilidad del personal para mejorar la calidad asistencial desde sus puestos laborales,

Se busca como propósito aumentar el promedio de intervenciones quirúrgicas de especialidades como traumatológicas, cirugía vascular, otorrinolaringología, urología, nefrología y oftalmología, considerando que se trata de un hospital de segundo nivel de atención general.

Para el diagnóstico de la unidad conforme la norma ISO 9001 2015 se elaboró una lista de verificación con los elementos a evaluar y a través de una encuesta de selección múltiple se identificarán las expectativas de los usuarios en relación a la prestación de servicios en el centro quirúrgico.

### 3.2.2. Priorización de los requisitos – resultados.

La matriz de diagnóstico prevé tres variables (Cumple, parcial y no cumple) aplicando una fórmula de Excel usando el esquema siguiente:

**Tabla 1**

**Criterios de evaluación diagnóstica para la priorización de requisitos de la NTC ISO 9001 2015.**

| VALOR | CRITERIO APLICADO   |
|-------|---|
| 1     | <b>CUMPLE.</b> actualmente tiene implementado herramientas para el cumplimiento del requisito y no requiere acciones nuevas       |
| 0,5   | <b>PARCIAL.</b> Tiene implementada algunas herramientas para el cumplimiento, requiere implementar o formular una o más acciones. |
| 0     | <b>NO CUMPLE.</b> No cuenta con herramientas para cumplir con el requisito, requiere <u>implementar</u> una o más acciones.       |

Fuente: Elaboración propia,

### 3.2.3. Fase de diseño de plan de mejoramiento continuo.

La dirección nacional de calidad de los servicios de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) ha elaborado una sencilla matriz de Plan de acción de Mejora Continua basándose en los criterios: Que, quien, cuando, donde, porqué o para qué y cómo, además de incluir los indicadores para la medición temporoespacial y seguimiento.

El plan elaborado de forma detallada y concreta, con acciones factibles y medibles para la evaluación de resultados para que las acciones implementadas puedan ser medidas, analizadas y comparadas.

### Formato plan de acción dirección nacional de calidad IESS

|  <b>INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL</b><br><b>HOSPITAL GENERAL QUEVEDO</b><br><b>UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</b><br><b>PLAN DE ACCIÓN Y MEJORA CONTINUA</b> |   |   |   |                |            |              |   |                    |  |            |             |                        |                      |                           |             |
|--|---|---|---|----------------|------------|--------------|---|--------------------|--|------------|-------------|------------------------|----------------------|---------------------------|-------------|
| Unidad médica:   |   | HOSPITALIZACIÓN QUIRURGICA  |   |                |            |              |   |                    |  |            |             |                        |                      |                           |             |
| Fecha de elaboración del plan de mej:  |   | 28/06/2021  |   |                |            |              |   |                    |  |            |             |                        |                      |                           |             |
| PLAN DE ACCIÓN   |   |   |   |                |            |              |   |                    |  |            |             |                        |                      |                           |             |
| Nro  | FACTORES CONTRIBUTIVOS /NUDO CRÍTICO / NO CONFORMIDAD   | ACCIÓN DE MEJORA  | OBJETIVO  | TIPO DE ACCION | FECHA      |              |   | EQUIPO RESPONSABLE | INDICADOR  | DURACIÓN   | SEGUIMIENTO |                        |                      |                           |             |
|  |   |   |   |                | INICIO     | FINALIZACIÓN | META  |                    |  |            | ESTADO      | PERIODICIDAD DE SEGUIM | FECHA DE SEGUIMIENTO | EVIDENCIA DEL SEGUIMIENTO | OBSERVACIÓN |
| 1  | <b>Enfermería.</b><br>Cortinas de baño con déficit de limpieza (hongos)<br>Desorganización en los veladores de pacientes, se evidencio insumos médicos (gelular, botellas con agua, fundas, medicinas)<br>Inconformidad de familiares al referir que el personal auxiliar de enfermería no realiza aseo y baño diario a Pacientes | Enviar cortinas de los baños a lavandería cada 15 días.<br>Pase de visita con cada una de las guardas entrantes en los horarios de lunes a viernes 07:00am, observando la organización de veladores de pacientes en las habitaciones. | Mantener el orden y limpieza de cortinas en las habitaciones de los pacientes del área de hospitalización quirúrgica. | MEDIATO        | 14/06/2021 | 30/06/2021   | 100% Cumplimiento de parámetros establecidos. | ENFERMERIA         | N° De personal que labora en el área: 15           | Permanente |             |                        |                      |                           |             |
| 2  | <b>Inobservancia en el cuidado del paciente</b>   | Retroalimentar el manejo de cuidados básicos del paciente encamado. <b>Realizar capacitación al personal que labora en el área, sobre los siguientes temas:</b> Protocolo de la estancia hospitalaria. Correcto                       | Garantizar el cuidado de calidad y calidez al paciente hospitalizado.   | MEDIATO        | 16/06/2021 | 16/06/2021   | 100% personal capacitado                      | ENFERMERIA         | N° asistentes programados: 15<br>N° asistentes: 13 | Permanente |             |                        |                      |                           |             |

## CAPITULO IV

### **Desarrollo por fases de la norma metodológica ISO 9001 2015.**

#### **4.1. Etapa I Diagnostico.**

Siguiendo los criterios de calificación de la lista de priorización, durante la realización del diagnóstico se evaluó el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001 – 2015 en el centro quirúrgico del Hospital General Quevedo, cabe destacar que en esta unidad se realizan procedimientos quirúrgicos de mediana y baja complejidad, cuenta con un equipo multidisciplinario altamente capacitado, el abastecimiento de insumos y equipos es relativamente bueno.

Debido a la demanda alta de atenciones se generan demoras, sin embargo, se pueden planear actividades de mejoramiento para lo cual se requiere conocer el estado de situación en la cual se encuentra el centro quirúrgico. Los requisitos a evaluar de la norma ISO 9001 – 2015 corresponden a los numerales del 4 al 10:

- Contexto de la organización,
- Liderazgo,
- Planificación,
- Apoyo.
- Operación,
- Evaluación de desempeño.
- Mejora.

#### 4.1.1. Resumen de los resultados.

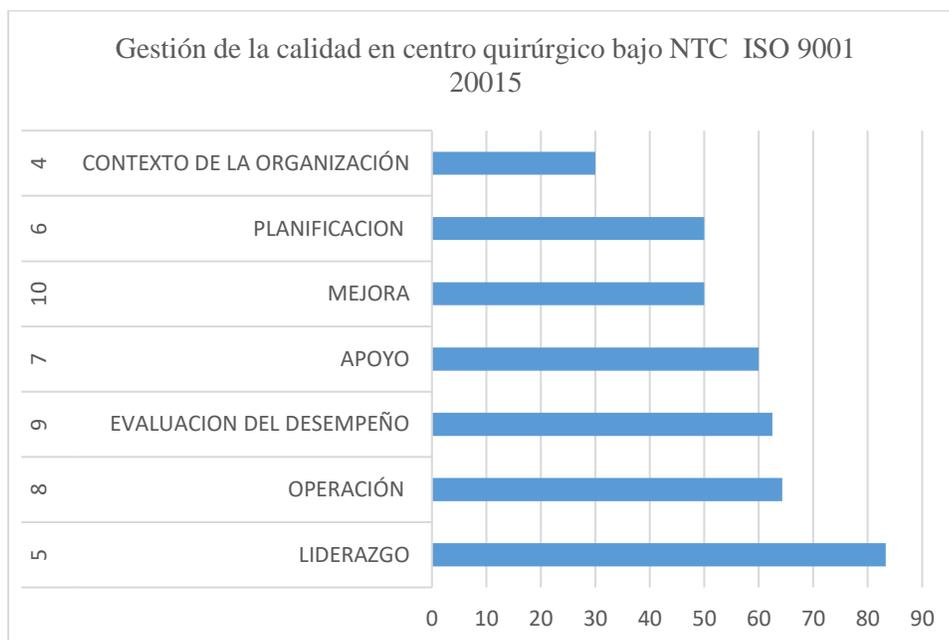
**Tabla 2**

**RESUMEN DE REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001 2015**

| RESUMEN DE REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001 2015 |  |                  |
|---|--|------------------|
| N°  | REQUISITO  | VALOR PORCENTUAL |
| 5   | LIDERAZGO  | 83,3             |
| 8   | OPERACIÓN  | 64,29            |
| 9   | EVALUACION DEL DESEMPEÑO   | 62,5             |
| 7   | APOYO  | 60               |
| 10  | MEJORA   | 50               |
| 6   | PLANIFICACION  | 50               |
| 4   | CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN  | 25               |
|   | Porcentaje general de la gestión de calidad del centro quirúrgico. | 27,66            |

