

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS



TRABAJO DE GRADO EN MODALIDAD TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

**“PLAN DE MEJORA CONTINUA PARA INCIDIR EN LA PRESTACIÓN DEL
SERVICIO QUE OFRECEN LOS HOSPITALES ESPECIALIZADOS DEL TERCER
NIVEL DE ATENCIÓN DEL SECTOR PÚBLICO”**

PRESENTADO POR:

JACKELINE MARICELA GUIROLA ELIAS
WENDY ESMERALDA MAYORGA MELGAR
MARIANA DEL PILAR PÉREZ PALACIOS

PARA OPTAR AL GRADO DE:

LICENCIADA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

NOVIEMBRE 2024

CIUDAD UNIVERSITARIA, DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA

SAN SALVADOR,

EL SALVADOR,

CENTROAMÉRICA

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: Msc. Juan Rosa Quintanilla
VICERRECTORA ACADÉMICA: Dra. Evelyn Beatriz Farfán Mata
SECRETARIO GENERAL: Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

DECANA: Licda. Celina Amaya de Calderón.
SECRETARIO: Lic. Juan Pablo Marín
COORDINADOR GENERAL DE Maf. Ronald Edgardo Gálvez Rivera
PROCESOS DE GRADUACIÓN:

ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

DIRECTOR DE LA ESCUELA: Msc. Abraham Vásquez Sánchez
COORDINADOR DE PROCESOS DE Lic. David Mauricio Lima Jaco
GRADO DE LA ESCUELA:
DOCENTE ASESOR: Msc. Américo Alexis Serrano Ramírez
TRIBUNAL EVALUADOR:

Lic. David Mauricio Lima Jaco
Lic. Ricardo Antonio Rebollo Martínez.
Msc. Américo Alexis Serrano Ramírez

NOVIEMBRE 2024

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios todo poderoso primeramente por haberme guiado, darme sabiduría, salud, fortaleza, perseverancia y protección durante todo este proceso porque sin él no hubiera sido posible. A mis padres Roselia Magdalena González y Rigoberto Alfredo Guirola por su apoyo incondicional, sacrificios y motivarme a seguir adelante. A mis abuelos por todo lo bueno que me inculcaron y su amor brindado sé que desde el cielo ellos están orgullosos de mí. A mis hermanos y a mi compañero de vida por su apoyo y cariño.

Guirola Elias. Jackeline Maricela

Agradezco a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto, por protegerme, guiarme y brindarme la sabiduría necesaria, agradecerles a mis padres María Melgar y Mario Mayorga por el apoyo incondicional que me brindaron en esta etapa de mi vida, por estar presentes en cada momento, agradezco infinitamente a mis hermanos, a mis amigas y amigos que estuvieron apoyándome hasta el último momento.

Mayorga Melgar. Wendy Esmeralda

Agradezco a Dios y a la virgen por la sabiduría, por mantenerme con buena salud y permitirme llegar con mucho esfuerzo, paciencia y perseverancia. A mi madre Medarda Elena Palacios Alfaro por el sacrificio y el apoyo brindado durante el transcurso de la carrera. A mi abuelita Lucrecia Alfaro por que fue parte importante de esta gran etapa, agradezco sus consejos, el amor y la dedicación, a mis hermanos, familiares y compañeros que fueron clave esencial, le agradezco de todo corazón el apoyo, el cariño mostrado hacia mi persona y por siempre creer en mí. A mis orientadores de estudio, la inspiración y motivación que me dieron a lo largo de la carrera fue sumamente importante para seguir esforzándome y dando lo mejor de mí como persona y como futura profesional

