

Manual de Gestión de Calidad ISO 1701:2023

**Contenido**

**1. Introducción**

**1.1 Propósito del Manual de Gestión de Calidad**

**1.1.1 Objetivos Específicos**

**1.1.2 Revisión y Actualización del Manual**

**2. Alcance**

**2.1 Alcance del Sistema de Gestión de Calidad**

**2.1.1 Definición del Alcance**

**2.1.2 Exclusiones del Alcance**

**2.1.3 Justificación del Alcance**

**2.1.4 Referencias a Documentos**

**2.1.5 Comunicación del Alcance**

**2.2 Revisión y Actualización del Alcance  
  
2.3 Referencias Documentales**

**3. Términos y Definiciones**

**3.1 Propósito de los Términos y Definiciones**

**3.2 Términos y Definiciones Claves**

**3.3 Revisión y Actualización de los Términos y Definiciones**

**3.4 Referencias Documentales**

**4. Contexto de la Organización**

**4.1 Comprensión de la Organización y su Contexto**

**4.1.1 Identificación del Contexto Interno y Externo**

**4.1.2 Herramientas y Métodos para el Análisis del Contexto**

**4.1.3 Documentación y Comunicación del Contexto**

**4.1.4 Revisión y Actualización del Contexto**

**4.1.5 Referencias Documentales**

**4.2 Comprensión de las Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas**

**4.2.1 Identificación de las Partes Interesadas**

**4.2.2 Identificación de Necesidades y Expectativas**

**4.2.3 Mecanismos para Recopilar y Monitorear Necesidades y Expectativas**

**4.2.4 Integración de las Necesidades y Expectativas en el SGC**

**4.2.5 Documentación y Comunicación**

**4.2.6 Revisión y Actualización**

**4.2.7 Referencias Documentales**

**4.3 Determinación del Alcance del Sistema de Gestión de Calidad en las Organizaciones de Salud**

**4.3.1 Propósito de la Determinación del Alcance**

**4.3.2 Factores Considerados en la Determinación del Alcance**

**4.3.3 Definición del Alcance del SGC**

**4.3.4 Exclusiones del Alcance**

**4.3.5 Documentación del Alcance**

**4.3.6 Comunicación del Alcance**

**4.3.7 Revisión y Actualización del Alcance**

**4.3.8 Referencias Documentales**

**4.4 Sistema de Gestión de la Calidad en Organizaciones de Salud**

**4.4.1 Descripción General del Sistema de Gestión de Calidad (SGC)**

**4.4.1.1 Principios Fundamentales del SGC**

**4.4.2 Componentes del Sistema de Gestión de Calidad**

**4.4.2.1 Política de Calidad**

**4.4.2.2 Objetivos de Calidad**

**4.4.2.3 Manual de Gestión de Calidad**

**4.4.2.4 Procesos Documentados**

**4.4.2.5 Procedimientos Operativos Estándar (POE)**

**4.4.2.6 Registros de Calidad**

**4.4.2.7 Auditorías Internas**

**4.4.2.8 Revisión por la Dirección**

**4.4.3 Implementación del SGC**

**4.4.4 Evaluación de la Eficacia del SGC**

**4.4.5 Documentación y Comunicación del SGC**

**4.4.6 Revisión y Actualización del SGC**

**4.4.7 Referencias Documentales**

**5. Liderazgo**

**5.1 Liderazgo y Compromiso**

**5.1.1 Liderazgo de la Alta Dirección**

**5.1.2 Compromiso de la Alta Dirección con el SGC**

**5.1.3 Integración del SGC en la Estrategia del Hospital**

**5.1.4 Liderazgo en la Gestión de Riesgos y Oportunidades**

**5.1.5 Documentación y Comunicación del Liderazgo y Compromiso**

**5.1.6 Revisión y Actualización**

**5.1.7 Referencias Documentales**

**5.2 Política de Calidad en la Atención de Salud**

**5.2.1 Propósito de la Política de Calidad**

**5.2.2 Contenido de la Política de Calidad**

**5.2.2.1 Compromiso con la Calidad**

**5.2.2.2 Seguridad del Paciente**

**5.2.2.3 Mejora Continua**

**5.2.2.4 Enfoque en el Paciente**

**5.2.2.5 Cumplimiento Normativo y Legal**

**5.2.2.6 Responsabilidad Social y Sostenibilidad**

**5.2.3 Comunicación de la Política de Calidad**

**5.2.4 Revisión y Actualización de la Política de Calidad**

**5.2.5 Ejemplos de Aplicación de la Política de Calidad**

**5.2.6 Documentación y Referencias**

**5.2.7 Conclusión**

**5.3 Roles, Responsabilidades y Autoridades**

**5.3.1 Propósito**

**5.3.2 Estructura Organizacional y Roles Clave**

**5.3.3 Responsabilidad y Autoridad en la Toma de Decisiones**

**5.3.4 Comunicación de Roles, Responsabilidades y Autoridades**

**5.3.5 Revisión y Actualización de Roles y Responsabilidades**

**5.4 Enfoque en el Usuario de los Servicios**

**5.4.1 Propósito**

**5.4.2 Identificación de los Usuarios de los Servicios**

**5.4.3 Comprensión de las Necesidades y Expectativas de los Usuarios**

**5.4.4 Enfoque en la Experiencia del Paciente**

**5.4.5 Participación del Paciente en su Atención**

**5.4.6 Monitoreo y Mejora de la Satisfacción del Usuario**

**5.4.7 Comunicación y Resolución de Problemas**

**5.4.8 Documentación y Referencias**

**5.4.9 Revisión y Actualización**

**5.5 Acceso a la Atención**

**5.5.1 Propósito**

**5.5.2 Principios de Acceso a la Atención**

**5.5.3 Identificación de Barreras de Acceso**

**5.5.4 Estrategias para Mejorar el Acceso a la Atención**

**5.5.4.1 Políticas de Atención Asequible**

**5.5.4.2 Mejora de la Disponibilidad de Servicios**

**5.5.4.3 Eliminación de Barreras Geográficas y Culturales**

**5.5.5 Monitoreo del Acceso a la Atención**

**5.5.6 Revisión y Mejora Continua**

**6. Planificación**

**6.1 Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades**

**6.1.1 Generalidades**

**6.1.2 Cultura de Riesgo**

**6.1.3 Procesos de Gestión de Riesgos**

**6.2 Objetivos de Calidad en la Atención de Salud y Planificación