**Grafico N°1**

**Gestión de la calidad en centro quirúrgico.**



**Fuente;** Elaboración propia.

**Análisis:**

Se ha contemplado la matriz de priorización para los requisitos de la norma ISO 9001 2015 y obtenemos como resultado un nivel bajo general respecto a la aplicación de la norma con un 27,66%, el grafico muestra además los porcentajes de los elementos de la norma y evidencia el déficit en el contexto organizacional, de planificación el sistema de mejora, apoyo y evaluación de desempeño como los nudos más críticos.

Teniendo en cuenta la matriz de priorización de los requisitos de la norma, el resultado de la calificación global en la Gestión de Calidad es un nivel BAJO representado por un color rojo en la semaforización, lo que permite identificar que la institución aún no cuenta con los elementos suficientes y necesarios para dar cumplimiento a los requisitos expuestos en la norma.

## 4.2. Etapa II priorización de los requisitos.

En esta etapa aplicando la matriz de semaforización se obtuvieron los resultados siguientes.

**TABLA 3**

**MATRIZ DE PRIORIZACION DE REQUISITOS DE LA NORMA TECNICA DE CALIDAD ISO 9001 – 2015**

| MATRIZ DE PRIORIZACION DE REQUISITOS DE LA NORMA TECNICA DE CALIDAD ISO 9001 – 2015                              |        |                |           |           |  |   |             |
|--|--------|----------------|-----------|-----------|--|---|-------------|
| CRITERIOS  | CUMPLE | CUMPLE PARCIAL | NO CUMPLE | RESULTADO | ¿Que existe?   | ¿Qué hace falta?  | OBSERVACIÓN |
| <b>4 CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN</b>   |        |                |           |           | 25%  |   |             |
| Comprensión de las necesidades y expectativa de las partes interesadas.  | 1      | 0              | 0         | 1         | 1. Existe en el hospital un equipo de calidad y un comité central de calidad, 2. El área de gestión de la calidad del hospital Cuenta con protocolos de seguridad del paciente sobre las 17 practicas establecidas la normativa 0000115 (manual de | 1. No se ha concretado un equipo de mejora continua dentro del servicio 2. no se ha establecido el mecanismo de control o seguimiento 3. no se ha procesos operativos (diagnostico situacional de la unidad quirúrgica 4. No se realiza seguimiento |             |
| Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes para el sistema de gestión de Calidad. | 0      | 0              | 0         | 0         |  |   | IMPLEMENTAR |
| Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.       | 0      | 0              | 1         | 0         |  |   | IMPLEMENTAR |
| ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y SUS PROCESOS   | 0      | 1              | 0         | 0,5       |  |   | IMPLEMENTAR |

|  |   |   |   |     |                         |   |              |
|--|---|---|---|-----|-------------------------|---|--------------|
| El alcance del SGC, se ha determinado según: Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica   | 0 | 1 | 0 | 0,5 | seguridad del paciente) |   | IMPLEMENTA R |
| Se tiene disponible y documentado el alcance del Sistema de Gestión.   | 0 | 0 | 0 | 0   |                         | No posee un manual de calidad en el servicio que integre los el alcance del sistema de gestión de la calidad que identifique procesos y su aplicabilidad. | IMPLEMENTA R |
| Se tiene justificado y/o documentado los requisitos (exclusiones) que no son aplicables para el Sistema de Gestión?  | 0 | 0 | 0 | 0   |                         |   | IMPLEMENTA R |
| Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la unidad?   | 0 | 0 | 0 | 0   |                         |   | IMPLEMENTA R |
| Se tienen establecidos los criterios para la gestión de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades, procedimientos, medidas de control e indicadores de desempeño necesarios que permitan la efectiva operación | 0 | 0 | 0 | 0   |                         | No posee indicadores de gestión de la calidad en la unidad quirúrgica   | IMPLEMENTA R |

|  |   |   |   |         |   |  |              |
|--|---|---|---|---------|---|--|--------------|
| y control de los mismos.   |   |   |   |         |   |  |              |
| Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operatividad de estos procesos. | 0 | 1 | 0 | 0,5     |   |  | IMPLEMENTA R |
| <b>5 LIDERAZGO</b>   |   |   |   | 83,33 % |   |  |              |
| Enfoque al cliente   | 1 | 0 | 0 | 1       |   |  |              |
| Política de calidad acorde con los propósitos  | 0 | 1 | 0 | 0,5     |   |  | IMPLEMENTA R |
| Roles, responsabilidades y autoridades   | 1 | 0 | 0 | 1       |   |  |              |
| <b>6 PLANIFICACION</b>   |   |   |   | 50%     |   |  |              |
| Acciones para abordar riesgos y oportunidades  | 0 | 1 | 0 | 0,5     | Existe supervisión por parte del equipo de gestión de la calidad quienes emiten observaciones y generan planes de acción en relación a la parte operativa | No se aplica una autonomía respecto a la aplicación de planes de acción y seguimientos | IMPLEMENTA R |
| Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos   | 0 | 1 | 0 | 0,5     |   |  | IMPLEMENTA R |
| Planificación de cambios   | 0 | 1 | 0 | 0,5     |   |  | IMPLEMENTA R |
| <b>7 APOYO</b>   |   |   |   | 60%     |   |  |              |
| Recursos necesarios  | 1 | 0 | 0 | 1       |   | Recursos de seguimiento y medición   |              |
| Competencias   | 0 | 1 | 0 | 0,5     |   | Formación continua   | IMPLEMENTA R |