Pérez Palacios. Mariana del Pilar

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	i
INTRODUCCIÓN	iii
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO	1
1. Planteamiento del Problema	1
1.1 Antecedentes del Problema	1
1.2 Caracterización del problema	1
1.3 Enunciado del problema	2
1.4 Objetivos del capítulo I	2
1.4.1 General	2
1.4.2 Específicos	2
1.5 Marco teórico	3
1.5.1 Marco histórico	3
1.5.2 Marco conceptual y teórico	6
1.5.3 Marco legal	15
1.5.4 Marco institucional	17
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	18
2. Objetivos del capítulo II	18
2.1 Objetivo general y específico	18
2.1.1 General	18
2.1.2 Específicos	18
2.2 Tipo de estudio	19
2.3 Unidad de análisis	19
2.4 Muestra	19
2.5 Técnicas e instrumentos de investigación	20
2.5.1 Técnicas de investigación	20
2.5.2 Instrumentos de investigación	20
2.6 Casos de éxito de mejora continua y calidad en instituciones hospitalarias a nivel nacional e internacional	22
2.6.1 Casos de éxito en hospitales internacionales	22
2.6.2 Casos de éxito en hospitales nacionales	28
2.7 Cuadro comparativo de casos de éxitos internacionales y nacionales según las técnicas de administración de la calidad aplicadas	33

2.8	Análisis e interpretación de los resultados	34
2.8.1	Diagnóstico de los resultados obtenidos	34
2.9	Resumen de los resultados obtenidos	40
CAPÍTULO III CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y PROPUESTA DE PLAN DE MEJORA IMPLEMENTANDO LA METODOLOGÍA KAIZEN Y 5S EN LOS HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE TERCER NIVEL.		42
3.1	Objetivos del capítulo III	42
3.1.1	General	42
3.1.2	Específicos	42
3.2	Conclusiones	43
3.3	Recomendaciones	45
3.4	Beneficios y ventajas de la propuesta	47
3.5	Requisitos básicos para la propuesta	48
3.6	Alcances y limitaciones de la propuesta	49
3.6.1	Alcances	49
3.6.2	Limitaciones.	49
3.7	Plan de implementación	50
3.8	Propuesta de instrumentos de trabajo	54
3.8.1	Identificación de las deficiencias utilizando el diagrama causa y efecto	54
3.8.2	Identificación de elementos innecesarios o que representan un problema	54
3.8.3	Creación del comité 5S	55
3.8.4	Propuesta plan de capacitación	56
3.8.5	Hoja de verificación	58
3.8.6	Hoja de verificación de orden y limpieza	60
3.8.7	Formato para seguimiento de auditoría 5S	61
3.8.8	Diagrama de Flujo	63
3.8.9	Presupuesto	64
3.8.10	Cronograma de actividades para la implementación del plan de mejora continua	65
BIBLIOGRAFÍA		66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1 Cronología de la Fundación de Hospitales en El Salvador	4
Tabla 1.2 Evolución cronológica del concepto de calidad	11
Tabla 1.3 Líderes en el campo de la administración de la calidad	11
Tabla 1.4 Simbología ASME que se utilizará en el diagrama de flujo	13
Tabla 1.5 Base legal que rige a los hospitales	17
Tabla 3.1 Beneficios y ventajas de implementar el método Kaizen y las 5S	47
Tabla 3.2 Actividades a realizar y responsable de su ejecución	50
Tabla 3.3 Formato de tarjeta roja para la implementación de la propuesta	55
Tabla 3.4 Conformación del comité	56
Tabla 3.5 Formato del plan de capacitación a implementar	57
Tabla 3.6 Formato de hoja de verificación	58
Tabla 3.7 Formato de la estructura de la hoja de verificación de orden y limpieza	60
Tabla 3.8 Formato de estructura para seguimiento de auditoría 5S	61
Tabla 3.9 Presupuesto pronosticado para la implementación del plan de mejora	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 Ciclo de mejora continua o círculo de Deming	8
Figura 1.2 Formato de lista de verificación	14
Figura 3.1 Diagrama de Ishikawa: Problemas identificados en el hospital	54
Figura 3.2 Ejemplo de tabulación de los datos obtenidos	59
Figura 3.3 Diagrama de flujo utilizando la simbología ASME	63

ÍNDICE DE ANEXOS

Carta de autorización para entrevista a directores de los hospitales del tercer nivel de atención.

Entrevista dirigida a director.

Encuesta dirigida a pacientes de los hospitales del tercer nivel de atención.

RESUMEN EJECUTIVO

La mejora continua como un enfoque de calidad viene a garantizar la práctica y la gestión de los procesos internos y externos, permitiendo asegurar un correcto funcionamiento y rendimiento, es importante que las instituciones de salud se comprometan en garantizar la calidad y eficiencia en la prestación de servicios de los pacientes y usuarios, la optimización y gestión de procesos administrativos, correcto funcionamiento, atención y tiempo de respuesta oportuna.

