INDICE:

1.- INTRODUCCIÓN

1.1 Objetivo

1.2 Alcance

2.- MARCO DE REFERENCIA

2.1 Calidad y compromiso con la calidad

3.- CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

3.1 Presentación de la organización

3.2 Misión

3.3 Visión

3.4 Objetivos Institucionales

3.5 Valores

3.6 Organigrama

3.7 Mapa de Procesos

4.- SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

4.1. Requisitos generales

4.2. Requisitos de la documentación

5.- RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION

5.1 Compromiso

5.2 Enfoque

5.3 Política de Calidad

5.4 Planificación

5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación

5.6. Revisión del Sistema de Gestión de Calidad

6.- ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

6.1. Ejes estratégicos del plan de calidad

Elaborado por: Dr. Leandro Sozzi CCySP	**Revisado por:** Dra. Rubiolo Maite CCySP	**Autorizado por:** Dr. Tomás Diez Director Médico

6.2. Líneas estratégicas del plan de calidad

7.- MODALIDAD DE TRABAJO

7.1. Generación del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente

7.2. Objetivos específicos del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente

7.3. Funciones del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente

7.4. Integrantes del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente

7.5. Estrategia de trabajo del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente

8.- ACTIVIDADES PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

8.2. En relación con la monitorización

8.3. En relación con el diseño

Mapa estratégico para la planificación de la gestión de calidad9.-

9.- DOCUMENTOS VINCULADOS

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Objetivo

El presente Manual de Calidad busca representar de forma clara y coherente la estructura del SANATORIO MAPACI SA como un sistema de gestión basado en estándares de calidad que aseguran la prestación de un servicio al usuario.

Con este Manual de Calidad se persigue:

- Internamente
    - Comunicar la política, procedimientos y requisitos de la calidad en la organización.
    - Describir e implementar en forma efectiva el Programa de Calidad.
    - Proveer un mecanismo de control de las actividades para garantizar la calidad.
    - Proveer bases documentales para auditar el programa de calidad.
    - Formar el personal en las características, métodos y requisitos del programa de calidadde la organización.
- Externamente
    - Demostrar el compromiso con la calidad y las actividades concretas que se llevan adelante para garantizarla a cualquier agente externo o cliente potencial.
    - Demostrar que se cumplen las normas establecidas ante cualquier organismo que suponga una instancia de certificación y/o acreditación.

El objetivo de este Manual de Calidad es el de servir internamente en la estrategia de implantación del programa, y como guía para saber qué hacer para controlar, evaluar y mejorar la calidad.

1.2. Alcance

El Sistema de Gestión de Calidad (SGC) del Sanatorio Mapaci establece y documenta los procedimientos, normas activas y todo documento de prestación del servicio al usuario que se desarrollan a través de la organización.

2. MARCO DE REFERENCIA

A partir de las directrices establecidas por su Directorio, Gerencia General y Dirección Médica, se diseña e implementan estrategias para garantizar el cumplimiento de la misión y visión institucionales.
En este sentido, la planificación estratégica es un proceso clave para la gestión de la organización.
El Sanatorio Mapaci decidió diferenciarse estratégicamente de otras organizaciones a través del siguiente posicionamiento:

- Buscar la excelencia médica.
- Desarrollar la especialización y la tecnología de punta, asociadas a un modelo de cuidado continuo.
- Continuar con la educación médica.
- Fomentar el compromiso institucional de sus integrantes.

Los criterios que sustentan la planificación estratégica son:

- Combinar y desarrollar adecuadamente la excelencia con la eficiencia.
- Posicionarse en función de su diferencial estratégico: el capital humano y un entorno de aprendizaje continuo.
- Desarrollar tecnologías costo efectivas en los análisis marginales.
- Alcanzar la escala que le brinde sustentabilidad económica.

- Mantener la brecha de excelencia con el entorno.