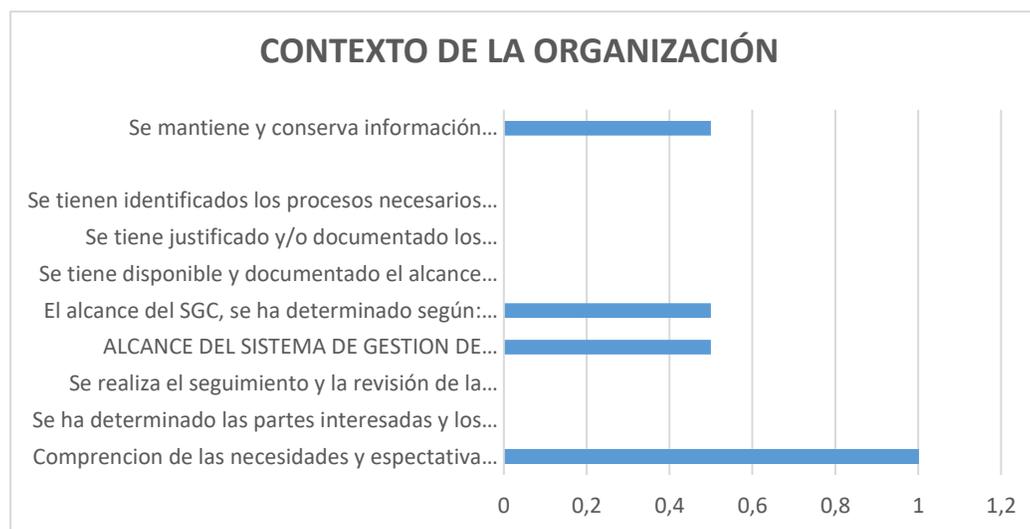
|   |   |   |   |         |  |   |              |
|---|---|---|---|---------|--|---|--------------|
| Toma de conciencia  | 0 | 1 | 0 | 0,5     |  | No Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas | IMPLEMENTA R |
| Comunicaciones  | 1 | 0 | 0 | 1       |  |   | IMPLEMENTA R |
| Información documentada (requerida para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC y se tiene un sistema de control de información documental) | 0 | 0 | 1 | 0       |  | Faltan documentos necesarios  | IMPLEMENTA R |
| <b>8 OPERACIÓN</b>  |   |   |   | 64,29 % |  |   |              |
| Planificación y control operacional (planificación quirúrgica y rotación de personal)   | 1 | 0 | 0 | 1       |  |   |              |
| Información a los usuarios  | 0 | 1 | 0 | 0,5     |  |   | IMPLEMENTA R |
| determinación de requisitos para los servicios  | 1 | 0 | 0 | 1       |  |   |              |
| Diseño y desarrollo de servicios que asegure su producción.   | 0 | 1 | 0 | 0,5     |  |   | IMPLEMENTA R |
| Control de los procesos y servicios suministrados exteriormente   | 0 | 1 | 0 | 0,5     |  |   | IMPLEMENTA R |
| Liberación de los productos y servicios   | 0 | 1 | 0 | 0,5     |  | Existe una gran lista de espera para  | IMPLEMENTA R |

|  |   |   |   |         |  |  |             |
|--|---|---|---|---------|--|--|-------------|
|  |   |   |   |         |  | procedimientos quirúrgicos.  |             |
| Control de las salidas conforme              | 0 | 1 | 0 | 0,5     | Revocatoria del consentimiento informado | Falta de indicadores de re intervenciones e infecciones asociadas a la atención sanitaria, | IMPLEMENTAR |
| <b>9 EVALUACION DEL DESEMPEÑO</b>            |   |   |   | 62,5%   |  |  |             |
| Evaluación                                   | 1 | 0 | 0 | 1       |  | Falta de auditorías internas   |             |
| Medición                                     | 1 | 0 | 0 | 1       |  |  |             |
| Análisis                                     | 0 | 1 | 0 | 0,5     |  |  | IMPLEMENTAR |
| Seguimiento                                  | 0 | 0 | 0 | 0       |  |  | IMPLEMENTAR |
| <b>10 MEJORA</b>                             |   |   |   | 50,00 % |  |  |             |
| detección de no conformidades                | 1 | 0 | 0 | 1       |  |  |             |
| aplicación de acciones correctivas iniciales | 1 | 0 | 0 | 1       |  |  |             |
| Hace cambios al SGC si fuera necesario.      | 0 | 0 | 1 | 0       |  |  | IMPLEMENTAR |
| Mejora continua                              | 0 | 0 | 0 | 0       |  |  | IMPLEMENTAR |

#### 4.2.1. Resultados.

### GRÁFICO N° II

#### Contexto de la organización:



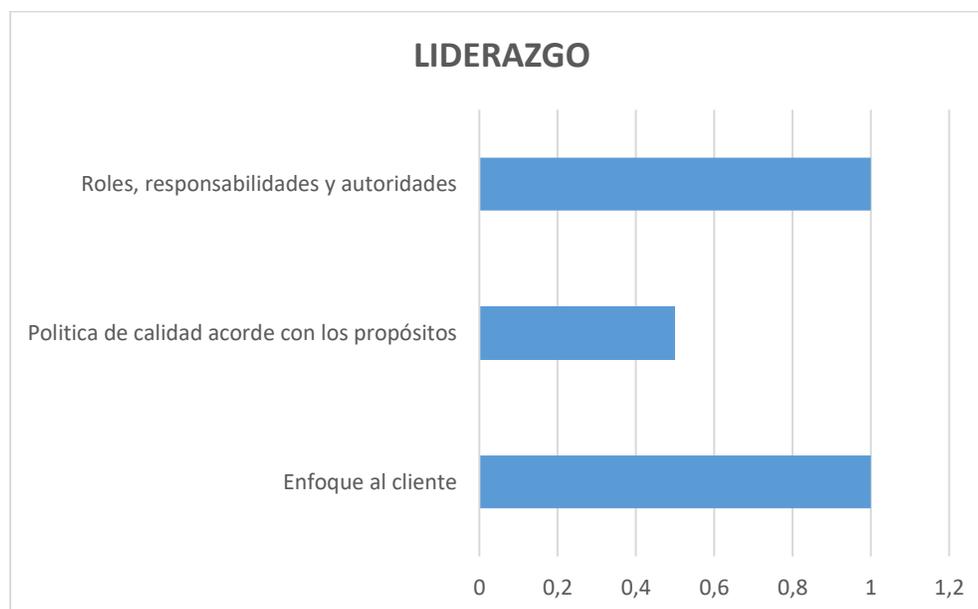
**Fuente:** Elaboración propia.

#### Análisis.

Se puede observar en la gráfica que, en el contexto organizacional, la gerencia y representantes del centro quirúrgico del Hospital General Quevedo comprenden las necesidades y expectativas del área, sin embargo, el alcance del sistema de gestión de calidad y sus procesos no se han ejecutado al 100%, no ha sido determinado según procesos operativos, no existe una herramienta que permita medir el alcance del sistema de gestión de calidad teniendo en cuenta además las responsabilidades e indicadores, al momento no se ha establecido un perfil epidemiológico del área la información documentada que se mantiene sobre la operatividad de los procesos solo corresponden a los protocolos de seguridad del paciente de las 17 prácticas seguras entre ellas el protocolo de cirugía segura, identificación de pacientes, profilaxis antibiótica, transferencia de información en puntos de transición y profilaxis de trombo embolismo venoso.

### GRÁFICO N° 3

#### Liderazgo



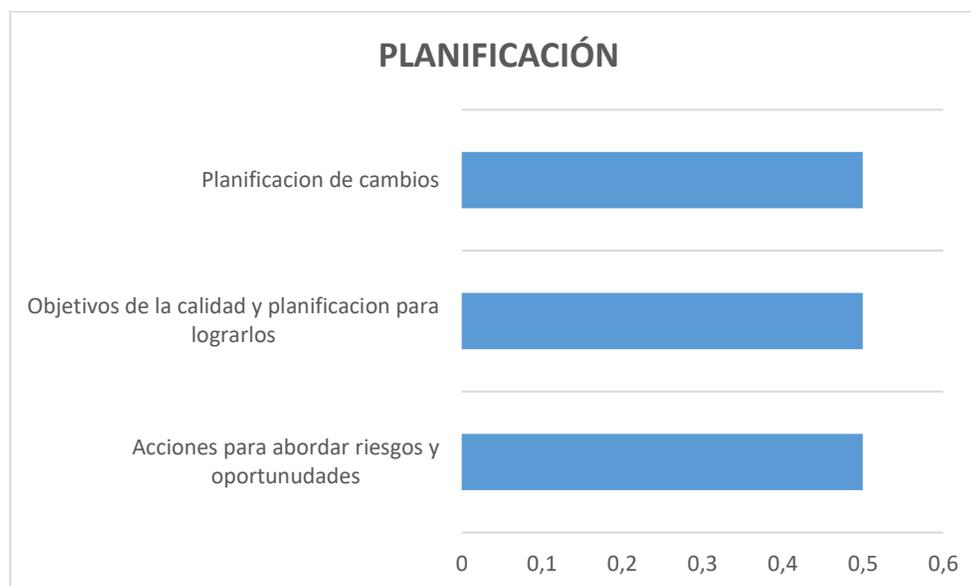
**Fuente:** Elaboración propia.