para Alcanzarlos**

**6.2.1 Propósito**

**6.2.2 Definición de los Objetivos de Calidad**

**6.2.3 Proceso de Establecimiento de Objetivos**

**6.2.4 Planificación para Alcanzar los Objetivos**

**6.2.5 Monitoreo y Evaluación de los Objetivos de Calidad**

**6.2.6 Mejora Continua**

**6.2.7 Comunicación de los Resultados**

**6.3 Planificación de Cambios**

**6.3.1 Propósito**

**6.3.2 Tipos de Cambios**

**6.3.3 Principios de la Planificación de Cambios**

**6.3.4 Proceso de Planificación de Cambios**

**7. Soporte**

**7.1 Recursos**

**7.1.1 Recursos Humanos**

**7.1.2 Recursos Financieros**

**7.1.3 Infraestructura**

**7.1.4 Recursos Tecnológicos**

**7.1.5 Suministros y Recursos Materiales**

**7.1.6 Monitoreo y Evaluación de Recursos**

**7.1.7 Revisión y Mejora Continua**

**7.2 Competencia**

**7.2.1 Propósito**

**7.2.2 Determinación de la Competencia Necesaria**

**7.2.3 Proceso Documentado de Reclutamiento**

**7.2.4 Asegurar la Competencia del Personal**

**7.2.5 Acciones para Adquirir la Competencia Necesaria**

**7.2.6 Orientación y Alineación con el Rol**

**7.2.7 Formación Continua y Evaluación del Desempeño**

**7.2.8 Formación en Preferencias de los Usuarios de Servicios**

**7.2.9 Retención de Información Documentada**

**7.3 Conciencia**

**7.3.1 Propósito**

**7.3.2 Conciencia de la Política de Calidad y Objetivos**

**7.3.3 Contribución a la Eficacia del Sistema de Gestión de Calidad**

**7.3.4 Implicaciones del Incumplimiento con los Requisitos del SGC**

**7.3.5 Monitoreo de la Conciencia**

**7.4 Comunicación**

**7.4.1 General**

**7.4.2 Comunicación con los Usuarios de los Servicios**

**7.4.3 Comunicación Clínica**

**7.4.4 Comunicaciones Externas**

**7.5 Información Documentada**

**7.5.1 Generalidades**

**7.5.2 Creación y Actualización de la Información Documentada**

**7.5.2.1 Identificación y Descripción**

**7.5.2.2 Formato y Medios**

**7.5.2.3 Revisión y Aprobación**

**7.5.3 Control de la Información Documentada**

**7.5.3.1 Disponibilidad y Adecuación para el Uso**

**7.5.3.2 Protección de la Información Documentada**

**7.5.3.3 Control de la Distribución, Acceso, Recuperación y Uso**

**7.5.3.4 Almacenamiento y Preservación**

**7.5.3.5 Control de Cambios y Revisión Periódica**

**7.5.3.6 Retención y Disposición**

**7.5.3.7 Control de Información Documentada de Origen Externo**

**7.5.4 Sistemas de Gestión de la Información**

**7.5.4.1 Validación del Sistema de Gestión de la Información**

**7.5.4.2 Protección Contra Accesos No Autorizados**

**7.5.4.3 Salvaguarda Contra Manipulaciones y Pérdidas**

**7.5.4.4 Mantenimiento de la Integridad de los Datos**

**7.5.4.5 Gestión de Incidentes de Mal Funcionamiento**

**7.5.4.6 Respaldo de Datos**

**7.5.4.7 Planes de Contingencia**

**7.5.4.8 Protección Contra Riesgos Cibernéticos**

**7.5.4.9 Gestión Externa del Sistema de Información**

**7.5.4.10 Contribución de Datos a Bases de Datos Externas**

**7.5.5 Control y Gestión de la Información Electrónica**

**7.5.5.1 Requisitos para la Gestión de Archivos Electrónicos**

**7.5.5.2 Definición y Mantenimiento de Registros Clínicos**

**7.5.5.3 Acceso a los Registros Clínicos**

**7.5.5.4 Modificaciones en los Registros**

**7.5.6 Auditoría de Registros**

**7.5.6.1 Definición de Registros Clínicos y No Clínicos**

**7.5.6.2 Auditorías Periódicas de Registros**

**7.5.6.3 Contenido de los Registros Clínicos**

**7.5.6.4 Verificación de Fechas, Horas e Identidad**

**7.5.6.5 Cumplimiento con Requisitos Legales**

**7.5.6.6 Documentación de la Auditoría y Resultados**

**8. Operación**

**8.1 Planificación y Control Operacional**

**8.1.1 Establecimiento de Criterios para los Procesos**

**8.1.2 Implementación y Control de Procesos**

**8.1.3 Control de Cambios Planificados y No Planificados**

**8.1.4 Control de Procesos, Productos y Servicios Externos**

**8.2 Gestión y Mantenimiento de las Instalaciones de Atención Médica**

**8.2.1 Generalidades**

**8.2.1.1 Plan de Mantenimiento Programado**

**8.2.1.2 Tiempos de Respuesta ante Averías**

**8.2.1.3 Alineación con Planes de Expansión Futura**

**8.2.1.4 Mantenimiento de Planos As-Built**

**8.2.1.5 Cumplimiento con Normativas de Construcción y Accesibilidad**

**8.2.1.6 Mantenimiento Preventivo de Sistemas Críticos**

**8.2.1.7 Evaluación de Riesgos en Renovaciones y Mantenimiento**

**8.2.1.8 Suministro de Agua Potable**

**8.2.1.9 Cumplimiento de Estándares de Tratamiento de Agua**

**8.2.1.10 Limpieza de Tanques y Pozos de Agua**

**8.2.1.11 Gestión de Ambulancias y Vehículos de Transporte**

**8.2.1.12 Sistemas de Comunicación de Emergencia**

**8.2.1.13 Suministro Eléctrico Adecuado**

**8.2.1.14 Flujo de Aire en Áreas Críticas**

**8.2.1.15 Señalización Comprensible**

**8.2.2 Planificación de Contingencias para Instalaciones y Servicios**

**8.2.2.1 Plan de Respuesta a Emergencias**

**8.2.2.2 Detección y Contención de Incendios**

**8.2.2.3 Planes de Salida y Simulacros**

**8.2.2.4 Interrupciones de Energía**

**8.2.2.5 Manejo Seguro de Gases Médicos**

**8.2.2.6 Planes de Evacuación**

**8.2.2.7 Disponibilidad de Nutrición y Agua**

**8.2.2.8 Medidas de Seguridad en Condiciones Adversas**

**8.2.3 Equipos**

**8.2.3.1 Identificación de Equipos Requeridos**

**8.2.3.2 Inspección y Calibración