

Implementación del sistema de gestión de calidad en el Instituto de Hematología e Inmunología

Implementation of the Quality Management System in the Institute of Hematology and Immunology

María de los Ángeles Ramos García^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-4912-5552>

Mariela Forrellat Barrios¹ <https://orcid.org/0000-0002-1590-9191>

Consuelo Macías Abraham¹ <https://orcid.org/0000-0001-5484-096X>

¹Instituto de Hematología e Inmunología. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: calidadihi@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Un sistema de gestión de calidad brinda la estructura organizativa, los procesos, los procedimientos y las herramientas para implementar las actividades y alcanzar los objetivos requeridos. Es un proceso en el que participan directivos, operativos y administrativos. Todos deben reconocer y asumir su responsabilidad para el éxito de la implementación o mejoramiento del sistema y deben esforzarse para alcanzarlo.

Objetivo: Exponer el proceso de implementación del sistema de gestión de calidad del Instituto de Hematología e Inmunología.

Métodos: Se realizó una investigación descriptiva. Se realizaron encuestas, entrevistas y auditorías para mostrar el desarrollo del sistema de gestión de calidad del Instituto de Hematología e Inmunología. El período de estudio fue de 2017-2020 e incluyó 32 áreas del instituto.

Resultados: Se crearon los documentos del sistema de gestión de calidad y el plan de gestión. Se capacitó al personal. Se definieron las políticas, el objetivo y la proyección estratégica de la calidad. Se elaboró y se puso en ejecución todo el sistema documental, con

un total de más de 590 documentos. Las tareas derivadas del plan de gestión de la calidad se cumplieron en un 81,25 %, esto permitió identificar las áreas de mejoras

Conclusiones: La implementación del sistema de gestión de calidad es trascendental para elevar el buen desempeño de una organización de salud y constituye el motor impulsor para lograr la calidad merecida en todos los servicios asistenciales que brinda, lo cual demuestra su importancia para alcanzar los resultados que espera y necesita el sistema de salud cubano.

Palabras clave: gestión de la calidad; calidad; acreditación hospitalaria.

ABSTRACT

Introduction: A quality management system provides the organizational structure, processes, procedures and tools to implement activities and achieve the required objectives. It is a process with the participation of management, operational and administrative personnel. All of them must recognize and assume their responsibility for the successful implementation or improvement of the system and must strive to achieve it.

Objective: To describe the implementation process of the quality management system in the Institute of Hematology and Immunology.

Methods: A descriptive research was carried out. Surveys, interviews and audits were conducted to show the development of the quality management system in Institute of Hematology and Immunology. The study period was 2017-2020 and included 32 institutional areas.

Results: The corresponding documents were created for the quality management system and the management plan. The personnel received training. Quality policies, objective and strategic projection were defined. The entire document system was developed and implemented, with a total of more than 590 documents. The tasks derived from the quality management plan were completed at 81.25 %, which allowed the identification of areas for improvement.

Conclusions: The implementation of the quality management system is transcendental to raise the good performance of a health organization, as well as the driving force to achieve the deserved quality in all the care services provided by any institution, which shows its importance to achieve the outcomes expected and needed by the Cuban health system.

Keywords: quality management; quality; hospital accreditation.

Recibido: 19/03/2021

Aceptado: 19/08/2021

Introducción

La política de la Revolución Cubana tiene como premisa que la salud es un derecho de todos. Además, tiene como propósito, junto a la acción de otros organismos y organizaciones, alcanzar los más altos niveles de calidad de vida de la población; brindar ayuda solidaria a los demás países del mundo y aspira brindar servicios de excelencia a través del mejoramiento permanente de su calidad.⁽¹⁾ Por su parte, la cobertura sanitaria universal (CSU) es una de las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que pretende que las personas y comunidades reciban atención médica sin afectar la economía familiar garantizando que los servicios de salud otorgados se realicen con calidad.⁽²⁾