2.1. Calidad y compromiso con la calidad

El Sanatorio Mapaci entendió y adoptó como definición de calidad en salud, la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

Se ha elegido el enfoque interno al considerar que depende directamente del compromiso de los propios evaluados en ser rigurosos con su evaluación y con la mejora de la calidad.

3. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

3.1. Presentación de la organización

En sus comienzos, el Sanatorio MAPACI estaba ubicado en Sarmiento 373 (actualmente PAMI 1), y se lo conocía como el Instituto Médico Quirúrgico MAPACI S.A. (Medicina, Asistencia, y Prevención Aplicadaal Comercio y la Industria).

En el año 1975, luego de la venta del inmueble al PAMI, sus médicos fundadores más el cuerpo de profesionales, deciden juntarse y formar un nuevo Sanatorio que se concreta con la compra del actual edificio en Oroño 1458, donde en su momento funcionaba el Sanatorio Oroño. Este nuevo Sanatorio comienza a funcionar el 1 de agosto de 1975, y contaba con un de sector internación, de terapia, y unos pocos consultorios externos. En 1979, se amplia la institución inaugurando nuevos consultorios y áreas medicas. Desde aquel entonces la institución ha ido creciendo y desarrollándose impulsada por la pasión y el compromiso de sus profesionales en el cuidado de la salud de la comunidad local y de referencia en toda la zona de influencia.

3.2. Misión

La misión del Sanatorio MAPACI es brindar atención médica polivalente de calidad, tanto en la prestación médica como en el servicio general de atención al paciente. Para ello, contamos con un cuerpo médico de excelencia, reconocido en la comunidad médica y apostando a la formación y capacitación permanente de los mismos. Del mismo modo nuestro personal de enfermería, mucamas,

administrativos y de apoyo en general comparte la misma misión, y la institución dispone de todos los recursos a su alcance para el cumplimiento diario de la misma.

3.3. Visión:

La visión del Sanatorio MAPACI es la de mantener el liderazgo de la Traumatología de la Región y crecer en su oferta polivalente hasta alcanzar a ser un sanatorio de alta complejidad que brinde prestaciones médicas de calidad para Rosario y zona de influencia-

3.4. Objetivos de la Institución

* Posicionar la imagen del Sanatorio frente a la Comunidad.
* Brindar al paciente una experiencia que exceda sus expectativas.
* Lograr una organización atractiva para retener empleados y atraer profesionales.
* Alinear la organización con la normativa vigente.
* Mejorar los sistemas de control y gestión de los procesos tanto clínicos como traumatológicos.

3.5. Valores

Los valores del Sanatorio MAPACI se corresponden con los atributos y virtudes de la organización, tales como la transparencia en la práctica, el respeto a la diversidad, al medio ambiente y a la cultura de la calidad asistencial.

- **Idoneidad:** Trabajamos con el profesionalismo que nos otorgan años de trayectoria y conocimiento en cuidados para la salud.
- **Transparencia:** Compartimos información en forma clara y efectiva, respetando el derecho detodos los individuos a estar informados.
- **Confianza:** Creemos en las relaciones basadas en la confianza, procurando brindar un servicio dealta calidad médica.
- **Respeto:** Construimos relaciones basadas en el reconocimiento del otro y en el respeto de

suidentidad individual y dignidad humana.