A partir de conocer la importancia y el nivel de cumplimiento, se llevó a cabo una investigación para proponer un plan de mejora continua en los hospitales de tercer nivel de atención, el cual brindará un tratamiento y mantenimiento de las diferentes áreas, divisiones y unidades, garantizando la calidad en la prestación de servicios y óptimo funcionamiento de las buenas prácticas en salud.

La metodología de la investigación consistió en elaborar cuestionarios dirigidos a pacientes y la guía de entrevista dirigida al director del hospital nacional rosales reconocido como uno de los hospitales de tercer nivel de atención. Asimismo, se investigaron casos de éxitos internacionales y nacionales permitiendo establecer una comparativa de herramientas administrativas de calidad, enfoque, métodos y técnicas implementadas en la resolución de casos para asegurar la calidad y las oportunidades de mejora continua.

Con los resultados obtenidos se concluyó que, no existe un documento que presente un plan de mejora continua y que tenga su incidencia en la prestación de servicios en el área de salud, donde establezcan herramientas administrativas de calidad como el uso del diagrama de Ishikawa como apoyo al diagnóstico, tarjetas rojas, comité

de creación de las 5S, capacitación, lista de verificación y análisis general a partir de fase de preauditoria.

Por tanto, se sugiere guiarse de la metodología Kaizen y 5S desarrollado en dicho documento el cual incluye los requisitos legales y técnicos, como la elaboración y representación de deficiencias a partir del diagrama Ishikawa, creación de formato de tarjeta roja para enlistar elementos innecesarios según categoría, creación de comité 5S que permite ejecutar las actividades planificadas a través del plan de acción, además se presenta un plan de capacitaciones y el uso de lista de verificación permitiendo recolectar las deficiencias de las áreas y categorizarlas según criterios de evaluación y análisis de la fase de preauditoria para conocer el detalle de hallazgo y brindar recomendaciones pertinentes en torno a los problemas.

INTRODUCCIÓN

La calidad es uno de los elementos estratégicos para transformar y mejorar los sistemas sanitarios modernos. Durante décadas, la asistencia sanitaria ha buscado optimizar sus resultados y satisfacer las necesidades de los pacientes del sistema de salud, así como del personal profesional que presta los servicios sanitarios.

Por lo tanto, esta investigación se desglosa en tres capítulos, de forma general y concisa se detalla el desarrollo de cada uno. El primer capítulo contiene la parte del planteamiento del problema, donde se da a conocer los antecedentes de los problemas que ha presentado el sector de salud así mismo los problemas que presenta en la actualidad y el marco teórico, que está comprendido por cuatro elementos, el marco histórico donde se detalla el origen de los hospitales públicos, el marco conceptual que nos permite tener una mejor comprensión sobre nuestro caso de estudio, y el marco legal e institucional de aquellas leyes, reglamentos, códigos que rigen a estos hospitales.

En el segundo capítulo se detalla la metodología aplicada a la investigación, el cual permitió describir la aplicación del tipo de estudio, las unidades de análisis, principales fuentes de recolección de datos (primarias y secundarias), se investigó casos de éxito a nivel nacional e internacional permitiendo establecer un cuadro comparativo de las técnicas administrativas de calidad aplicadas en estos hospitales y por último los resultados obtenidos a partir de las entrevista a uno de los directores de los hospitales del tercer nivel de atención y encuestas pasadas a los pacientes para conocer su perspectiva e identificar deficiencias.

Para finalizar el tercer capítulo se hace una propuesta de mejora continua aplicando la metodología Kaizen y 5S que inicia con los objetivos del plan, beneficios y ventajas de la propuesta, principales requisitos que reunirá la implementación del plan, los alcances y limitaciones de lo que se pretende lograr en la implementación y cuáles son los factores que limitarían la puesta en marcha, luego se tiene el plan de implementación donde se refleja la lista de actividades a realizar, así como de su ejecución y los responsables, por último se hace mención de la propuesta de instrumentos técnicos que se pueden utilizar para el tratamiento a las deficiencias que se obtuvieron previamente con el diagnóstico.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1. Planteamiento del Problema