#### Análisis.

El análisis del apartado número 5 (liderazgo) es estadísticamente el más representativo, muestra un 83,3% de cumplimiento, poseen el enfoque al cliente, y se encuentran asignados roles y responsabilidades establecidas la unidad comparte la visión y misión de la institución, se encuentra en cumplimiento bajo la creación y aplicación de pilares estratégicos organizacionales como políticas de calidad.

## GRÁFICO N° 4

### Planificación



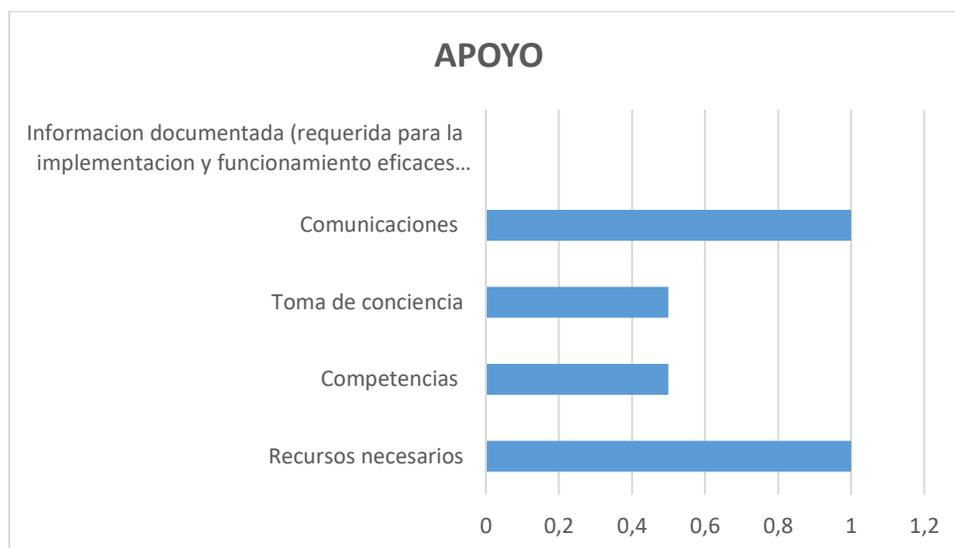
**Fuente:** Elaboración propia.

#### **Análisis.**

Se evidencia que el centro quirúrgico del Hospital General Quevedo posee un 50% de cumplimiento de los parámetros contemplados en la norma ISO 9001 2015 en el requisito de planificación. Esto debido a la falta de planificación de calidad, la planificación de cambios se aborda solo después de una supervisión por parte del área de gestión de calidad del hospital, no hay una implementación de gestión de cambios que defina una metodología para análisis, implementación, ejecución y seguimiento.

## GRÁFICO N°5

### Apoyo



**Fuente:** Elaboración propia.

### Análisis.

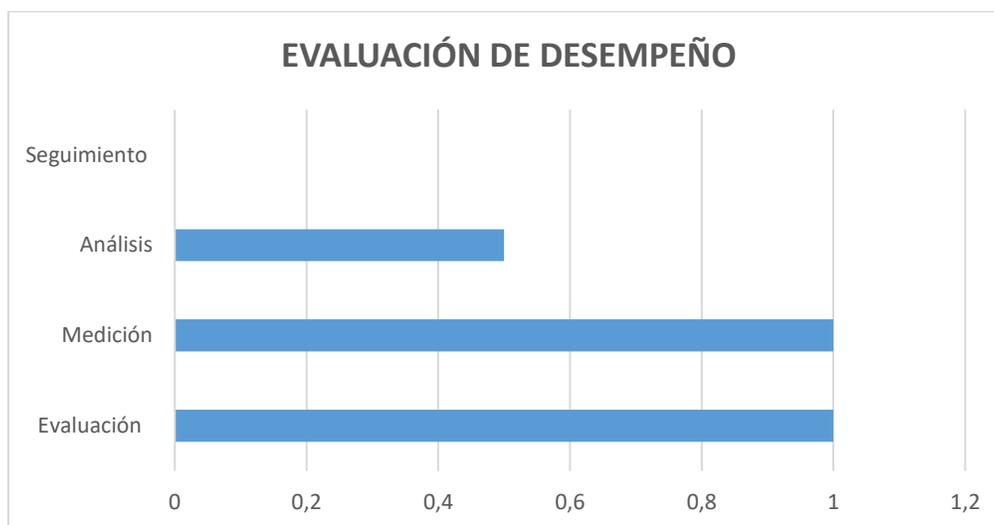
El cumplimiento para este requisito es del 60%, no se evidencian registros de la capacidad instalada de equipo médico se encuentra al momento con falta de mantenimiento preventivo, indican que la falencia se debe a un contrato incumplido por parte de la empresa proveedora del servicio, la comunicación con el cliente es realizada por call center y de forma personalizada una vez generada cita. Los reportes de eventos adversos son pocos y pasan de forma directa al departamento de Gestión de Calidad sin ser antes analizados y subsanados por un equipo de mejora continua.

**Grafico N°6.****Operación.**

**Fuente:** Elaboración propia.

**Análisis.**

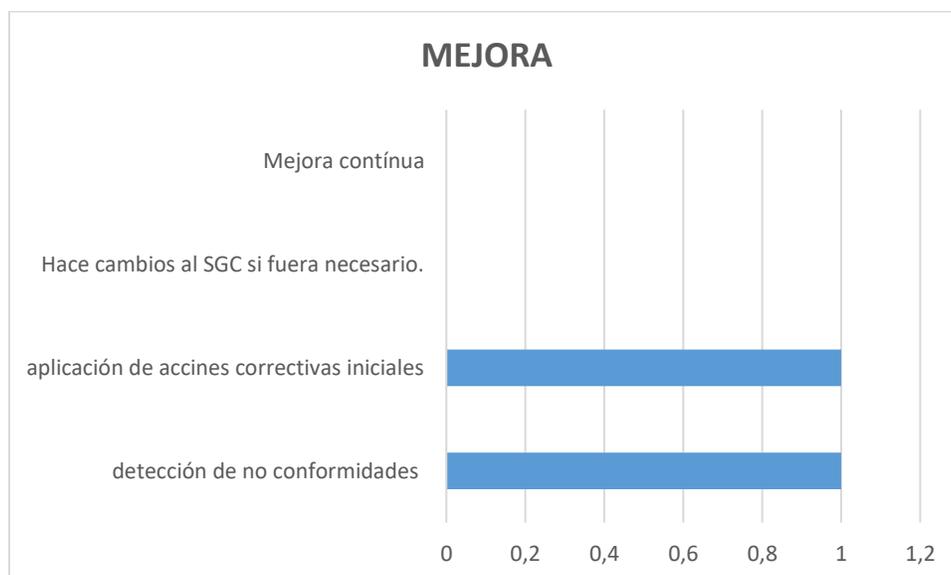
Este requisito evidencia un 64,29% de cumplimiento, las personas que se encuentran en el área operativa del centro quirúrgico cumplen con la experiencia y los conocimientos para realizar los procedimientos quirúrgicos ofertados el control de proveedores externos se encuentra regido por el sistema de referencias, no poseen una metodología implementada a seguir, el sistema de quejas y sugerencias de los clientes utiliza los canales generales (teléfono rojo y gestión de quejas), el sistema de compras se lo realiza por medio de ofertas del portal de compras públicas, a la vez que no se ha establecido un flujograma del proceso de atención en centro quirúrgico. falta de indicadores de re intervenciones e infecciones asociadas a la atención sanitaria,