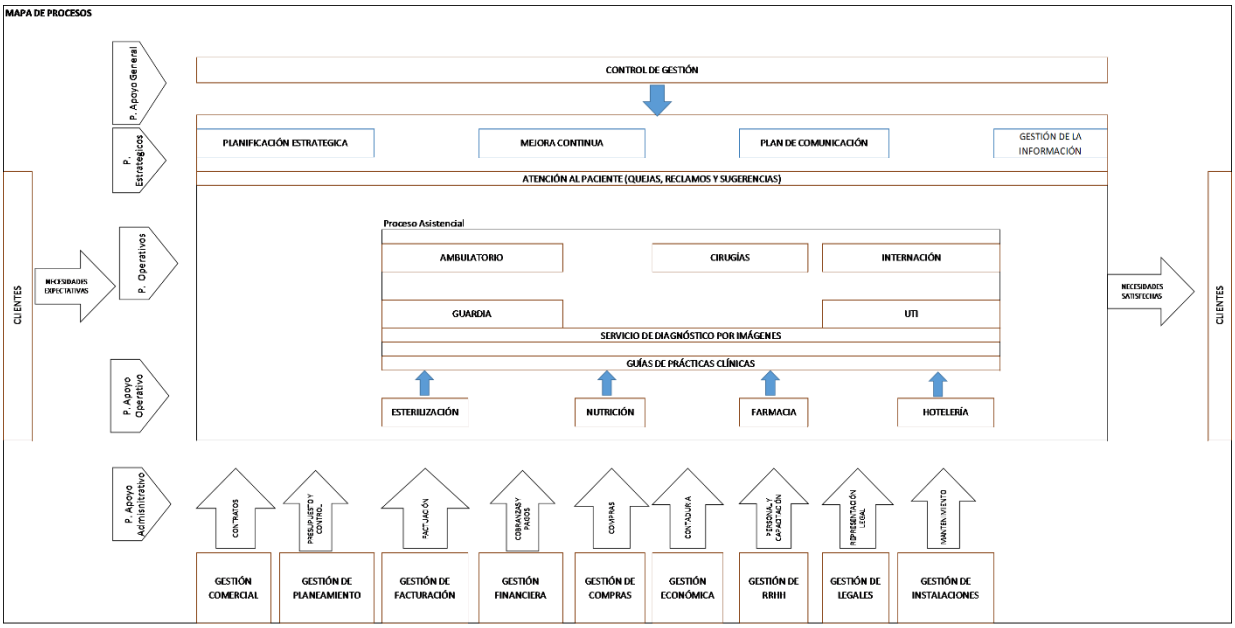
- **Integridad:** Cuidamos la ética de cada una de nuestras acciones, que desarrollamos con rectitudy honestidad.
- **Compromiso:** Nos orientamos hacia la comunidad, decididos a generar valor social a través de laasistencia, la docencia y la investigación.

3.6. **Organigrama de la institución**

Ver documento: 04.RRHH.D05ORGANIGRAMA SANATORIO MAPACI SA 2023

3.7. Mapa de procesos

Ver documento: 05.GER.DF01 Mapa de Procesos



4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4.1. Requisitos generales

El Sanatorio Mapaci ha recopilado en este manual la información referente al establecimiento, documentación, implementación, mantenimiento y mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad con el fin de satisfacer a nuestros clientes internos y externos.

4.2. Requisitos de la documentación

4.2.1. Manual de Calidad

El Manual de Calidad incluye las declaraciones de una política de calidad y de los objetivos de calidad, elalcance del Sistema de Gestión de Calidad y justificación de exclusiones.

4.2.2. Control de Documentos

Da las pautas para realizar futuras modificaciones a los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, de forma tal que estos se puedan acomodar a las condiciones de cambio.

La elaboración, identificación y control de la documentación, es responsabilidad de la Dirección Médicay en Comité de Calidad y Seguridad del Paciente en su rol de proveer la información necesaria para su actualización cuando corresponda.

5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

5.1. Compromiso de la Dirección

El compromiso de la Dirección se evidencia principalmente en:

- Establecer y divulgar la política y los objetivos de calidad.
- Asegurar que las actividades requeridas para el Sistema de Gestión de la Calidad sean planificadas, implementadas, controladas y se le dé seguimiento a su progreso.
- Asegurar la disponibilidad de recursos para mantener el Sistema de Gestión de la Calidad.
- El mejoramiento continuo.
- Asegurar la motivación, formación y sensibilización del personal sobre la importancia de

satisfacer al cliente.

5.2. Enfoque al cliente

La Dirección se compromete a trazar políticas orientadas al cumplimiento de los requisitos de los usuarios y a mejorar su satisfacción.