de Equipos**

**8.2.3.3 Evaluación de Compatibilidad**

**8.2.3.4 Registro de Uso y Mantenimiento de Equipos**

**8.2.3.5 Capacitación del Personal en el Uso de Equipos**

**8.2.3.6 Equipos de Protección Personal (EPP)**

**8.2.3.7 Control de Equipos en Todos los Niveles de Servicio**

**8.3 Gestión de Residuos**

**8.3.1 Generalidades**

**8.3.1.1 Recolección, Segregación, Tratamiento y Disposición de Residuos**

**8.3.1.2 Capacitación en Disposición de Residuos**

**8.3.1.3 Manejo y Almacenamiento de Materiales Peligrosos**

**8.3.1.4 Proceso para la Gestión de Derrames**

**8.3.2 Reducción de Residuos**

**8.3.2.1 Plan de Reducción de Residuos**

**8.3.2.2 Áreas de Reducción de Residuos Físicos**

**8.3.2.3 Áreas de Reducción de Residuos Administrativos**

**8.3.2.4 Monitoreo y Mejora Continua**

**8.3.3 Responsabilidad Ambiental**

**8.3.3.1 Uso de Químicos Amigables con el Medio Ambiente**

**8.3.3.2 Uso de Fuentes de Energía y Monitoreo del Consumo**

**8.3.3.3 Selección de Materiales Sostenibles**

**8.3.3.4 Gestión de Equipos en Desuso**

**8.3.3.5 Implementación de las 6R**

**8.3.3.6 Concienciación sobre Responsabilidad Ambiental**

**8.4 Manejo y Almacenamiento de Materiales**

**8.4.1 Documentación del Control de Materiales**

**8.4.2 Identificación y Manejo de Materiales**

**8.4.3 Preservación de Materiales**

**8.4.4 Transporte y Almacenamiento**

**8.4.5 Protección de Materiales**

**8.5 Pertenencias de los Usuarios del Servicio**

**8.5.1 Gestión de Medicamentos Traídos por los Usuarios**

**8.5.2 Almacenamiento de Artículos Personales**

**8.5.3 Gestión de Dispositivos Eléctricos Personales**

**8.5.4 Evaluación de Riesgos de Seguridad de Propiedades**

**8.5.5 Notificación de Pérdida, Daño o Inutilidad de Propiedades**

**8.5.6 Manejo de Propiedades Ilegales**

**8.6 Tecnologías Emergentes**

**8.6.1 Evaluación y Mitigación de Riesgos**

**8.6.2 Validación de la Inteligencia Artificial en la Toma de Decisiones**

**8.6.3 Evaluación de la Experiencia del Usuario**

**8.6.4 Implementación Segura de Tecnologías Emergentes**

**8.7 Diseño de Servicios en el Sector Salud**

**8.7.1 Definición y Documentación del Proceso de Diseño de Servicios**

**8.7.2 Identificación y Participación de las Partes Interesadas**

**8.7.3 Herramientas y Recursos Necesarios**

**8.7.4 Cumplimiento de Estándares y Normativas**

**8.7.5 Cumplimiento de Requisitos Legales y Estatutarios**

**8.7.6 Consideración del Conocimiento Médico y la Evidencia Científica**

**8.7.7 Consideración de Recursos Actuales y Futuros**

**8.7.8 Gestión de Riesgos**

**8.7.9 Seguridad del Personal y los Pacientes**

**8.7.10 Bienestar del Personal**

**8.7.11 Acceso del Usuario al Servicio**

**8.7.12 Necesidades de Alcance Comunitario y Educación**

**8.7.13 Factores Externos y Ambientales**

**8.7.14 Controles y Documentación**

**8.8 Suministros y Servicios de Proveedores Externos**

**8.8.1 Definición de Criterios para la Evaluación de Proveedores**

**8.8.2 Consideración de la Seguridad**

**8.8.3 Procesos de Recepción y Verificación**

**8.8.4 Comunicación y Documentación de Problemas**

**8.8.5 Alineación con el Sistema de Gestión de Calidad**

**8.8.6 Registros de Desempeño y Comunicación**

**8.8.7 Documentación de Expectativas y Requisitos Contractuales**

**8.9 Prestación de Servicios**

**8.9.1 Definición y Documentación del Alcance de los Servicios**

**8.9.2 Derechos y Responsabilidades de los Usuarios**

**8.9.3 Procesos de Registro, Admisión y Alta**

**8.9.4 Protocolos y Procedimientos Clínicos**

**8.9.5 Proceso de Solicitud de Investigaciones Diagnósticas y Medicamentos**

**8.9.6 Equipos de Protección Personal (EPP)**

**8.9.7 Uso de Tecnología en la Atención Médica**

**8.9.8 Procesos para Sedación, Cirugías y Procedimientos**

**8.9.9 Consentimiento Informado**

**8.9.10 Derivación de Usuarios del Servicio a Especialistas**

**8.9.11 Transferencia de Usuarios del Servicio**

**8.9.12 Resumen de Alta**

**8.9.13 Mantenimiento de Información Documentada**

**8.10 Atención Centrada en las Personas**

**8.10.1 Generalidades**

**8.10.2 Experiencia de los Usuarios del Servicio**

**8.10.2.1 Generalidades**

**8.10.3 Atención Compasiva**

**8.10.3.1 Trato con Respeto y Dignidad**

**8.10.3.2 Fomento de la Amabilidad**

**8.10.3.3 Escucha Activa**

**8.10.3.4 Educación sobre la Atención Compasiva**

**8.10.3.5 Capacitación en Cuidados de Fin de Vida**

**8.10.4 Inclusión y Diversidad**

**8.10.4.1 Adopción de Principios de Competencia Cultural**

**8.10.4.2 Capacitación en Competencia Cultural**

**8.10.4.3 Eliminación de Sesgos y Disparidades**

**8.10.4.4 Captura y Mejora de la Competencia Cultural**

**8.10.5 Educación en Salud**

**8.10.5.1 Integración de la Educación en Salud en la Planificación y Evaluación**

**8.10.5.2 Educación del Personal en Salud**

**8.10.5.3 Inclusión de la Población en el Diseño de Información y Servicios de Salud**

**8.10.5.4 Soporte para Cuidadores en Poblaciones Vulnerables**

**8.10.5.5 Estrategias de Comunicación en Salud**

**8.10.5.6 Educación de Salud en Situaciones de Alto Riesgo**

**8.10.5.7 Enfoque en la Toma de Decisiones Informadas**

**8.10.5.8 Atención a las Necesidades de Educación en Salud sin Estigmatización**

**8.10.5.9 Educación para la Prevención