1.1 Antecedentes del Problema

Uno de los mayores desafíos que enfrenta el sector de salud, es la prestación de servicios a pacientes que acuden a los diferentes establecimientos con cualquier tipo de enfermedad en los diferentes niveles de atención. Para atender a la población del país se cuenta con 761 establecimientos de atención primaria y una red de 31 hospitales. Varias unidades comunitarias de salud familiar (UCSF) y algunos hospitales cuentan con poco espacio para atender la demanda actual, lo que se traduce en hacinamiento, salas de espera al aire libre, prestación de servicios inadecuada, espera para consultas de especialistas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos (incluyendo cirugía mayor, etc.). (Plan estratégico institucional 2021-2025, 2021). El estándar de atención es tan crucial, que su ausencia tiene un impacto negativo en la percepción de los pacientes que visitan los hospitales del país.

1.2 Caracterización del problema

Considerando el estado general del sistema de salud, estas instituciones enfrentan problemas para brindar servicios de calidad. Sin embargo, esta investigación revelará que existen algunas deficiencias en los hospitales públicos terciarios.

De allí, una lista de las deficiencias o problemas en estas instituciones que brindan servicios de salud como:

- Ausencia de atención esmerada
- Baja motivación laboral

- Infraestructura deficiente.
- Escaso personal capacitado en las áreas de especialidad.
- Los servicios del área de abastecimiento (inexistencia de equipo especializado, escasez de recursos humanos, insuficientes medicamentos e insumos).
- El área de rayos X y área de exámenes de laboratorios.

1.3 Enunciado del problema

¿En qué medida un plan de mejora continua incidirá en la prestación del servicio que ofrecen los hospitales especializados de tercer nivel de atención del sector público?

1.4 Objetivos del capítulo I

1.4.1 General

Investigar los componentes teóricos y prácticos que permitan proponer un plan de mejora continua que incida en la prestación de los servicios que ofrecen los hospitales de tercer nivel del sector público.

1.4.2 Específicos

- Estudiar los factores claves que permitan la mejora continua en la prestación de los servicios.
- Analizar los antecedentes restrictivos que no permiten un desempeño de calidad del personal que labora en estos hospitales.
- Desarrollar los componentes necesarios de la metodología Kaizen y 5S para asegurar la calidad y mejora continua en los servicios que ofrecen los hospitales de tercer nivel del sector público.

1.5 Marco teórico

1.5.1 Marco histórico

1.5.1.1 Antecedentes de los hospitales

Los templos griegos estaban dedicados a los enfermos y débiles, mientras los romanos no tenían hospitales públicos especiales. A fines del siglo IV se produjo una "segunda revolución médica" cuando Basilio de Cesárea estableció el primer hospital cristiano en el imperio bizantino oriental y en unas pocas décadas dichos hospitales se volvieron omnipresentes en la sociedad bizantina. El hospital fue testigo del desarrollo y progreso de las sociedades bizantina, europea medieval e islámica desde el siglo V hasta el siglo XV. La exploración europea llevó hospitales a las colonias de América del Norte, África y Asia. Los primeros hospitales chinos y japoneses fueron establecidos por misioneros occidentales en el siglo XIX. A principios de la era moderna, muchos cuidados y tratamientos hospitalarios en occidente se convirtieron en un asunto secular. Durante la Primera y la Segunda Guerra Mundial, se establecieron muchos hospitales militares y mejoras hospitalarias.

Después de la Segunda Guerra Mundial, proliferaron los hospitales estatales en Corea, Japón, China y Oriente Medio. A finales del siglo XX e inicios del siglo XXI, se crearon redes de hospitales y organizaciones de salud pública para administrar grupos de hospitales para controlar costos y compartir recursos. Los avances en medicina, tecnología médica, las pandemias de 1918 y 2020, así como la gestión y consolidación de hospitales, son influencias importantes en los hospitales actuales. (Historia hospitales, s.f.)

1.5.1.2 Historia de los hospitales en El Salvador

En 1807 se incorporó el primer sanatorio del país con el nombre de Hospital General de San Salvador. Su fundador fue el ciudadano español Don Fernando Antonio Escobar. Desde esta fecha nacieron varios centros de bienestar en todo el territorio nacional. (Brito Sánchez, G., Deodanes Gracia, M. González Chávez, 2015).