**Grafico N° 7****Evaluación de desempeño.**

**Fuente:** Elaboración propia.

**Análisis.**

De acuerdo a lo analizado en este requisito de la norma, la evaluación de desempeño se encuentra implementada en un 62.5%, el nivel de satisfacción al cliente se encuentra en un 90% como nudo crítica se evidencia que no existe un seguimiento adecuado en este caso auditorías internas a los procesos. Se realiza una encuesta de satisfacción al año misma que es proporcionada por el ministerio de relaciones laborales, no ha sido implementado un manual de gestión, se mantienen algunos documentos normativos pero no se encuentran controlados

**Grafico N° 8****Mejora.**

**Fuente:** Elaboración propia.

**Análisis.**

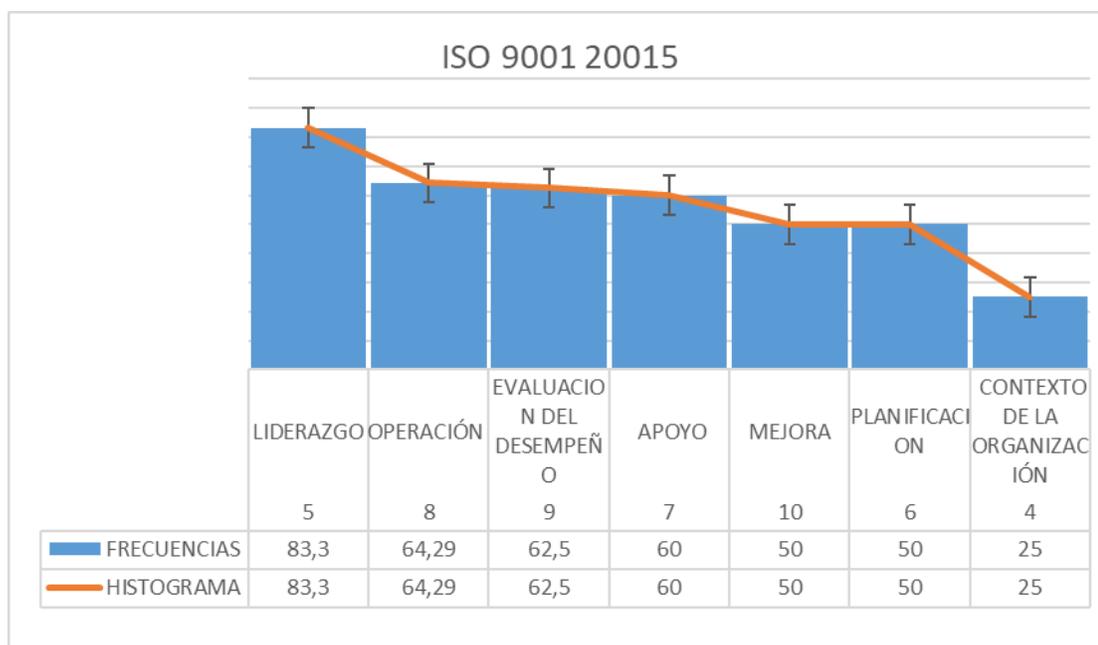
El servicio de quirófano, frente a las no conformidades o llamados también nudos críticos, no se implementan, las acciones correctivas solo son realizadas de manera inicial, no realizan una planificación, no se da seguimiento a la mejora continua.

**Análisis general.**

Teniendo en cuenta la matriz de priorización de los requisitos de la norma se pudo identificar que el nivel global de la Gestión de Calidad es Bajo, esta medición indica que el centro quirúrgico del hospital general Quevedo no cuenta con elementos suficientes para cumplir con los requisitos de la norma.

## Grafico N°9

### Priorización. histograma de frecuencias.



*Elaboración propia,*

Se identifican los requisitos de forma descendente encontrándose que:

**Requisito 5 (liderazgo)** es el más puntuado y presenta un 83% de cumplimiento, esto debido a que la unidad cuenta con compromisos gerenciales, líderes de servicio, la dirección técnica correspondiente muestra un alto nivel de compromiso al igual que la dirección médica y la constante comunicación con la dirección administrativa de la unidad, tal es el caso que la evaluación de los usuarios mostró una aceptabilidad del 95%, las fallas respecto al liderazgo se relacionan a las políticas de gestión de calidad, pues no se ha creado un equipo de mejora continua de la calidad conforme lo establece el MSP en el reglamento para la creación, conformación y funcionamiento de los comités y equipos de mejoramiento de la Calidad en los establecimientos de salud (registro oficial N°18. (MSP, 2017).

**Prioridad:** Conformación del equipo de mejora continua de la calidad en el servicio.

**Requisito 8 (operación).** En su puntuación corresponde al **64;29%**. A nivel operacional el área de quirófano posee un equipo multidisciplinario conformado por profesionales de anestesiología, enfermería, traumatología, cirugía vascular, nefrología, urología, otorrinolaringología, cirugía pediátrica y oftalmología, cinco auxiliares de enfermería, un personal de limpieza, quienes trabajan rotativamente cubriendo el servicio veinticuatro horas al día los siete días de la semana, se presentan falencias respecto a la comunicación con el cliente/usuario que tiene que ver con el abordaje del consentimiento informado, existen discrepancia sobre los requisitos reglamentarios para el abordaje de los servicios ofertados por el centro quirúrgico, varios de ellos en base a criterios netos del médico tratante, la productividad se ve afectada por la falta de control al proceso de desarrollo de servicios debido a que aún no se ha diseñado un Plan Operativo Estándar del servicio de centro quirúrgico que además permita la medición y control de las salidas no conforme que se traten de varias maneras acordes a la no conformidad.

**Prioridad:** Diseño de un Plan Operativo Estándar.

**Requisito 9 (Evaluación de desempeño)** se evidencia una puntuación de 62,5% como nudo critica se evidencia que no existe un seguimiento adecuado, en este caso auditorías internas a los procesos, las auditorías proporcionan información sobre el Sistema de gestión de la calidad y se debe crear criterios conforme los requisitos institucionales y de la norma ISO no ha sido implementado un manual de gestión.

**Prioridad:** Diseño. Desarrollo, aprobación, socialización y aplicación de un modelo documentado de auditorías internas.

**Requisito 7 (apoyo)** Su puntuación corresponde al 60% no se evidencian registros de la capacidad instalada de equipo médico que indique en que condiciones se encuentran, a pesar de existir protocolo de reporte de eventos relacionados con la seguridad del paciente y de IAAS Los reportes de eventos adversos son pocos, no se evidencia un plan de capacitaciones internas que favorezca el rendimiento del Sistema de Gestión de Calidad

**Prioridad:** Incremento de los reportes de eventos relacionados con la seguridad del paciente recordando que no es punitivo, elaborar un cronograma de capacitaciones con temas propios del área.

**Requisito 10 (Mejora)** Entre los menos puntuados 50%, el resultado obedece a que las oportunidades de mejora no siguen un curso continuo y se quedan únicamente en acciones inmediatas y por ende no se revisa y actualiza la eficacia de cualquier acción correctiva tomada, los riesgos y oportunidades.

**Prioridad:** Crear el equipo de mejora continua de la calidad y Elaboración del Plan Operativo Estándar.

**Requisito 6 (planificación)** posee también una puntuación del 50%, Esto resulta del abordaje de no conformidades de calidad únicamente cuando se manifiesta una eventualidad o supervisión por parte del área de gestión de la calidad del hospital, se evidencia la falta de planificación de calidad, no hay una implementación de gestión de cambios que defina una metodología para análisis, implementación, ejecución y seguimiento.