El Instituto de Hematología e Inmunología (IHI), desde el año 2002 comenzó a capacitar a todo el personal en la temática de la calidad. Se inició en esta etapa un programa para el perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios. Para lograrlo los directivos del hospital se propusieron desarrollar en la institución una cultura de sensibilidad con las necesidades y expectativas de los usuarios.⁽³⁾

La introducción de un sistema de gestión de calidad (SGC) conlleva a reflexionar en términos de dirección estratégica, planificación, objetivos de mejora, política de calidad, mapa de procesos, establecimiento de indicadores, gestión de riesgo y oportunidades.⁽⁴⁾ Actualmente el instituto cuenta con la documentación requerida, la cual conforma el sistema de documentación de apoyo para la toma de acciones que permitan elevar la calidad de todos los servicios que se brindan.

El objetivo de cualquier sistema de gestión, ya sea de calidad, gestión medioambiental o de prevención de riesgos laborales, es garantizar las políticas, especificaciones normativas y legislativas para proceder a la mejora continua de un sistema bien estructurado. A la vez, permite que este cumplimiento sea demostrable mediante la documentación y los registros adecuados.^(5,6) La gestión por la calidad debe verse como el trabajo por reforzar la formación y consolidación de un valor humano, donde lo que más interesa es la satisfacción por la obra

bien hecha y no solo como un conjunto de técnicas y procedimientos que los directivos aplican para comprobar si los que realizan el trabajo lo han hecho bien.⁽⁷⁾

Una organización orientada a la calidad promueve una cultura que da como resultado comportamientos, actitudes, actividades y procesos para proporcionar valor mediante el cumplimiento de las necesidades y expectativas de los clientes y otras partes interesadas pertinentes.⁽⁸⁾ Se hace necesario implementar mejoras continuas en los procesos académicos que lleven a formar profesionales que estén en condiciones de afrontar los retos actuales y futuros de la sociedad, la ciencia, la tecnología y las organizaciones.⁽⁹⁾ Este trabajo se propuso como objetivo exponer el proceso de implementación del sistema de gestión de calidad del Instituto de Hematología e Inmunología.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo. Se aplicaron auditorías, encuestas y entrevistas. El estudio se realizó en el período 2017-2020. Se consideraron las 32 áreas que conforman la estructura orgánica del IHI.

Se tuvieron en cuenta desde el inicio del estudio las cuatro fases del ciclo Deming⁽¹⁰⁾ (planificar, hacer, verificar y actuar). Su objetivo es la autoevaluación continua, que permite descubrir los puntos fuertes que se deben mantener y los aspectos en los que se necesita mejorar.

Se planificó la elaboración de documentos como la política de calidad del instituto, estrategia para la implementación del sistema de gestión de calidad, objetivos de trabajo en función de la estrategia y el plan de gestión de la calidad del que se trazaron siete objetivos.

Se tomó como referencia el modelo de la norma ISO 9001:2015 que incluye cambios significativos para generar impacto y resultados en los clientes y partes interesadas. En esta norma se da una mayor importancia al estudio de contexto, la planificación estratégica, la gestión del cambio y la gestión del riesgo de manera especial, con lo cual se persigue que las organizaciones contextualicen el riesgo en la planificación, implementación, mantenimiento y mejora del sistema.⁽¹¹⁾

El trabajo se dividió en cuatro etapas:

1. Planificación del sistema de gestión de calidad: se realizó un diagnóstico integral de la documentación existente y otras actividades, entre ellos, procedimientos normalizados de operación (PNO), protocolos, capacitaciones, auditorías y evaluaciones de encuestas de satisfacción, que abarcó desde el año 2017 hasta 2020. Sobre la base del diagnóstico se elaboró la planificación de los documentos que debían confeccionarse, y se definió el resto de las acciones.
2. Implementación del SGC: se propuso a la máxima dirección del instituto, la política de calidad, la estrategia para la implementación del SGC, los objetivos de trabajo a partir de la estrategia, el plan de gestión de la calidad y se planificaron acciones para habilitar un servicio de asistencia médica que requirió ser acreditado por entidades externas.