5.3. Política de Calidad

La Política de Calidad establecida por la alta dirección del Sanatorio Mapaci SA es:

El Sanatorio Mapaci es una institución de salud dedicada a proveer servicios médicos. Para ello, nos comprometemos a utilizar y mantener un Sistema de Gestión de Calidad que cuente con procesos y prácticas gestionadas por un equipo de trabajo profesional de excelencia, a fin de satisfacer de manera eficaz y oportuna las necesidades de nuestros usuarios, proporcionando servicios médicos seguros y confiables, un uso eficiente de los recursos, además de promover el mejoramiento continuo de los procesos y el cumplimiento de los requisitos de los usuarios, legales y reglamentaciones aplicables.

5.4. Planificación

5.4.1. Objetivos de Calidad

La Dirección define los Objetivos de Calidad medibles y consistentes con la Política de Calidad, y asegurasu establecimiento en todos los niveles y funciones relevantes dentro de la organización.

Plantea los objetivos de calidad emanados de la política de calidad establecida, con los cuales buscaimplementar, mantener y mejorar el SGC:

- Contribuir al desarrollo de la salud de los usuarios brindando a la comunidad servicios seguros,oportunos y efectivos.
- Gestionar la aplicación de procesos de mejoramiento continuo de la calidad en las distintas áreasdel establecimiento procurando satisfacer a sus usuarios.
- Desarrollar acciones de prevención de eventos adversos.

5.4.2. Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad

La Dirección se asegura de que la planificación del Sistema de Gestión de Calidad se realice con el fin de cumplir con la Política de Calidad, con los Objetivos de Calidad, y con el establecimiento, documentación, implementación, mantenimiento y mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad con el fin de satisfacer a nuestros usuarios internos y externos.

Además, la Dirección debe asegurarse de que se mantiene la integridad del Sistema de Gestión de Calidad en la planificación e implementación de los cambios que se le realicen.

5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación

5.5.1. Responsabilidad y Autoridad

La Dirección se asegura de que las responsabilidades y autoridades estén definidas y sean comunicadas dentro de la organización. Esto se refleja en el organigrama funcional del Sanatorio Mapaci, en elmanual de funciones y en los roles y funciones de las personas que trabajan en calidad.

5.5.2. Representante de la Dirección

La Dirección del Sanatorio Mapaci ha designado al Comité de Calidad y Seguridad del paciente como su representante para el Sistema de Gestión de Calidad, quien debe asegurarse del establecimiento, implementación y mantenimiento de los procesos necesarios para la Gestión de Calidad, orientados a la satisfacción de los requisitos de los usuarios en todos los niveles de la organización.

5.5.3. Comunicación Interna

La evolución de las acciones será comunicada en reuniones mensuales con los Jefes de Departamento y la Dirección Médica, reuniones a demanda con servicios médicos, de enfermería y de diagnóstico. Se reporta de manera mensual a Alta dirección.

5.6. Revisión del Sistema de Gestión de Calidad

5.6.1. Generalidades

La revisión del SGC se realiza a través del Equipo Directivo.

El objetivo de la revisión del SGC, es asegurar que continúa siendo conveniente, adecuado y eficaz. La revisión incluye además la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política y los objetivos.

5.6.2. Información para la revisión del SGC

El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente coordina la información para la revisión del SGC en la queincluye:

a. El resultado de auditorías a los procesos.

b. Retroalimentación del cliente a través de encuestas de satisfacción.

c. El desempeño de los procesos a través de indicadores.

d. Acciones correctivas y preventivas con la solución de problemas, quejas y reclamos.

e. Cambios que pudieran afectar el Sistema de Gestión de la Calidad.

f. Recomendaciones para la mejora.

5.6.3. Resultados de la Revisión

Los resultados de la revisión por parte de la Dirección deben incluir decisiones y acciones tales como:

- Planes de acción para la mejora de la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad.
- Planes de acción para la mejora de la prestación del servicio en relación con los requisitos de lossusuarios.
- La necesidad de incorporar nuevos recursos o reasignar los existentes.
- Informes de la evolución del Plan de Calidad.

6. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

6.1. Ejes estratégicos del plan de calidad

En la priorización de ejes estratégicos, el impulso fundamental al plan estratégico de nuestro Sanatorio

se apoya en las personas. El proyecto considera a las personas como el valor fundamental en una organización de servicios sanitarios.

Debe conseguirse que estén capacitadas (para que sepan hacer las cosas) y motivadas (para que quieranhacerlas).

Por tanto el plan estratégico de calidad busca gestionar, desarrollar y hacer que aflore todo el potencial de los profesionales que lo componen, tanto a nivel individual como de los servicios, y de la organiza ciónen su conjunto. Todo ello orientado hacia los pacientes y dirigido desde un nuevo modelo de gestión y organización asistencial. Las tecnologías y los sistemas de información actúan como procesos de soporte para los tres ejes que definen al plan:

Personas, Organización y Gestión y Pacientes

6.2. Líneas estratégicas del plan de calidadLiderazgo.

Establecer una estructura y organización clara y formal de manera que cada sector de la institución conozca sus responsabilidades, que cuenten con objetivos específicos alineados a los objetivos de la institución. Generar mecanismos que aseguren la trazabilidad de las decisiones.

Personas.

- Gestionar al personal, desde la búsqueda, selección y formación de estos, con el fin de agregar valor en los servicios que la institución brinda.
- Promover la cultura de la calidad recompensado aquellos colaboradores que demuestren unapreocupación constante por el buen desempeño de los servicios que la institución ofrece.
- Asegurar el buen clima de trabajo, atendiendo las necesidades internas y del sindicato.
- Generar ámbitos de integración entre el personal profesional y los empleados de la institución.

Procesos.

- Generar procesos robustos, formales, documentados, asignado siempre un responsable.
- Definir objetivos de desempeño para los procesos críticos y establecer mecanismos de controlperiódico con el fin de asegurar la mejora continua.
- Alcanzar la certificación Itaes durante el 2023.

Pacientes / Usuarios.

- Establecer mecanismos continuos de evaluación y mediación de los servicios brindados a losusuarios y pacientes de la institución.
- Retroalimentar periódicamente a los responsables de la gestión de áreas de la institución demanera tal que puedan ajustar su desempeño al nivel esperado por el paciente/usuario.

- Lograr que al menos el 90 % de nuestros pacientes / usuarios deseen recomendar los serviciosde Sanatorio MAPACI.

Impacto Social.

- Asegurar el cumplimiento normativo, legal e impositivo.
- Fortalecer la marca MAPACI a nivel regional y proyectarla a nivel nacional.
- Establecer relaciones de negociones estrechas entre la institución las entidades financiadorasde salud con el fin de procurar la sustentabilidad del negocio.
- Respectar las buenas prácticas del cuidado del medio ambiente.
- Establecer vínculos con instituciones académicas.

7. MODALIDAD DE TRABAJO

A continuación, se describe la manera a través de la cual la Dirección del Sanatorio Mapaci SA definió darcumplimiento al presente Manual de Calidad, a fin de lograr una gestión progresiva de la calidad en la Organización.

7.1. Generación del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente

La Dirección Médica y la de Gestión pusieron en marcha el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente; el mismo tiene como objetivo determinar las acciones conducentes para elevar la calidad en la prestación de los servicios de salud de nuestro hospital, garantizando un trato digno, llevando información completa y atención oportuna a todos los usuarios.

7.2. Objetivos específicos del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente

Los objetivos son:

- Asegurar el cumplimiento de las dimensiones claves de la gestión de calidad.
- Seguridad: que no haya lesiones producto de la atención brindada a los pacientes. Trabajando

principalmente en las 6 metas de seguridad del paciente.