**Prioridad:** Crear un equipo de mejora continua de la calidad en el servicio para la concreción de acciones para abordar riesgos y oportunidades, establecer objetivos y planificación para alcanzarlos, elaborar el Plan Operativo Estándar del centro quirúrgico.

**Requisito 4 (contexto de la organización)** es el menos puntuado solo con el 25%, este es el nudo más crítico de todo el análisis, deberá ser abordado por el equipo de Gestión de la Calidad del hospital, esto debido a que el alcance del sistema de gestión de calidad y sus procesos no se han ejecutado al 100%, no existe una herramienta que permita medir el alcance del sistema de gestión de calidad.

**Prioridad:** Crear un equipo de mejora continua de la calidad en el servicio, coordinar reuniones de forma periódica con el equipo de Gestión de la calidad del hospital.

### **4.3. Etapa III**

#### **Plan de mejora continua**

Como se mencionó con anterioridad, se elabora un plan de mejoramiento continuo utilizando el modelo 5W1H (qué, quien, cuándo, dónde, porqué o para qué y cómo), esta fase corresponde a la parte final del proyecto y fomenta la base de la implementación del sistema de gestión de calidad en el área de centro quirúrgico del hospital general Quevedo. Los requisitos en rojo corresponden a las fallas activas llamadas también nudos críticos o no conformidades por tanto deben tratarse con mayor atención y los criterios de prioridad media correspondientes al color amarillo. En torno a los criterios de priorización develados en el histograma de frecuencias se describirán en la matriz de plan de acción:

- La inconformidad o nudo crítico
- La actividad o acción de mejora que se deben implementar para dar cumplimiento al requisito de la norma.
- El objetivo de implementación
- El criterio de prioridad
- La temporalidad para su ejecución.
- El área o responsable de ejecutarla
- El indicador para su medición y frecuencia de evaluación,

| MATRIZ DE PLAN DE ACCIÓN                 |  |   |  |                |                   |                   |             |  |  |   |
|--|--|---|--|----------------|-------------------|-------------------|-------------|--|--|---|
| FECHA DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE MEJORA: |  |   |  |                |                   | 28/10/2021        |             |  |  |   |
| PLAN DE ACCIÓN                           |  |   |  |                |                   |                   |             |  |  |   |
| Nro                                      | FACTORES CONTRIBUTIVOS /NUDO CRÍTICO / NO CONFORMIDAD                          | ACCIÓN DE MEJORA  | OBJETIVO   | TIPO DE ACCION | FECHA             |                   | META        | EQUIPO RESPONSABLE   | INDICADOR  | SEGUIMIENTO   |
|  |  |   |  |                | INICIO            | FINALIZACIÓN      |             |  |  |   |
| 1  | <b>Comprensión de la organización y su contexto.</b>                           | Conformación del equipo de mejora continua de la calidad en el servicio.<br>Elaborar diagnóstico de situación, análisis de contexto interno y externo, matriz FODA, objetivos estratégicos, | Determinar las cuestiones externas e internas pertinentes al propósito y dirección estratégica para lograr los resultados de la gestión de calidad | <b>Mediato</b> | <b>Enero 2022</b> | <b>Abril 2022</b> | <b>100%</b> | <b>Departamento de gestión de la calidad y líderes de servicio de centro quirúrgico.</b> | N° de actas de reunión por la alta dirección Calidad/ N° de reuniones programadas*100%   | <b>Mensual</b>  |
|  | <b>Las necesidades y expectativas de las partes interesadas (Altos mandos)</b> | Medir y controlar la productividad del centro quirúrgico (productividad diaria de quirófano, ausentismo y suspensiones,   | Establecer las necesidades y expectativas, controles y seguimientos al cumplimiento de las metas productivas del área.                             | <b>Mediato</b> | <b>Enero 2022</b> | <b>Permanente</b> | <b>90%</b>  | <b>Líderes de servicio. Equipo de mejora continua de la calidad conformado</b>           | <b>Promedio de cirugías;</b><br>Total, de Cirugías realizadas en un mes/ total de quirófanos/20<br><b>Porcentaje de cirugías suspendidas:</b><br>Total de cirugías suspendidas/ total de cirugías programadas*100% | <b>Trimestral</b><br><br><b>Referencia:</b><br>4,5 a 5 cirugías por quirófano/día<br><br>Suspendidas valor optimo <5% |

|  |  |   |  |           |            |            |      |   |  |            |
|--|--|---|--|-----------|------------|------------|------|---|--|------------|
|  | <b>Mantener información documentada para normar los procesos y que sean realizados de forma planificada.</b> | Diseño de un Plan Operativo Estándar.   | Mejorar la gestión documental de forma que se identifique la interacción entre procesos.     | Mediata   | Enero 2022 | Junio 2022 | 100% | Líderes de servicio. Equipo de mejora continua de la calidad conformado | Actas de revisión realizadas/ Revisiones planificadas*100%   | Mensual    |
|  | Falta de auditoria interna   | Diseño. Desarrollo, aprobación, socialización y aplicación de un modelo documentado de auditorías internas                                    | Realizar las correcciones y tomar acciones correctivas adecuadas en el menor tiempo posibles | Inmediata | Enero 2022 | Permanente | 85%  | Líderes de servicio. Equipo de mejora continua de la calidad conformado | Auditorias ejecutadas/total de auditorías programadas*100  | Trimestral |
|  | <b>Gestionar las políticas de seguridad del paciente</b>   | Incremento de los reportes de eventos relacionados con la seguridad del paciente en formulario correspondiente recordando que no es punitivo, | Ejecutar planes de acción respecto a eventos relacionados con la seguridad del paciente      | Inmediata | Enero 2022 | Permanente | 90   | Líderes de servicio. Equipo de mejora continua de la calidad conformado | Numero de notificaciones de eventos adversos correctamente llenos/total de sospechas reportadas*100% | Mensual    |
|  | <b>Soporte. capacitación continua al personal operativo</b>  | elaborar un cronograma de capacitaciones con temas propios del área.  | Actualizar conocimientos respecto a los principales procedimientos y normas sanitarias       | Mediato   | Enero 2022 | Permanente | 100% | Líderes de servicio. Equipo de mejora continua de la calidad conformado | Total de capacitaciones ejecutadas/ número de capacitaciones programadas*100%                        | Trimestral |

|  |  |  |   |         |               |            |     |  |   |            |
|--|--|--|---|---------|---------------|------------|-----|--|---|------------|
|  |  |  | vigentes,<br>Concientizar el<br>impacto sobre<br>la prestación de<br>servicios,                       |         |               |            |     |  |   |            |
|  | Liderazgo y<br>compromiso,<br>rendir cuentas<br>de la eficacia del<br>sistema de<br>gestión de la<br>calidad | coordinar<br>reuniones de<br>forma periódica<br>con el equipo de<br>Gestión de la<br>calidad del<br>hospital | Asegurar que el<br>SGC logre los<br>resultados<br>previstos. En la<br>planificación<br>operativa. POE | Mediato | Enero<br>2022 | Permanente | 90% | <b>Líderes de<br/>servicio.<br/>Equipo de<br/>mejora<br/>continua de la<br/>calidad<br/>conformado</b> | Actas de revisión<br>realizadas/<br><br>Revisiones<br>planificadas*100% | Trimestral |
|  |  |  |   |         |               |            |     | <b>TOTAL</b>   | <b>CUMPLE</b>   |            |
|  |  |  |   |         |               |            |     |  | <b>NO CUMLE</b>   |            |
|  |  |  |   |         |               |            |     |  | <b>EN EJECUCION</b>   |            |