Para la implementación del sistema de gestión documental se estableció un registro denominado índice maestro de documentos. Se planificó la ejecución de los círculos de calidad integrales y se nombraron activistas de calidad por áreas. La divulgación de las acciones de calidad relevantes del instituto se reflejó en un boletín informativo. Se realizaron otras tareas como dar seguimiento a los programas identificados, elaborar y realizar auditorías de calidad internas. Mensualmente se encuestó y entrevistó a pacientes, familiares y prestadores de servicios.

Antes de pasar a la etapa 3 de verificación, se realizó, por el especialista en gestión de la calidad, una auditoría interna a escala piloto, basada en los estándares de acreditación para hospitales por la Joint Commission International,⁽¹²⁾ a una de las áreas del instituto, el Laboratorio de Citomorfología.

3. Verificación del SGC: en esta etapa primó el seguimiento y verificación de los procedimientos, protocolos, procesos y registros. Se realizaron auditorías internas e inspecciones según cronograma del programa anual de auditorías. Se evaluaron los resultados de las encuestas y entrevistas realizadas, teniendo en cuenta los indicadores propuestos en los servicios.
4. Mejoramiento del SGC: se recopiló toda la información disponible para identificar el nivel de mejora y tomar acciones en función de las tareas que generaban inconformidades.

Resultados

Planificación del SGC

Se aprobó por la máxima dirección la política de calidad del instituto donde se manifestaba que:

Es política, promover y desarrollar la investigación científica e innovación tecnológica en las especialidades de Hematología e Inmunología, que permita una mayor seguridad y satisfacción de los pacientes, familiares y prestadores de servicios, protección de la comunidad y del medio ambiente, garantizando el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios vigentes y aplicables y el aumento de la satisfacción de sus clientes. Desarrollar la mejora continua del Sistema de gestión de calidad (SGC) en correspondencia con una gestión eficaz de los riesgos y las oportunidades, el cumplimiento de los objetivos y las expectativas de las partes interesadas pertinentes y como fortaleza para lograr lo antes expuesto se cuenta con personal altamente calificado, profesional, con sentido de pertenencia, responsabilidad y trabajo en equipo, comprometido con la mejora continua del (SGC).^a

Una vez aceptada la política de calidad por la dirección institucional se distribuyó a todas las áreas para su conocimiento.

La estrategia para la implementación del SGC tuvo como requisito cumplir con la legislación vigente, elevar la calidad en los servicios para aumentar la seguridad en la atención médica, realizar seguimiento de documentos a implementar para lograr la acreditación hospitalaria, desempeñar el plan de auditorías internas, mejorar el análisis de la evaluación del estado de satisfacción, mantener el aseguramiento documental-técnico del equipamiento, y el funcionamiento de los comités asesores de la calidad y círculos de calidad.

Se trazaron estrategias educativas en materia de calidad, acreditación hospitalaria y temas de interés lo que permitió avanzar en la elaboración de documentos del sistema de gestión documental que exige la norma NC-ISO 9001:2015.⁽¹³⁾ Dentro del plan de gestión de la calidad, se planificaron acciones para habilitar el Servicio de Trasplante Hematopoyético.

A raíz de un diagnóstico efectuado por el Centro de Gestión de la Calidad (CGDC) en el año 2015, se detectaron inconformidades, a las que se les dio seguimiento. Se observó que existían documentos elaborados como procedimientos, protocolos en las áreas de la

subdirección de asistencia médica pero no se contaba con la totalidad de las evidencias necesarias. Estos documentos estaban desactualizados por lo que hubo que renovarlos y aprobarlos por el nivel pertinente. Sobre la base de estos documentos se planificaron procedimientos propios del SGC, se elaboraron un total de 15 documentos que respondían al diagnóstico realizado por el CGDC.