- Efectividad: que se provean servicios basados en el conocimiento científico, a todos quienes puedan beneficiarse de ellos, evitando hacerlo a aquellos que no se beneficien.
- Servicio centrado en el paciente: que se provea una atención que sea respetuosa y responda a las preferencias individuales, a las necesidades y a los valores de los pacientes, asegurándose que éstos sean los que guíen la mayor parte de las decisiones clínicas.
- Oportunidad: que se reduzcan las esperas y los retrasos tanto para quienes reciben como para quienes proveen la atención médica.
- Eficiencia: que se evite el desperdicio de equipamiento, insumos, ideas y energía.
- Equidad: que se provean servicios que no varíen su calidad en función de características tales como el género, la etnia y el estatus socioeconómico.

7.3. Funciones del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente

El Comité tendrá como funciones principales:

- Promover la implementación de la gestión de calidad.
- Potenciar la gestión de calidad mediante actividades voluntarias internas con mejoras documentadas.
- Implementar el aprendizaje de herramientas y procesos de mejora.
- Conocer las necesidades y las expectativas para poder mejorar los procesos.
- Desarrollar ciclos completos de mejora (monitoreo y evaluación).
- Organizar capacitaciones en calidad para el personal interno del Sanatorio.
- Trabajar en equipo en todos los niveles de la organización.
- Desarrollar líneas de análisis y estudio para la resolución de problemas metodológicos concretos. Estas funciones serán realizadas por los diferentes grupos que integran la Unidad de Calidad, o bien que trabajan de manera coordinada con la misma.

7.4. Integrantes del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente

Se encuentra integrado por Referentes de las Áreas Medicas, Enfermería, Farmacia, Tecnología Médica, entre otros. Ver documento: 04.RRHH.D17 - Identificación de Comite CySP

7.5. Estrategia de trabajo del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente

El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente en primer lugar definió los elementos estratégicos para el programa de Gestión de la Calidad:

- Liderazgo: la introducción de programas de gestión de la calidad requiere un liderazgo persistente y decidido, pero a la vez participativo, por ese motivo el comité es un brazo de la dirección del sanatorio.
- Definición compartida del contexto de la organización: definir y compartir el contexto de la organización ayuda a cualquier estrategia de implantación.
- Formación extendida a todas las personas: la formación tiene que llegar a todas las personas que queremos que se comprometan y trabajen por mejorar la calidad, es decir, a todo el sanatorio. Determinar los contenidos de la formación, esto es el manual de la calidad y los métodos y herramientas propios de las actividades de mejora continua de la calidad, así como la metodología docente.
- Elaboración y difusión de los documentos/base del programa: por esto se entiende, la generación del presente Manual de Calidad.
- Estructura Organizativa y recursos para el programa: la inversión mínima requerida es en formación y en recursos humanos dedicados a facilitar, potenciar, dar apoyo metodológico y orientar las actividades de mejora de la calidad de la organización, acompañados de una infraestructura mínima para la comunicación y el manejo de datos de la práctica.
- Conocimiento y sintonización con el entorno interno y externo de la organización: la estrategia de implantación debe incluir la manera de relacionarse, adaptarse y, hasta donde sea factible, aprovecharse del entorno.

• Reorientar las actividades para la gestión de calidad existentes en la organización: las que probablemente sean más relevantes son los sistemas de información y la formación continua.

• Implementación de actividades específicas para mejorar la calidad: si bien es posible comenzar con cualquiera de las actividades que hacen a la gestión de calidad, es habitual elegir un ciclo de mejora por su facilidad de comprensión y por su valor didáctico para la gestión de calidad, siendo además motivador si se lleva adelante con éxito.

7.6. Metodología de trabajo del Comité y definición de actividades centrales

Presentará la siguiente metodología de trabajo:

• Coordinación operativa dependiente de la dirección.

• Reuniones operativas acorde a las necesidades fijadas por los miembros del Comité con frecuencia mensual.

• Discusión, redacción y comunicación a través de acta de reunión vía mail a mandos medios y alta dirección.

8. ACTIVIDADES PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Considerando las acciones a desarrollar por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente tendientes al logro de los objetivos planteados, se dispondrán las siguientes actividades entendidas como centrales para la mejora continua de la calidad.