y Gestión de Condiciones de Salud**

**8.10.6 Co-producción de Servicios de Salud**

**8.10.6.1 Construcción de Servicios Basados en la Confianza y el Respeto**

**8.10.6.2 Empoderamiento de los Usuarios del Servicio**

**8.10.6.3 Consideración de las Realidades y Valores de los Usuarios**

**8.10.6.4 Creación de un Entorno de Toma de Decisiones Compartida**

**8.10.6.5 Fomento de la Autonomía de los Usuarios**

**8.10.6.6 Promoción de la Amabilidad y la Atención Plena**

**8.10.7 Bienestar del Personal**

**8.10.7.1 Plan Documentado para la Salud y Seguridad del Personal**

**8.10.7.2 Procesos para Gestionar el Bienestar del Personal**

**8.11 Ética**

**8.11.1 Procesos para Identificar y Abordar Dilemas Éticos**

**8.11.2 Capacitación en Manejo de Preocupaciones Éticas**

**8.11.3 Participación de los Usuarios en la Toma de Decisiones Éticas**

**8.12 Seguridad del Paciente**

**8.12.1 Generalidades**

**8.12.1.1 Consideración de Ratios de Personal y Equilibrio de la Fuerza Laboral**

**8.12.1.2 Formulación de Flujo de Trabajo Basado en Equipos**

**8.12.1.3 Evaluación de la Experiencia del Paciente**

**8.12.1.4 Consideración de la Capacidad y Experiencia de las Instituciones**

**8.12.1.5 Sistema de Reporte de Incidentes Críticos**

**8.12.2 Conocimiento y Aprendizaje en Seguridad**

**8.12.2.1 Promoción del Aprendizaje Continuo y Compartición de Conocimientos**

**8.12.2.2 Proceso para Compartir Lecciones Aprendidas**

**8.12.2.3 Recopilación y Análisis de Datos de Seguridad del Paciente**

**8.12.3 Identificación del Paciente**

**8.12.3.1 Identificación del Paciente en Todos los Puntos de Atención**

**8.12.3.2 Uso de Dos Identificadores Únicos**

**8.12.3.3 Exclusión de Números de Habitación, Cama o Ubicación**

**8.12.3.4 Proceso para Circunstancias Especiales**

**8.12.4 Seguridad en la Medicación**

**8.12.4.1 Procesos Documentados de Seguridad en la Medicación**

**8.12.4.2 Directrices para Medicamentos de Alto Riesgo**

**8.12.4.3 Uso Racional de Antibióticos**

**8.12.4.4 Educación sobre Medicamentos para Pacientes y Cuidadores**

**8.12.4.5 Monitorización y Reporte de Errores de Medicación y Eventos Adversos**

**8.12.5 Seguridad en Cirugías**

**8.12.5.1 Despliegue de Personal Suficiente**

**8.12.5.2 Diseño de Infraestructura y Flujo de Trabajo Basado en Factores Humanos**

**8.12.5.3 Prácticas Basadas en la Evidencia para la Anestesia**

**8.12.5.4 Comunicación y Colaboración entre Cirujanos y Anestesiólogos**

**8.12.5.5 Equipos de Monitoreo y Análisis Postoperatorio**

**8.12.5.6 Prevención de Errores de Paciente, Procedimiento o Sitio Incorrecto**

**8.12.6 Prevención y Control de Infecciones (PCI)**

**8.12.6.1 Identificación de Riesgos y Estrategias**

**8.12.6.2 Indicadores, Guías y Procedimientos Operativos**

**8.12.6.3 Sistema de Monitoreo y Auditoría**

**8.12.6.4 Medidas Sistémicas para la Prevención y Control de Infecciones**

**8.12.6.5 Comité de PCI y Actualización de Guías Técnicas**

**8.12.6.6 Programa de Vigilancia y Políticas de Bioseguridad**

**8.12.6.7 Capacitación Anual en PCI**

**8.12.6.8 Participación de los Usuarios en la PCI**

**8.12.6.9 Cultura Organizacional de PCI**

**8.12.7 Prevención de Caídas, Úlceras por Presión y Tromboembolismo**

**8.12.7.1 Identificación de Pacientes en Riesgo de Úlceras por Presión**

**8.12.7.2 Intervenciones para Mantener la Integridad de la Piel**

**8.12.7.3 Plan Integral de Prevención de Caídas**

**8.12.7.4 Identificación de Pacientes en Riesgo de Tromboembolismo**

**8.12.7.5 Protocolos Farmacológicos Basados en la Evidencia para la Prevención del Tromboembolismo**

**8.12.8 Seguridad en el Diagnóstico**

**8.12.8.1 Precisión y Oportunidad en las Pruebas de Laboratorio, Patología e Imagenología**

**8.12.8.2 Reporte de Resultados Críticos**

**8.12.8.3 Comunicación Oportuna de Resultados a Proveedores y Usuarios**

**8.12.8.4 Cumplimiento de Requisitos Regulatorios**

**8.12.8.5 Conservación Integral de Registros de Procedimientos Diagnósticos y Resultados**

**8.12.9 Transfusiones de Sangre**

**8.12.9.1 Educación y Asesoramiento de Donantes**

**8.12.9.2 Compatibilidad y Tipificación**

**8.12.9.3 Protocolos Precisos y Basados en Guías para la Administración de Productos Sanguíneos**

**8.12.9.4 Confirmación del Tipo de Sangre y del Producto Correcto**

**8.12.9.5 Detección de Infecciones Transmisibles por Transfusión**

**8.12.9.6 Recolección, Identificación, Almacenamiento y Administración de Productos Sanguíneos**

**8.12.9.7 Capacitación del Personal en Procedimientos de Transfusión**

**8.12.9.8 Monitoreo y Reporte de Eventos Adversos**

**8.12.9.9 Disposición de Desechos Generados por Transfusiones**

**9.1 Evaluación del Desempeño**

**9.1.1 Generalidades**

**9.1.1.1 Establecimiento de un Sistema de Monitoreo de la Calidad**

**9.1.1.2 Asignación de Responsabilidades**

**9.1.1.3 Definición de Indicadores y Métodos de Monitoreo**

**9.1.1.4 Evaluación del Desempeño y Eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad**

**9.1.2 Indicadores de Calidad en la Atención Médica**

**9.1.2.1 Resultados de Servicios Clínicos y No Clínicos**

**9.1.2.2 Seguridad del Paciente y Reducción de Riesgos**

**9.1.2.3 Estrategias de Minimización y Mitigación de Riesgos**

**9.1.2.4 Capacidad para Proporcionar