No se contaba con manuales de organización y procedimientos (MOP). Se confeccionaron según cronograma, e incluyeron estructuras organizativas, responsabilidades, atribuciones y obligaciones, competencias y perfiles de cargos del personal. Se planificaron las auditorías internas a inicios de cada año, por lo que se cumplió con el objetivo propuesto.

Implementación del SGC

De la inspección al Servicio de Trasplante Hematopoyético, se logró el “Certifico de habilitación para la atención a pacientes nacionales y extranjeros”, por parte de Servicios Médicos Cubanos y el Ministerio de Salud Pública (Minsap).

Cerca de 590 documentos de las 32 áreas fueron aprobados. Se conformaron 62 carpetas, las que contenían documentos como flujos de procesos, procedimientos, instructivas, rutinas, normas. Los servicios que se destacaron por tener mayor cantidad de información elaborada fueron la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Servicio de Pediatría, Servicio de Adultos y Departamento de Enfermería.

A partir del Registro Índice Maestro de Documentos de cada servicio, se creó una base de datos, el volumen de información procesada total fue de 615 documentos (Fig.). Se mantuvo una estricta vigilancia de la vigencia de los documentos a través del Registro de Edición, Distribución y Retirada de documentos.

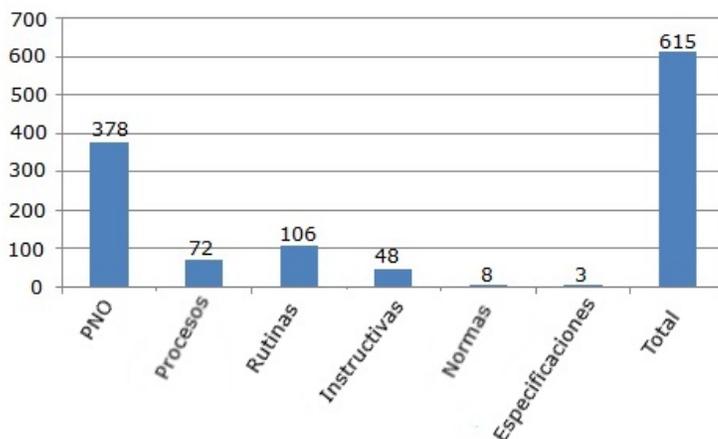


Fig. - Documentos trabajados en el período 2017-2020.

Se efectuaron 12 círculos de calidad, entre los temas a tratar, los activistas de calidad presentaron soluciones a los problemas que influían negativamente en la calidad de los procesos de los servicios, se discutieron los indicadores de calidad, las acciones como la adherencia a los protocolos terapéuticos establecidos en los departamentos, se efectuaron seminarios de asesoramientos, verificación de planes de acciones derivados de auditorías internas indicando el estado de cumplimiento de las desviaciones, la comunicación de nuevos procedimientos y registros puestos en marchas, propuestas de capacitaciones de eventos para la presentación de talleres de calidad, informaciones y discusión de indicaciones de directivos, análisis de la satisfacción de pacientes, familiares y prestadores de servicios. Se revisó la actualización de los seis comités asesores de la calidad y sus funciones y se gestionó para la superación del especialista en gestión de la calidad el “Diplomado Gestión de la calidad para el éxito sostenible”.

Se impartieron cursos de Bioseguridad, Formación de auditores internos, Implementación de documentos del Sistema de gestión de calidad, entre otros. Se efectuaron dos talleres de calidad, en los que se presentaron los temas de prevención de riesgos de calidad, calidad y educación ambiental, gestión integral para el manejo seguro de desechos hospitalarios, reúso, reciclaje y recuperación de recursos dentro de la gestión ambiental, se impartió un tema por asesora del Minsap sobre aplicación de la seguridad y protección al medio ambiente.

Cuatrimestralmente se emitió un boletín de calidad, que reflejó los logros del instituto, iniciativa que se mantuvo por dos años y se lograron publicar siete boletines.