### Directrices para desarrollo del plan de mejora.

| ACCIÓN DE MEJORA   | OBSERVACIÓN  |
|--|--|
| Conformación del equipo de mejora continua de la calidad en el servicio,   | Se encuentra disponible el Reglamento para la conformación y funcionamiento de los comités y equipos de mejoramiento continuo de la calidad en los establecimientos de salud. Disponible en; <a href="https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/registro-oficial/item/download/8237_e1c8c63ef3e3a15e879d7c958fc01f7c">https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/registro-oficial/item/download/8237_e1c8c63ef3e3a15e879d7c958fc01f7c</a> |
| Diseño de un Plan Operativo Estándar.  | Se recomienda seguir la normativa relacionada a la metodología para la elaboración de documentos normativos. Disponible en:  |
| Diseño. Desarrollo, aprobación, socialización y aplicación de un modelo documentado de auditorías internas.      | <a href="http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/Doc/normativa%20general/ACUERDO%20MINISTERIAL%200350%20%E2%80%93%202019%20METODO%20LOG%C3%8DA%20PARA%20LA%20ELABORACI%C3%93N%20DE%20DOCUMENTOS%20NORMATIVOS%20DE%20SALUD.pdf">http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/Doc/normativa%20general/ACUERDO%20MINISTERIAL%200350%20%E2%80%93%202019%20METODO%20LOG%C3%8DA%20PARA%20LA%20ELABORACI%C3%93N%20DE%20DOCUMENTOS%20NORMATIVOS%20DE%20SALUD.pdf</a>          |
| Incremento de los reportes de eventos relacionados con la seguridad del paciente recordando que no es punitivo,. | Para esta acción está disponible el manual de seguridad del paciente/usuario Disponible en:<br><a href="http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/08/MANUAL-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE.pdf">http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/08/MANUAL-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE.pdf</a>   |
| elaborar un cronograma de capacitaciones con temas propios del área.   |  |

### **Estructura sugerida para el Plan Operativo Estándar,**

Para la estructura del documento se sugiere usar el formato institucional para la elaboración de manuales, provisto por el departamento de gestión de la calidad.

- Antecedentes
- Marco legal
- Misión
- Visión
- Objetivo General
- Objetivos específicos.
- Cartera de Servicios.
- Perfil epidemiológico
- Estimación de tiempos en quirófano (índice de rotación de quirófano, tiempo de pre anestesia, recuperación).
- Organigrama de procesos
- Reglamento de la unidad (Normas de ingreso, egreso y estancia)
- Anexos (herramientas de medición)

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones.

1. El sistema ISO, la evaluación de gestión de calidad y el mejoramiento continuo de la calidad en la atención sanitaria no son antagonistas e incompatibles o excluyentes, se puede apreciar en todo que estos son complementarios dentro de un sistema tendiente a alcanzar la calidad total.
2. Al realizar el diagnóstico de la situación actual del centro quirúrgico del Hospital General Quevedo de acuerdo a los requisitos de la Norma técnica de Calidad ISO 9001 2015, se logró establecer el nivel general de aplicación de la norma y los nudos críticos de importancia mayor para crear un plan de mejoramiento continuo de la calidad que permita una evaluación periódica para medición de los avances.
3. Con este plan de acción de mejoramiento continuo estructurado, el centro quirúrgico podrá concretar una visión más clara del cumplimiento de los requisitos de la norma, estructurando así responsables de la gestión, de estándares, indicadores de medición, metas, tiempo de ejecución y seguimiento para finalmente evidenciar los resultados a corto mediano y largo plazo.
4. El desarrollo de este proyecto a nivel institucional demuestra por medio de sus resultados la importancia de la gestión por procesos, involucrando las herramientas de calidad y sus variables propuestas en la norma técnica ISO

9001 2015 sirviendo de incentivo para recorrer el camino de la mejor continua y su expansión a toda la unidad operativa.

5. El presente estudio permitirá al área de gestión de la calidad del Hospital General Quevedo desarrollar un diseño metodológico para implementar la norma técnica de calidad ISO 9001 2015 creando un orden administrativo como herramienta fundamental para poder mejorar y controlar lo logros obtenidos, implementar este sistema contribuirá al fortalecimiento del desempeño de los procesos institucionales, reflejados en la toma de decisiones informadas, incremento de la eficiencia y eficacia, compromiso de los colaboradores e incremento de la cultura de calidad.

## **5.2. Recomendaciones,**

1. Establecer compromisos desde la gerencia para la ejecución del plan de mejoramiento continuo de la calidad basado en la norma técnica ISO 9001 2015, la gerencia debe estar constantemente comprometida en el proceso de cambio de la cultura organizacional, comunicar a todas las partes interesadas respecto a esta norma para compensar los principios y responsabilidades de los colaboradores
2. Crear del equipo de mejoramiento continuo de la calidad en el centro quirúrgico, además de las otras áreas para mejorar las competencias del sistema de gestión de la calidad, aplicar las herramientas recomendadas en la planificación propuesta en el presente proyecto, dando cumplimiento a la programación temporal (fechas) para el diseño de cada actividad del sistema de gestión de calidad.

3. Realizar el seguimiento respectivo a corto, mediano o largo plazo de tal manera que se evidencie el progreso del sistema de gestión de la calidad.
4. Incluir necesariamente a representantes del equipo de mejoramiento continuo de la calidad del centro quirúrgico y de ser posible las demás áreas (una vez conformado y organizado) en sesiones de comité de calidad y seguridad del paciente, comité de investigación clínica entre otros relacionados para analizar eventualidades que se susciten
5. Elaborar, aprobar y socializar el Plan Operativo Estándar del servicio de Centro Quirúrgico donde se establezcan las normas de ingresos, egreso y estancia del servicio, además de las herramientas de medición y control.
6. Efectuar actividades cronogramadas de capacitación continua ya que esta se transforma en una necesidad permanente, se recomienda ejecutarla de forma teórica – práctica talleres en base a una planificación de tal manera que se reduzcan los inconvenientes relacionados con la rotación del personal.

## Referencias

- Asamblea, N. C. (30 de 07 de 2011). *www.cec-eqn.edu.ec*. Obtenido de *www.cec-eqn.edu.ec*:  
<https://www.cec-eqn.edu.ec/wp-content/uploads/2016/03/Constitucion.pdf>
- Carrasco., J. B. (04 de 2009). *dokumen.site*. (E. E. CHILE, Editor) Recuperado el 13 de 08 de 2021, de *dokumen.site*: <https://dokumen.site/download/gestion-de-procesos-juan-bravo-carrascopdf-a5b39f05d72464>
- Cirugía, A. A., Instrumentadoras, A. a., Asociaciones de anestesia, F. A., Infectología, S. A., & Calidad en Servicios de Salud y Regulacion Sanitar, D. N. (2020). *www.legisalud.gov.ar*. Recuperado el 14 de 08 de 2020, de *www.legisalud.gov.ar*:  
[http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres810\\_2020anexo1.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres810_2020anexo1.pdf)
- Colin Orozco, L. (25 de 11 de 2002). *www.ineel.mx*. Recuperado el 12 de 08 de 2021, de *www.ineel.mx*: <https://www.ineel.mx/bolISO02/tecni2.pdf>
- Fernández., J. P. (07 de 2012). *books.google.com.uy*, 5ta . Recuperado el 08 de 2021, de *books.google.com.uy*:  
<https://books.google.com.uy/books?id=qbDaVMS6uhUC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Haro Alvarado, J. M., Haro Alvarado, J. L., Macías Intriago , M. G., & Lopez Calcerón, B. A. (11 de 2018). *polodelconocimiento.com*, Unica. Recuperado el 11 de 10 de 2021, de *polodelconocimiento.com*:  
<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/download/790/pdf>