- Ciclos de mejora
- Monitorización
- Actividades de Diseño

8.1. En relación a los ciclos de mejora

Considerando las actividades de los Comités que actuarán en conjunto con los distintos servicios

asistenciales buscando que cada uno de ellos persigan objetivos de mejora continua en la misma dirección que la organización, el Comité realizará actividades de capacitación tendientes a formar a los grupos en herramientas que posibiliten identificar oportunidades de mejora y construir equipos para la mejora. A veces, el análisis del problema sugiere la solución, pero lo habitual es tener que medir y analizar las posibles causas, sean éstas de repercusión conocida o hipotética en el problema de calidad a solucionar. Los ciclos de mejora resultan una actividad imprescindible en los programas de gestión de la calidad.

8.2. En relación con la monitorización

Considerando la monitorización como un punto central el Comité de Calidad en conjunto con el área de epidemiología del Sanatorio, plantea coordinar e indexar los diferentes indicadores generados por los distintos grupos sanatoriales.

Los indicadores deberán ser válidos, fiables y apropiados. Para asegurarnos que construimos o seleccionamos un indicador que tenga las características de validez y fiabilidad, se propuso un esquema resumible en los siguientes 7 puntos:

I. Definición de términos: realizar todas las aclaraciones necesarias en la construcción de los criterios que determinan los numeradores y denominadores, de forma tal que sean normativos y explícitos.

II. Tipo de indicador: se debe explicitar si lo que se mide son datos de estructura (organizativos), proceso o resultado; de igual manera si está previsto que sea un indicador centinela, o que se mida como tasa, como media o como cualquier otro tipo de estimador estadístico.

III. Fundamento: se debe describir por qué lo que vamos a medir es relevante para la calidad del problema, aspecto o servicio a monitorizar.

IV. Población a la que se aplica: se debe describir de forma clara y pormenorizada el universo y la unidad de estudio en la que se va a medir el indicador. La muestra de unidades de estudio va a ser el denominador de los indicadores tipo tasa, proporción y media.

V. Fuente de datos: se deberá detallar toda la secuencia de obtención de los datos, desde la

identificación de unidades de estudio hasta la medición del indicador en sí.

VI. Factores subyacentes: se debe reflexionar y hacer explícito qué tipo de factores pueden influir en el resultado de las mediciones. Hay que distinguir aquellos relacionados con el paciente, que van a ser de confusión a controlar, y los que dependen del sistema de salud y de la actuación de los profesionalesque son los que deberán identificarse como fuente de variación del indicador