Se implementaron programas para los Servicios de Metrología, Seguridad y Salud Ocupacional, Seguridad informática, como la aplicación Galen Clinicas que entre sus bondades tiene la emisión de resultados. Por la Sección de Epidemiología se implementó el Programa local de infecciones asociadas a la Asistencia sanitaria, Política de Desinfección, Esterilización y Antisepsia y se aprobó la licencia ambiental de Plan de Manejo de Desechos Peligrosos del instituto por el órgano regulador (CITMA).

Verificación del SGC

En el año 2018 se realizaron 27 auditorías y durante el primer trimestre de 2019, 38. Se tomó como referencia el *Manual de Acreditación hospitalaria*. En el año 2020 se le dio

seguimiento a las auditorías a través de los planes de acción, y se reflejaron las no conformidades detectadas. Estas acciones fueron informadas a los subdirectores y a la máxima dirección del instituto. Aunque existen aspectos que aún inciden en la calidad de los servicios de asistencia médica, como los relacionados con la infraestructura y escases de recursos materiales que afectan a los prestadores de servicios y repercuten en la satisfacción de pacientes y familiares.

Las encuestas y entrevistas hechas desde 2017 hasta enero de 2020, en su mayoría realizadas a pacientes, familiares y prestadores de servicios, proyectaron la necesidad de espacios en consultas con confort, refiriéndose a ventilación, iluminación y privacidad. Al Departamento de Servicios Generales se le señaló la falta de personal para la higienización, mejorar el mobiliario y la calidad en la elaboración de los alimentos. Se recomendó una mejora en la organización en la entrega de resultados para evitar extravío de resultados, habilitar las historias clínicas digitales, habilitar recursos materiales para realizar el trabajo con la calidad requerida y realizar consultas escalonadas, entre otras.

En el segundo semestre de 2018 se les dio respuesta a muchos de los planteamientos de las encuestas pues para esta fecha se contó con la nueva sede y fueron resueltas la mayoría de las desviaciones. En el período de 2019 se efectuaron más de 156 encuestas, que abarcaron las áreas de hospitalización del Departamento Servicios Externos, Departamento Cocina-Comedor. Se informó para la toma de acciones a las subdirecciones y a la Dirección del instituto, para mejorar la calidad de los servicios asistenciales. Se computaron 20 aspectos en las encuestas para medir la calidad del liderazgo. Se manifestó la necesidad de realizar reuniones periódicas, que los jefes realizaran el chequeo de los planes de trabajo, y dar a conocer públicamente los resultados positivos de los trabajadores.

Mejoramiento del SGC

Se lograron avances en la actividad de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, pero se debe continuar trabajando, con énfasis en la creación de una cultura de calidad a todos los niveles. Los resultados positivos correspondieron a la toma de acciones correctiva oportunas. Se cumplió el 81,25 % de las tareas derivadas del plan de gestión de la calidad.

Discusión

En las encuestas realizadas durante el proceso de implementación del SGC en el IHI se señalaron varias ventajas, entre las más mencionadas estuvo la mejoría en la optimización de los recursos y la comunicación interna.

La aplicación de los principios y los requisitos de gestión de la calidad de la norma NC-ISO 9001:2015⁽¹²⁾ brinda a las organizaciones una herramienta valiosa para gestionar sus procesos, mejorar su desempeño, lograr la satisfacción de todas las partes interesadas y el cumplimiento de la legislación aplicable. Es decir, que el SGC en una institución tiene un enfoque integrador, que incluye todos los procesos que corresponden a su misión social, y aquellos que representan vías de control de la calidad, como los procesos de acreditación, las acciones, el funcionamiento de los órganos asesores de calidad y colectivos de dirección. Se considera que para el IHH constituye una fortaleza el poder contar con una sede propia. Antes de marzo de 2018, ocupaba una parte del Hospital Pediátrico William Soler y la otra estaba en el Hospital General Docente Enrique Cabrera (HGDEC). Tener una sola sede ha permitido mejorar la atención a pacientes, familiares y a los prestadores de servicios. Se han adquirido equipos novedosos de alta tecnología, se ha ganado en espacios y confort. La institución ha logrado prestigio por su profesionalidad, visibilidad al exterior y la excelente atención que reciben quienes acuden a este.