Continuidad en la Atención**

**9.1.2.5 Tiempos de Espera**

**9.1.2.6 Experiencia del Usuario**

**9.1.2.7 Esfuerzos de Reducción de Desperdicios**

**9.1.2.8 Priorización de Elementos Críticos para el Sistema de Gestión de la Calidad**

**9.1.3 Métodos**

**9.1.3.1 Auditorías Internas y Externas**

**9.1.3.2 Indicadores Clínicos y No Clínicos**

**9.1.3.3 Uso de Datos de los Sistemas de Información de Salud Internos**

**9.1.3.4 Comparación con Referencias (Benchmarking)**

**9.1.3.5 Recolección de Datos Confiables**

**9.1.4 Resultados**

**9.1.4.1 Revisión y Análisis de Resultados**

**9.1.4.2 Plan de Mejora para Casos de No Conformidad**

**9.1.4.3 Compartición de Resultados y Propuestas de Mejora**

**9.2 Auditoría Interna**

**9.2.1.1 Planificación de Auditorías Internas**

**9.2.1.2 Evaluación de la Conformidad**

**9.2.1.3 Evaluación de la Implementación y Mantenimiento**

**9.2.2 Programa de Auditoría Interna**

**9.2.2.1 Planificación y Establecimiento del Programa de Auditoría**

**9.2.2.2 Selección de Auditores y Garantía de Objetividad**

**9.2.2.3 Comunicación de Resultados de Auditoría**

**9.2.2.4 Capacitación y Calificación de Auditores**

**9.2.2.5 Acciones Correctivas**

**9.2.2.6 Frecuencia Mínima de Auditorías**

**9.2.2.7 Evidencia Documental del Programa de Auditoría**

**9.3 Revisión por la Dirección**

**9.3.1 Generalidades**

**9.3.1.1 Revisión Planificada del Sistema de Gestión de la Calidad**

**9.3.1.2 Asegurar la Idoneidad, Adecuación y Efectividad**

**9.3.1.3 Alineación con la Dirección Estratégica**

**9.3.2 Insumos para la Revisión por la Dirección**

**9.3.2.1 Estado de las Acciones de Revisiones Anteriores**

**9.3.2.2 Cambios en Asuntos Externos e Internos**

**9.3.2.3 Cambios en las Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas**

**9.3.2.4 Información sobre el Desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad**

**9.3.2.5 Adecuación de los Recursos**

**9.3.2.6 Financiación Interna y Externa**

**9.3.2.7 Accesibilidad de los Servicios de Salud**

**9.3.2.8 Gestión de Riesgos**

**9.3.2.9 Oportunidades de Mejora Continua**

**9.3.3 Resultados de la Revisión por la Dirección**

**9.3.3.1 Decisiones sobre Oportunidades de Mejora Continua**

**9.3.3.2 Necesidad de Cambios en el Sistema de Gestión de la Calidad**

**9.3.3.3 Documentación de los Resultados de la Revisión**

**9.3.3.4 Comunicación de Resultados a las Partes Interesadas**

**10.1 Mejora Continua**

**10.1.1 Mejora de la Idoneidad, Adecuación y Efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad**

**10.1.2 Uso de Resultados de Análisis y Evaluación para la Mejora**

**10.1.3 Implementación de Mejoras**

**10.2 No Conformidad y Acción Correctiva**

**10.2.1 Generalidades**

**10.2.1.1 Definición del Proceso de Gestión de No Conformidades**

**10.2.1.2 Fuentes de No Conformidades**

**10.2.1.3 Gestión y Acción Correctiva**

**10.2.2 Gestión de No Conformidades y Acciones Correctivas**

**10.2.2.1 Reacción Ante la No Conformidad**

**10.2.2.2 Evaluación de la Necesidad de Acción Correctiva**

**10.2.2.3 Implementación de Acciones Necesarias**

**10.2.2.4 Revisión de la Efectividad de las Acciones Correctivas**

**10.2.2.6 Empoderamiento de las Partes Interesadas**

**10.2.2.7 Comunicación de Lecciones Aprendidas**

**1. Introducción**

**1.1 Propósito del Manual de Gestión de Calidad**

El propósito principal de este Manual de Gestión de Calidad es proporcionar una referencia clara y detallada de cómo [Nombre del Hospital] implementa, gestiona y mejora continuamente su Sistema de Gestión de Calidad (SGC) en cumplimiento con la Norma ISO 7101:2023. Este manual es un documento integral que describe las políticas, procedimientos, procesos y responsabilidades que guían al hospital en la consecución de sus objetivos de calidad, centrados en ofrecer servicios de salud seguros, eficaces y centrados en el paciente.

**1.1.1 Objetivos Específicos**

El manual tiene como objetivos específicos:

1. **Asegurar el cumplimiento de la Norma ISO 7101:2023:** Describir de manera detallada cómo [Nombre del Hospital] cumple con cada uno de los requisitos establecidos en la norma, proporcionando una guía clara tanto para el personal interno como para los auditores externos.
2. **Establecer directrices claras para la calidad en todos los niveles del hospital:** Definir las políticas de calidad y los objetivos que guían todas las actividades del hospital, desde la gestión administrativa hasta la atención directa al paciente.
3. **Facilitar la mejora continua:** Proveer un marco estructurado que permita identificar áreas de mejora, implementar acciones correctivas y asegurar la sostenibilidad de las mejoras a largo plazo.
4. **Establecer la base documental del Sistema de Gestión de Calidad (SGC):** Este manual actúa como el documento central que referencia todos los procedimientos, registros y políticas relacionadas con la gestión de calidad. Los documentos específicos se mencionan a lo largo del manual y están disponibles en el sistema de gestión documental del hospital.
5. **Orientar al personal:** Proveer al personal de todos los niveles del hospital una guía clara sobre sus roles y responsabilidades dentro del SGC, asegurando la competencia y el compromiso de todos los involucrados.