VII. Base de datos: se tendrá que comprobar empíricamente la validez.

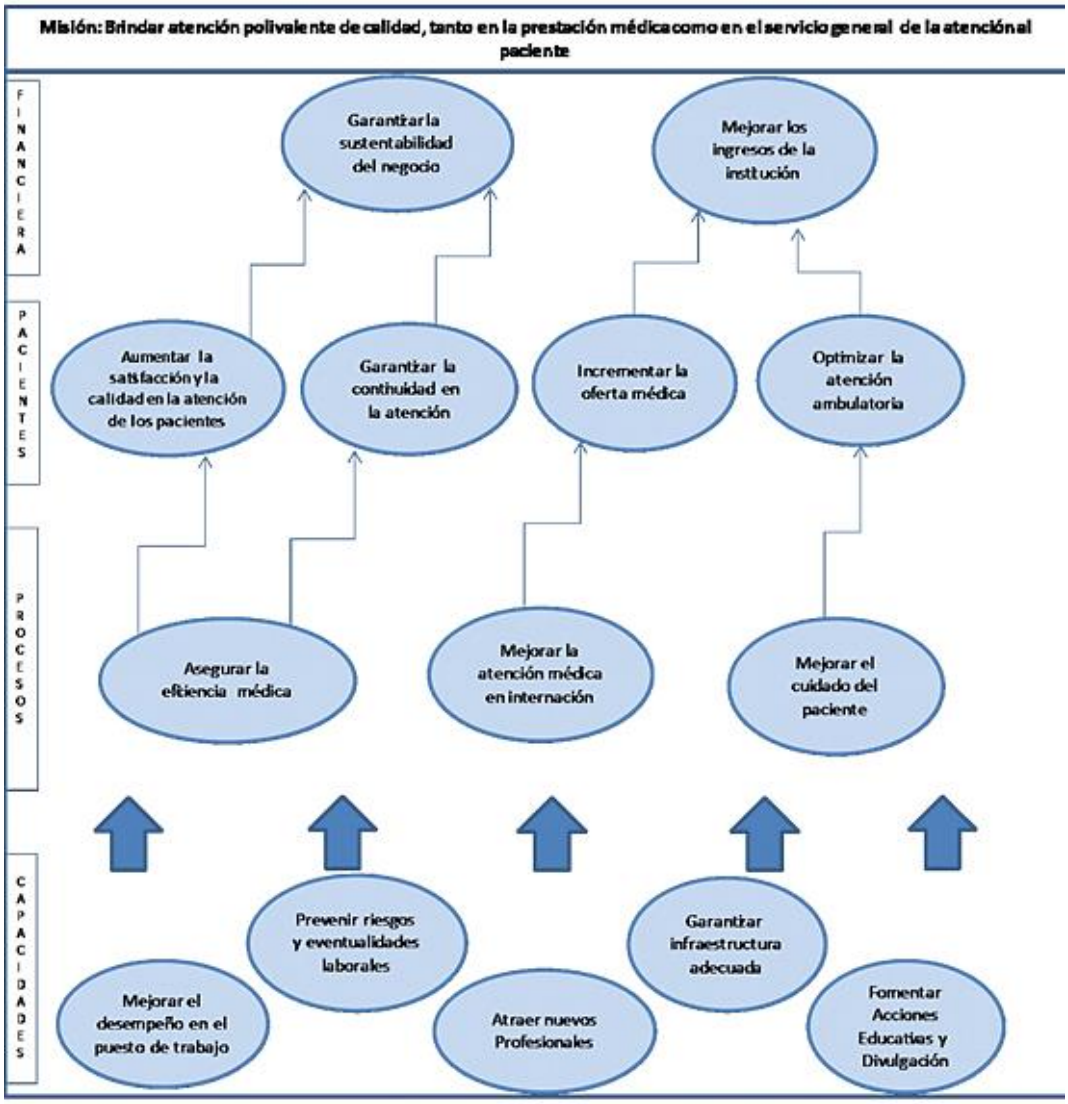
La monitorización de la calidad es una medición periódica y planificada de una serie de indicadores, con el fin de controlar que están a los niveles deseables. Tienen la finalidad de identificar problemas de calidad u oportunidades de mejora. A pesar de su inutilidad como actividad aislada, la monitorización resulta muy atractiva siendo a veces la única actividad sobre calidad que se lleva a cabo.

8.3. Con relación al diseño

La voz del usuario externo será valorada utilizando diferentes estrategias. Se dispone de una normativa para relevar las quejas, sugerencias y reclamos, a través de actas institucionales internas, encuestas de satisfacción y mail de comité; De manera tal, de favorecer la expresión de las dificultades que la población presenta.

En el cliente interno, se otorga la herramienta de reporte de eventos adversos y de notificación vía email. Toda esta información será canalizada en rediseñar o diseñar nuevas estructuras con la intención que las cosas se hagan de acuerdo con unos parámetros prefijados de calidad.

Mapa estratégico para la planificación de la gestión de calidad



Elaborado por: Dr. Leandro Sozzi CCySP	**Revisado por:** Dra. Rubiolo Maite CCySP	**Autorizado por:** Dr. Tomás Diez Director Médico

9. **DOCUMENTOS VINCULADOS**

- 04.RRHH.D05 - ORGANIGRAMA SANATORIO MAPACI S.A
- 05.GER.DF01 Mapa de Procesos
- 04.RRHH.D17 - Identificación de Comité CySP

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Autorizado por:**
Dr. Leandro Sozzi CCySP	Dra. Rubiolo Maite CCySP	Dr. Tomás Diez Director Médico