El incremento de la cantidad de documentos aprobados es un aspecto a destacar. En el año 2017 se tenía un 78 % de los MOP, ya en el 2020, el 100 % de las áreas contaban con sus manuales. Con respecto a los PNO, y el resto de los documentos, a finales del 2018, se tenían contabilizados 257 y a mediados del 2020, sobrepasaban los 590 documentos.

Como en todo sistema, también han existido quejas. Durante el período de estudio se dio solución a 11 quejas, nueve en el 2019 y dos en el 2020, su disminución se debe a la que se solucionaron los problemas que dieron origen a las insatisfacciones, las cuales eran principalmente organizativas. Se hicieron sugerencias al instituto y también reconocimientos a nivel nacional e internacional. Estos reconocimientos están relacionados con el agradecimiento de los pacientes y familiares por el excelente trato profesional, calidad humana y nivel de información educativo de los prestadores de servicios.

No obstante, se debe aclarar que existen documentos del SGC que deben ser actualizados y así adaptarse a las condiciones actuales de trabajo. Sobre todo, aquellos referentes a los vinculados con el Departamento Económico y el Departamento de Servicios Externos.

En relación con los programas de promoción en salud, se emplean diferentes variantes, se presentan en los monitores ubicados en las salas de espera del instituto los temas relacionados con las consultas que se dan en el día, según las enfermedades hematológicas o inmunológicas de los pacientes que asisten al instituto. En las consultas se tienen pancartas informativas de las enfermedades, en los servicios existen murales informativos y durante el periodo de hospitalización se les ofrecen charlas a los pacientes y familiares. No obstante, se trabaja para alcanzar patrones de calidad de acuerdo con los estándares nacionales e internacionales en beneficio de un sistema que comprenda, no solo las necesidades profesionales, sino que responda a las necesidades sociales del presente y del futuro para brindar un servicio con la calidad que merece la población.

Elevar la calidad del servicio que se brinda, a través de la detección de deficiencias mediante las inspecciones rigurosas y las auditorías, permite eliminar o mitigar las brechas existentes y de esta forma puede darles solución. Esto mejora las condiciones de trabajo y la atención al personal de la salud, garantiza la utilización eficiente de los recursos, el ahorro y la eliminación de gastos innecesarios, las cuales son premisas a tener en consideración.

Se concluye que la implementación del sistema de gestión de calidad es trascendental para elevar el buen desempeño de una organización de salud y constituye el motor impulsor para lograr la calidad merecida en todos los servicios asistenciales que brinda, lo cual demuestra su importancia para alcanzar los resultados que espera y necesita el sistema de salud cubano.

Referencias bibliográficas

1. Basabe Santana JC, Aguiar Ferro Y, Suárez Ordaz DI, Labrador Dias JF, Nazco Torres J. Sistema de gestión de calidad en el Servicio de Radioterapia del Centro Oncológico. Rev Ciencias Médicas. 2017 [acceso 19/02/2021];21(2):89-99. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200013&lng=es