**1.1.2 Revisión y Actualización del Manual**

Este manual se revisa periódicamente, al menos una vez al año, o cuando se produzcan cambios significativos en los requisitos normativos, procesos o estructura organizativa del hospital. La revisión y actualización están a cargo del Comité de Calidad de [Nombre del Hospital], y se documentan todos los cambios realizados.

**2. Alcance**

**2.1 Alcance del Sistema de Gestión de Calidad**

El alcance del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) de [Nombre del Hospital] define los límites y la aplicabilidad del sistema dentro de la organización. Este apartado del manual describe detalladamente cómo el SGC abarca todas las actividades, procesos y servicios que impactan directamente en la calidad de la atención al paciente, así como en la eficacia de las operaciones administrativas y clínicas.

**2.1.1 Definición del Alcance**

El Sistema de Gestión de Calidad de [Nombre del Hospital] cubre todas las áreas y servicios que se ofrecen en las instalaciones del hospital, incluyendo:

* **Servicios Clínicos:** Todas las especialidades médicas y quirúrgicas, desde la consulta ambulatoria hasta los servicios de hospitalización y cirugía.
* **Servicios de Diagnóstico y Terapéuticos:** Incluye laboratorios, radiología, imagenología, y otros servicios diagnósticos, así como servicios de rehabilitación y terapia.
* **Atención de Emergencias:** Gestión de la atención urgente y emergente, asegurando que se sigan los protocolos establecidos y se mantenga la calidad en situaciones de alta presión.
* **Servicios de Apoyo Clínico:** Farmacia, suministro de equipos médicos, y otros servicios esenciales que soportan la atención al paciente.
* **Servicios Administrativos:** Gestión de recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos, que facilitan el funcionamiento eficiente del hospital.
* **Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente:** Todos los procesos y actividades relacionados con la gestión de riesgos, seguridad del paciente y cumplimiento normativo.
* **Relaciones con los Pacientes y Comunidad:** Comunicación y manejo de relaciones con los pacientes y sus familias, así como con la comunidad en general, incluyendo la educación y promoción de la salud.

**2.1.2 Exclusiones del Alcance**

Cualquier área o servicio que no esté bajo el control directo de [Nombre del Hospital], o que sea gestionado por terceros bajo contratos específicos, queda excluido del alcance del SGC. Estas exclusiones están claramente documentadas y justificadas en el manual, y no afectan la capacidad del hospital para cumplir con los requisitos de la Norma ISO 7101:2023.

Ejemplos de posibles exclusiones incluyen:

* **Servicios de Mantenimiento Externos:** Servicios contratados externamente para mantenimiento de equipos que no afectan directamente a la calidad del servicio clínico.
* **Servicios Subcontratados:** Ciertas actividades de soporte o limpieza, siempre y cuando su gestión esté controlada a través de contratos específicos que garanticen la calidad del servicio prestado.

**2.1.3 Justificación del Alcance**

El alcance del SGC se define en base a la misión de [Nombre del Hospital] de proporcionar atención médica de alta calidad, y se justifica por:

1. **Complejidad y Diversidad de Servicios:** [Nombre del Hospital] ofrece una amplia gama de servicios médicos que requieren un enfoque integral en la gestión de la calidad para asegurar la coherencia y efectividad en todas las áreas.
2. **Requerimientos Regulatorios y Normativos:** El SGC está diseñado para cumplir con todas las normativas y regulaciones aplicables a los servicios de salud en México, así como con los requisitos de la Norma ISO 7101:2023.
3. **Impacto en el Paciente y la Comunidad:** El enfoque del SGC se centra en la satisfacción del paciente y en garantizar que se brinden servicios seguros y efectivos que respondan a las necesidades de la comunidad.

**2.1.4 Referencias a Documentos**

Dentro del hospital, el alcance del SGC se documenta y se comunica a través de varios documentos clave, tales como:

* **Documento de Alcance del SGC:** Ref. DOC-004. Este documento proporciona una descripción detallada de los procesos incluidos y excluidos en el SGC.
* **Mapa de Procesos de** [Nombre del Hospital]**:** Ref. DOC-002. Este mapa detalla la interacción entre los diferentes procesos y cómo cada uno se vincula con el alcance del SGC.
* **Procedimientos Específicos de Áreas Clínicas y Administrativas:** Cada área documenta sus procesos específicos dentro del marco del SGC.

**2.1.5 Comunicación del Alcance**

El alcance del SGC se comunica de manera efectiva a todo el personal de [Nombre del Hospital] a través de capacitaciones regulares y del acceso a la documentación relevante en el sistema de gestión documental. Esto asegura que todos los empleados comprendan las áreas cubiertas por el SGC y su responsabilidad en mantener los estándares de calidad.

**2.2 Revisión y Actualización del Alcance**

El alcance del SGC se revisa periódicamente para asegurar que sigue siendo apropiado y relevante. Esta revisión se realiza en conjunto con la revisión del sistema de calidad y se documenta cualquier cambio en el alcance. El Comité de Calidad de [Nombre del Hospital] es responsable de aprobar cualquier modificación.

**2.3 Referencias Documentales**

* **Documento de Alcance del SGC de** [Nombre del Hospital]**:** Ref. DOC-004.
* **Mapa de Procesos de** [Nombre del Hospital]**:** Ref. DOC-002.
* **Procedimiento para la Revisión y Actualización del Alcance del SGC:** Ref. PROC-002.
* **Lista Maestra de Documentos y Registros:** Ref. DOC-003.

Este apartado asegura que el Sistema de Gestión de Calidad de [Nombre del Hospital] esté claramente delimitado, cubriendo todas las áreas críticas para el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 7101:2023, y proporcionando una base sólida para la implementación de prácticas de calidad en toda la organización.

**3. Términos y Definiciones**

**3.1 Propósito de los Términos y Definiciones**

El objetivo de esta sección es proporcionar claridad y consistencia en el uso de términos dentro del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) de [Nombre del Hospital], asegurando que todos los empleados, desde el personal clínico hasta el administrativo, tengan una comprensión común de los términos clave utilizados en la gestión de calidad. Este glosario también facilita la comunicación efectiva tanto dentro del hospital como con auditores externos, reguladores y otras partes interesadas.