ISO, O. (2000). *www.itvalledelguadiana.edu.mx*. (ISO) Recuperado el 13 de 08 de 2021, de *www.itvalledelguadiana.edu.mx*:

<http://www.itvalledelguadiana.edu.mx/ftp/Normas%20ISO/ISO%209000-2000%20Sistemas%20de%20Gesti%C3%B3n%20de%20la%20Calidad.pdf>

ISO, O. I. (2015). *usticialarioja.gob.ar*. Recuperado el 13 de 08 de 2021, de *usticialarioja.gob.ar*:

[https://justicialarioja.gob.ar/planificacion/pagina/Norma%20ISO%209000\\_2015%20Vocabulario%20Fundamentos.pdf](https://justicialarioja.gob.ar/planificacion/pagina/Norma%20ISO%209000_2015%20Vocabulario%20Fundamentos.pdf)

Koontz, H., Weihrich, H., & Cannice, M. (26 de 02 de 2019). *frh.cvg.utn.edu.ar/pluginfile.php*,

14. Recuperado el 12 de 10 de 2021, de *frh.cvg.utn.edu.ar/pluginfile.php*:  
[https://frh.cvg.utn.edu.ar/pluginfile.php/22766/mod\\_resource/content/1/Administracion\\_una\\_perspectiva\\_global\\_y\\_empresarial\\_Koontz.pdf](https://frh.cvg.utn.edu.ar/pluginfile.php/22766/mod_resource/content/1/Administracion_una_perspectiva_global_y_empresarial_Koontz.pdf)

MINSA . (2012). */bvs.minsa.gob.pe*. Recuperado el 13 de 08 de 2021, de */bvs.minsa.gob.pe*:

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1969.pdf>

MSP. (20 de 07 de 2017). *www.registroficial.gob.ec*. Recuperado el 18 de 09 de 2021, de

*www.registroficial.gob.ec*: [https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/registro-oficial/item/download/8237\\_e1c8c63ef3e3a15e879d7c958fc01f7c](https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/registro-oficial/item/download/8237_e1c8c63ef3e3a15e879d7c958fc01f7c)

Nápoles Rojas, L. F., Moreno pinto, M. R., Arteta Peña, Y. C., De Leon, I. S., & Tapia Claro,

I. (22 de 08 de 2013). *dialnet.unirioja.es*. Recuperado el 20 de 08 de 2021, de *dialnet.unirioja.es*: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5980475.pdf>

OPS. (2003). *www.paho.org*. Recuperado el 14 de 08 de 2021, de *www.paho.org*:  
[https://www.paho.org/dor/dmdocuments/guia\\_instrumentos\\_calidad\\_atencion.pdf](https://www.paho.org/dor/dmdocuments/guia_instrumentos_calidad_atencion.pdf)

PérezI, o. M., ReyesII, R. M., AbreuIII, M. d., FortesIV, M. P., & OchoaV, I. I. (12 de 2008).  
*scielo.sld.cu*. Recuperado el 15 de 08 de 2021, de *scielo.sld.cu*: .  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000400013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013)

Portal Calidad Total. (09 de 09 de 2015). *ctcalidad.blogspot.com*. Recuperado el 11 de 09 de  
2021, de *ctcalidad.blogspot.com*: <http://ctcalidad.blogspot.com/2015/09/la-trilogia-de-juran.html>

## ANEXOS

### Matriz FODA

Al aplicar la normativa ISO 9001 2015 nos encontramos que los datos proporcionados por la matriz FODA coinciden con los obtenidos en la fase diagnóstica de la metodología.

| <b>INTERNOS</b>  |   |
|--|---|
| <p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital joven en infraestructura</li> <li>• Personal capacitado y especializado en áreas quirúrgicas.</li> <li>• Equipamiento y tecnología modernos,</li> <li>• El hospital cuenta con departamento de gestión de calidad.</li> <li>• Se cuenta con servicio las 24 horas del día los siete días de la semana.</li> <li>• Cuenta con protocolos de seguridad del paciente.</li> <li>• Formularios de consentimientos informados orientados a procedimiento.</li> </ul> | <p><b>DEBILIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de registros de medición de estándares de calidad.</li> <li>• Mantenimiento preventivo que no se ejecuta en las fechas planificadas.</li> <li>• Falta de compromiso de ciertos colaboradores en el correcto uso del consentimiento informado.</li> <li>• Los protocolos existentes en la actualidad se aplican de forma parcial.</li> <li>• Falta de un programa de educación continua propia del área.</li> </ul> |
| <b>EXTERNOS</b>  |   |
| <p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es una unidad referente para cinco provincias.</li> <li>• Sistema integrado de referencia, contra referencia y derivaciones.</li> <li>• Gran demanda de paciente es que requieren soluciones quirúrgicas.</li> <li>• Nivel de aceptación de los usuarios alto.</li> </ul>   | <p><b>AMENAZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción del presupuesto anual por dificultad económica del país.</li> <li>• Reducción del personal a causa de las políticas presupuestarias.</li> <li>• Escases de insumos y equipos que prolonga el tiempo de espera para resolución quirúrgica.</li> </ul>  |

## Matriz de plan de acción dirección nacional de calidad de calidad del IESS

|  |   | INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL<br>HOSPITAL GENERAL QUEVEDO<br>UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA<br>PLAN DE ACCIÓN Y MEJORA CONTINUA |          |                |        |              |      |                    |           |            |              |                             |                      |                           |             |  |
|---|---|--|----------|----------------|--------|--------------|------|--------------------|-----------|------------|--------------|-----------------------------|----------------------|---------------------------|-------------|--|
| Unidad médica:  |   | HOSPITALIZACION QUIRURGICA   |          |                |        |              |      |                    |           |            |              |                             |                      |                           |             |  |
| Fecha de elaboración del plan de mejora:  |   | 28/06/2021   |          |                |        |              |      |                    |           |            |              |                             |                      |                           |             |  |
| PLAN DE ACCIÓN  |   |  |          |                |        |              |      |                    |           |            |              |                             |                      |                           |             |  |
| Nro   | FACTORES CONTRIBUTIVOS /NUDO CRÍTICO / NO CONFORMIDAD | ACCIÓN DE MEJORA   | OBJETIVO | TIPO DE ACCION | FECHA  |              | META | EQUIPO RESPONSABLE | INDICADOR | DURACIÓN   | SEGUIMIENTO  |                             |                      |                           |             |  |
|   |   |  |          |                | INICIO | FINALIZACIÓN |      |                    |           |            | ESTADO       | PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO | FECHA DE SEGUIMIENTO | EVIDENCIA DEL SEGUIMIENTO | OBSERVACIÓN |  |
| 1   |   |  |          |                |        |              |      |                    |           |            |              |                             |                      |                           |             |  |
| 2   |   |  |          |                |        |              |      |                    |           | Permanente |              |                             |                      |                           |             |  |
| 3   |   |  |          |                |        |              |      |                    |           | Permanente |              |                             |                      |                           |             |  |
| 4   |   |  |          |                |        |              |      |                    |           | Permanente |              |                             |                      |                           |             |  |
| 5   |   |  |          |                |        |              |      |                    |           | Permanente |              |                             |                      |                           |             |  |
| 6   |   |  |          |                |        |              |      |                    |           | Permanente |              |                             |                      |                           |             |  |
| 3   |   |  |          |                |        |              |      |                    |           | Permanente |              |                             |                      |                           |             |  |
|   |   |  |          |                |        |              |      |                    |           | TOTAL      | CUMPLE       | 0                           |                      |                           |             |  |
|   |   |  |          |                |        |              |      |                    |           |            | NO CUMPLE    | 0                           |                      |                           |             |  |
|   |   |  |          |                |        |              |      |                    |           |            | EN EJECUCIÓN | 0                           |                      |                           |             |  |