2. Quiroz-Flores CP. La Gestión de Equipo Médico en los retos del Sistema Nacional de Salud: Una Revisión. *Rev Mex Ing Bioméd.* 2020 [acceso 19/02/2021];41(1):141-50. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmib/v41n1/2395-9126-rmib-41-01-141.pdf>
3. Pérez Pulido M, Orlandoni Merli G, Ramoni Perazzi J, Valbuena Vence M. Percepción de la calidad en la prestación de servicios de salud con un enfoque seis sigma. *Rev Cub Sal Públ.* 2018 [acceso 19/02/2021];44(2):325-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000200325&lng=es
4. Álvarez Guerra S, González Hernández Z, Saborido Martín L, Rodríguez Álvarez J, *et al.* La Norma Cubana ISO 9001:2015 como complemento perfecto para la calidad de un ensayo clínico. *Rev Cubana Farm.* 2017 [acceso 21/10/2019];51(4). Disponible en: <http://www.revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/300>
5. Rodríguez Casteleiro MA, Zamora Fonseca R, Varela Izquierdo N. Propuesta de un procedimiento para lograr la integración de los sistemas de gestión implementados para la mejora del desempeño de la Empresa Termoeléctrica Cienfuegos. *Re Univ Soc.* 2015;7(3):133-9.
6. OMS, OPS. Curso de Gestión de Calidad y Buenas Prácticas de Laboratorio. 3ª. ed. Washington, DC:OMS/OPS; 2016.
7. León-Ramentol CC, Menéndez-Cabezas. A, Rodríguez-Socarrás IP, López-Estrada B, Quesada-Leyva L, Nicolau-Pestana E. Primeros pasos para implementar un sistema de gestión de calidad en la universidad médica. *Arch Med Camagüey.* 2019;23(6):748-59.
8. ONN. Norma Cubana Sistemas de Gestión de la Calidad-Requisitos [ISO 9001: 2015, (Traducción certificada), IDT]. NC-ISO 9001: 2015. 5ta ed. La Habana: Cuban National Bureau of Standards; 2015.
9. Martínez Iñiguez JE, Tobon Tobon S, Romero Sandoval A. Problemáticas relacionadas con la acreditación de la calidad de la educación superior en América Latina. *Rev Innoveduc.* 2017 [acceso 15/03/2017];17(73):79-96. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-26732017000100079&lng=es&nrm=iso
10. González Ariza AL. Métodos de compensación basados en competencias. Colombia: Editorial Universidad del Norte. Capítulo 2, Gestión del talento humano: un enfoque por competencias; 2017. p. 29-90. DOI: [10.2307/j.ctt1w6tf57](https://doi.org/10.2307/j.ctt1w6tf57)

11. Fontalvo Tomás J, De La Hoz Efraín J. Diseño e Implementación de un Sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015 en una Universidad Colombiana. Formación Universitaria. 2018;11(1):35-44. DOI: [10.4067/S0718-50062018000100035](https://doi.org/10.4067/S0718-50062018000100035)
12. Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International. 5ta ed. Joint Commission International. EE. UU. 2014 [acceso 4/11/2018]. Disponible en: https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14S_Sample_Pages.pdf
13. ONN. Norma Cubana Sistemas de Gestión de la Calidad - Fundamentos y Vocabulario [ISO 9000: 2015, (Traducción certificada), IDT]. NC-ISO 9000: 2015. 3ra ed. La Habana: Cuban National Bureau of Standards; 2015.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: María de los Ángeles Ramos García, Consuelo Macías Abraham.

Curación de datos: María de los Ángeles Ramos García.

Análisis formal: María de los Ángeles Ramos García.

Adquisición de fondos: Presupuesto del Instituto de Hematología e Inmunología.

Investigación: María de los Ángeles Ramos García.

Metodología: María de los Ángeles Ramos García.

Administración de proyecto: María de los Ángeles Ramos García, Consuelo Macías Abraham.

Recursos: María de los Ángeles Ramos García, Consuelo Macías Abraham, Nestor Vidal Sánchez.

Software: María de los Ángeles Ramos García.

Supervisión: Consuelo Macías Abraham.

Validación: Consuelo Macías Abraham.

Visualización: María de los Ángeles Ramos García.

Redacción - borrador original: María de los Ángeles Ramos García.

Redacción - revisión y edición: Mariela Forrellat Barrios, Consuelo Macías Abraham, María de los Ángeles Ramos García.

Financiación

Presupuesto del Instituto de Hematología e Inmunología.

^aEsta política de calidad fue conformada como parte de la documentación del Sistema de gestión de calidad del Instituto y se encuentra ubicada en su Carpeta de Calidad (N. de los A.)