**3.2 Términos y Definiciones Claves**

A continuación, se presenta una lista de los términos más relevantes para el SGC de [Nombre del Hospital], junto con sus definiciones según la Norma ISO 7101:2023 y la adaptación a las necesidades del hospital.

**3.2.1 Calidad**

**Definición:** Grado en el que un conjunto de características inherentes de un servicio cumple con los requisitos. **Aplicación en** [Nombre del Hospital]**:** La calidad se mide por la capacidad del hospital para cumplir consistentemente con los estándares de atención establecidos y satisfacer las expectativas de los pacientes.

**3.2.2 Sistema de Gestión de Calidad (SGC)**

**Definición:** Conjunto de políticas, procesos y procedimientos establecidos para lograr los objetivos de calidad. **Aplicación en** [Nombre del Hospital]**:** El SGC abarca todas las actividades relacionadas con la planificación, implementación, supervisión y mejora de la calidad en los servicios hospitalarios.

**3.2.3 No Conformidad**

**Definición:** Incumplimiento de un requisito. **Aplicación en** [Nombre del Hospital]**:** Una no conformidad puede surgir cuando un proceso no cumple con los estándares establecidos o cuando un servicio al paciente no cumple con los requisitos especificados.

**3.2.4 Acción Correctiva**

**Definición:** Acción para eliminar la causa de una no conformidad detectada o de otra situación no deseable. **Aplicación en** [Nombre del Hospital]**:** Las acciones correctivas se implementan para abordar no conformidades en procesos clínicos o administrativos y prevenir su recurrencia.

**3.2.5 Acción Preventiva**

**Definición:** Acción para eliminar la causa de una posible no conformidad u otra situación potencialmente no deseable. **Aplicación en** [Nombre del Hospital]**:** Las acciones preventivas se identifican y se implementan como parte del análisis de riesgos para evitar problemas futuros en la atención al paciente o en la gestión del hospital.

**3.2.6 Política de Calidad**

**Definición:** Intenciones y dirección de una organización relacionadas con la calidad, como se expresan formalmente por la alta dirección. **Aplicación en** [Nombre del Hospital]**:** La política de calidad es un documento clave aprobado por la dirección del hospital, que guía todas las decisiones y acciones relacionadas con la mejora de la calidad.

**3.2.7 Mejora Continua**

**Definición:** Actividad recurrente para aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos. **Aplicación en** [Nombre del Hospital]**:** La mejora continua es un principio central del SGC, y se aplica a todos los procesos del hospital, desde la atención médica hasta la gestión administrativa.

**3.2.8 Riesgo**

**Definición:** Efecto de la incertidumbre sobre los objetivos. **Aplicación en** [Nombre del Hospital]**:** En el contexto del hospital, el riesgo puede referirse a la seguridad del paciente, la eficacia de los tratamientos, o la continuidad de las operaciones hospitalarias.

**3.2.9 Partes Interesadas**

**Definición:** Persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por una decisión o actividad. **Aplicación en** [Nombre del Hospital]**:** Las partes interesadas incluyen a los pacientes, familiares, empleados, proveedores, y reguladores, entre otros.

**3.2.10 Proceso**

**Definición:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, que transforman entradas en salidas. **Aplicación en** [Nombre del Hospital]**:** Cada área del hospital, desde la admisión de pacientes hasta el alta, se gestiona como un proceso que se monitorea y optimiza para asegurar la calidad.

**3.2.11 Auditoría Interna**

**Definición:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencia de auditoría y evaluarla objetivamente para determinar en qué medida se cumplen los criterios de auditoría. **Aplicación en** [Nombre del Hospital]**:** Las auditorías internas son una parte esencial del SGC, utilizadas para revisar la eficacia del sistema y el cumplimiento de los procedimientos.

**3.2.12 Eficacia**

**Definición:** Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se logran los resultados planificados. **Aplicación en** [Nombre del Hospital]**:** La eficacia se mide por la capacidad del hospital para cumplir con sus objetivos de calidad y ofrecer resultados positivos para los pacientes.

**3.3 Revisión y Actualización de los Términos y Definiciones**

Los términos y definiciones en esta sección se revisan y actualizan periódicamente para garantizar que estén alineados con los cambios en la Norma ISO 7101:2023, las prácticas hospitalarias y las expectativas de las partes interesadas. Cualquier actualización se documenta en el registro de cambios del SGC y se comunica a todo el personal del hospital.

**3.4 Referencias Documentales**

* **Glosario de Términos del SGC de** [Nombre del Hospital]**:** Ref. DOC-005.
* **Política de Calidad de** [Nombre del Hospital]**:** Ref. DOC-001.
* **Procedimiento de Gestión de No Conformidades:** Ref. PROC-003.
* **Procedimiento de Mejora Continua:** Ref. PROC-004.

Este apartado proporciona la base terminológica necesaria para que todos los miembros de [Nombre del Hospital] comprendan de manera uniforme los conceptos fundamentales del SGC, lo cual es crucial para la implementación y el mantenimiento efectivo del sistema de gestión de calidad en toda la organización.

**4. Contexto de la Organización**

**4.1 Comprensión de la Organización y su Contexto**

En este apartado se describe cómo [Nombre del Hospital] entiende y gestiona su contexto organizacional. Este análisis es fundamental para asegurar que el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) esté alineado con las realidades internas y externas que afectan al hospital, permitiendo una gestión eficaz y adaptativa en un entorno dinámico.

**4.1.1 Identificación del Contexto Interno y Externo**

**Contexto Interno:** [Nombre del Hospital] evalúa su contexto interno mediante la identificación de los factores que influyen en su capacidad para cumplir con los objetivos de calidad. Estos factores incluyen:

* **Estructura Organizativa:** Detalle de cómo está organizada la estructura de [Nombre del Hospital], incluyendo la jerarquía, los departamentos y la asignación de responsabilidades. Se analiza cómo la estructura interna facilita o puede obstaculizar la implementación de las políticas de calidad.
* **Recursos Disponibles:** Evaluación de los recursos humanos, tecnológicos y financieros que el hospital tiene a disposición para operar y mejorar continuamente el SGC. Esto incluye el análisis de la capacitación del personal, la infraestructura tecnológica y los recursos económicos disponibles para inversiones en calidad.
* **Cultura Organizacional:** La cultura y los valores predominantes en [Nombre del Hospital] juegan un papel importante en la implementación del SGC. Se promueve una cultura de mejora continua y atención centrada en el paciente, con el compromiso de todos los empleados hacia la calidad.
* **Capacidades:** Habilidades técnicas, conocimientos y capacidades operativas que tiene el hospital para cumplir con sus objetivos de calidad. Esto incluye la competencia del personal médico y administrativo, así como las capacidades tecnológicas y operativas.

**Contexto Externo:** El análisis del contexto externo incluye los factores fuera de [Nombre del Hospital] que pueden afectar su capacidad para cumplir con los requisitos de la Norma ISO 7101:2023. Los principales factores a considerar son:

* **Regulaciones Gubernamentales y Normativas:** [Nombre del Hospital] opera en un entorno altamente regulado, lo que incluye normativas de salud a nivel local, estatal y federal. Este apartado describe cómo el hospital se asegura de cumplir con todas las leyes y regulaciones pertinentes, incluyendo las inspecciones y auditorías externas.
* **Expectativas de los Pacientes y Comunidad:** Análisis de las expectativas de los pacientes y de la comunidad en general. Esto incluye la satisfacción del paciente, la percepción pública del hospital, y las demandas cambiantes en cuanto a los servicios de salud.
* **Tendencias en el Sector Salud:** [Nombre del Hospital] monitorea activamente las tendencias emergentes en el sector salud, incluyendo avances tecnológicos, cambios en las políticas de salud y nuevos modelos de atención médica. Estas tendencias pueden influir en la dirección estratégica del hospital y en la implementación del SGC.
* **Entorno Económico:** El impacto del entorno económico, tanto a nivel nacional como regional, en las operaciones del hospital, incluyendo los recursos financieros disponibles, la capacidad para invertir en mejoras de calidad y la gestión de costos operativos.

**4.1.2 Herramientas y Métodos para el Análisis del Contexto**

Para realizar un análisis exhaustivo del contexto, [Nombre del Hospital] utiliza varias herramientas y métodos, tales como:

* **Análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas):** Se realiza un análisis FODA para identificar las fortalezas internas que el hospital puede aprovechar, las debilidades que necesita corregir, las oportunidades externas que puede capitalizar, y las amenazas que debe mitigar.
* **PESTEL (Político, Económico, Social, Tecnológico, Ecológico, Legal):** Se emplea el análisis PESTEL para evaluar los factores externos que pueden influir en el desempeño del hospital y su SGC. Este análisis permite una visión holística de cómo los factores macroeconómicos y sociales afectan al hospital.
* **Revisión de Datos y Reportes:** [Nombre del Hospital] realiza una revisión continua de los datos operativos, informes de satisfacción del paciente, y estudios de mercado para mantenerse informado sobre su contexto interno y externo.

**4.1.3 Documentación y Comunicación del Contexto**

El análisis del contexto organizacional se documenta formalmente en el **Informe Anual de Contexto Organizacional** (Ref. DOC-006). Este informe es revisado periódicamente, al menos una vez al año, o cuando hay cambios significativos en el entorno interno o externo del hospital.

Además, el contexto organizacional y sus implicaciones se comunican regularmente al personal a través de reuniones, capacitaciones y boletines internos. Esto asegura que todo el personal esté consciente de cómo el contexto en el que opera el hospital afecta sus responsabilidades y contribuye al éxito del SGC.

**4.1.4 Revisión y Actualización del Contexto**

El contexto organizacional no es estático; puede cambiar con el tiempo debido a nuevos desarrollos internos o cambios en el entorno externo. Por lo tanto, [Nombre del Hospital] realiza revisiones periódicas para asegurarse de que el SGC siga siendo relevante y efectivo. Las revisiones del contexto organizacional se llevan a cabo junto con la revisión general del sistema de calidad y se documentan todos los cambios importantes en el **Informe Anual de Contexto Organizacional**.

**4.1.5 Referencias Documentales**

* **Informe Anual de Contexto Organizacional de** [Nombre del Hospital]**:** Ref. DOC-006.
* **Análisis FODA del Hospital:** Ref. DOC-007.
* **Informe PESTEL de** [Nombre del Hospital]**:** Ref. DOC-008.
* **Procedimiento de Revisión del Contexto Organizacional:** Ref. PROC-005.
* **Lista Maestra de Documentos y Registros:** Ref. DOC-003.

Este capítulo asegura que [Nombre del Hospital] comprenda plenamente su contexto organizacional, lo que le permite tomar decisiones informadas y estratégicas para mantener y mejorar su Sistema de Gestión de Calidad, alineado con la Norma ISO 7101:2023.

**4.2 Comprensión de las Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas**

Este apartado del Manual de Gestión de Calidad de [Nombre del Hospital] detalla cómo se identifican y comprenden las necesidades y expectativas de las partes interesadas relevantes para el Sistema de Gestión de Calidad (SGC). Este proceso es esencial para asegurar que las decisiones y acciones del hospital estén alineadas con las expectativas de todas las partes interesadas, lo que contribuye a la mejora continua y al cumplimiento de la Norma ISO 7101:2023.

**4.2.1 Identificación de las Partes Interesadas**

En el contexto de [Nombre del Hospital], las partes interesadas incluyen, pero no se limitan a:

1. **Pacientes:** Personas que reciben o pueden recibir servicios de atención médica en el hospital.
2. **Familiares y Tutores de Pacientes:** Personas que tienen un interés en la atención médica recibida por sus seres queridos.
3. **Empleados del Hospital:** Incluyendo personal médico, de enfermería, administrativo y de apoyo.
4. **Proveedores de Servicios y Suministros:** Empresas y organizaciones que suministran productos y servicios esenciales para el funcionamiento del hospital.
5. **Autoridades Reguladoras y Gubernamentales:** Entidades que establecen y supervisan el cumplimiento de las regulaciones y normativas de salud.
6. **Comunidad Local:** La población y organizaciones locales que interactúan con el hospital y son afectadas por su operación.
7. **Aseguradoras y Pagadores:** Entidades que financian o reembolsan los servicios de salud proporcionados por el hospital.
8. **Inversionistas y Propietarios (si aplica):** Aquellos que tienen un interés financiero en el desempeño del hospital.

**4.2.2 Identificación de Necesidades y Expectativas**

Una vez identificadas las partes interesadas, [Nombre del Hospital] procede a identificar y comprender sus necesidades y expectativas. Esto se realiza a través de diversos métodos, como encuestas, entrevistas, reuniones y análisis de retroalimentación…