Tabla 1.1: *Cronología de la Fundación de Hospitales en El Salvador*

Hospital	Fecha de Fundación
Hospital General de San Salvador	1807
Hospital Santa Gertrudis San Vicente	1820
Hospital San Rafael de Santa Tecla	1864
Hospital Rosendo Alvarenga de Cojutepeque	1877
Hospital Rosales	1902
Hospital Neumológico	1914
Hospital Benjamín Bloom	1928
Hospital de Maternidad	1954
ISSS	1954
Policlínica Salvadoreña	1961
Hospital de ANTEL	1967
Centro Médico de San Vicente	1970
Hospital San Pedro de Usulután	1972
Centro Médico de Oriente	1978

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, abril de 2006

1.5.1.3 Historia de los hospitales de tercer nivel de atención

1.5.1.3.1 Historia del Hospital Nacional Especializado Rosales

La construcción del hospital se inició con la colocación de la primera piedra el 9 de abril de 1891. En la ceremonia se depositó sobre una caja metálica una placa de cobre con la siguiente inscripción: "Bajo la protección de Dios todopoderoso, y con los cuantiosos recursos donados por Don José Rosales, se comienza la obra de este hospital, siendo presidente Don Carlos Ezeta, quien puso la primera piedra; y bendijo la obra el ilustrísimo señor obispo Adolfo Pérez y Aguilar. San Salvador, abril 9 de 1891". (Hospital Nacional Rosales - Hospital Nacional de Médicos de El Salvador, s.f.)

Finalmente, el edificio fue inaugurado el 13 de julio de 1902 como Centro de Beneficencia. (Hospital Nacional Rosales - Hospital Nacional de Médicos de El Salvador, s.f.)

1.5.1.3.2 Historia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Benjamín Bloom era un banquero estadounidense nacionalizado salvadoreño, el cual realizó la donación a la Sociedad de Beneficencia Pública el 6 de noviembre de 1928, un hospital para ser usado en asistencia a la niñez salvadoreña, que llegó a constituirse en el primer hospital de niños de El Salvador. (Calderón Chávez & Castillo Rivas, 2016)

Para el año 1947 se organizó la Sociedad de Pediatría de El Salvador. Para el año 1970 se realiza la inauguración del moderno hospital de niños Benjamín Bloom, por el presidente de ese momento, General Fidel Sánchez Hernández. (Calderón Chávez & Castillo Rivas, 2016)

Específicamente el 10 de mayo de 1993 se realiza la inauguración de la nueva torre del Hospital Nacional de Niños de Benjamín Bloom, al cual se incorporaron nuevas especialidades y facultades. El gobierno de la República Federal de Alemania realizó la donación del edificio totalmente reconstruido al gobierno de El Salvador presidido en ese momento por el Lic. Alfredo

Cristiani y el Ministro de Salud Pública, coronel y Doctor Lisandro Vásquez Sosa. (Calderón Chávez & Castillo Rivas, 2016)

1.5.1.3.3. Historia del Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez

Anteriormente el Hospital de la Mujer se conocía como: Hospital de Maternidad Dr. Raúl Argüello Escolán se construyó su primera parte en el año 1945, por donaciones expresas de doña Concha De Regalado. (Ramírez Moraga, 2015)

En 1953 se termina la construcción y se da por inaugurado oficialmente a principios de diciembre en el primer Congreso Centroamericano de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, y por dificultades técnicas, es hasta el 20 de abril de 1954 que el hospital abre sus puertas al público. (Ramírez Moraga, 2015)

El sábado primero de mayo de 2014, el presidente Funes inauguró el Hospital Nacional de la Mujer, antes llamado Hospital de Maternidad, el gobernante dijo que la construcción de este nuevo centro de atención no fue fácil, ya que estuvo funcionando durante los últimos 14 años con un 30% de su infraestructura lo que provocaba hacinamiento, de servicio y, por supuesto, las quejas justificadas de sus usuarias, todo esto se originó por falta de fondos para cubrir las necesidades dentro del hospital. A partir del 8 de octubre de 2015 la institución cambió su nombre por Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez. El nombramiento lo realizó el profesor Salvador Sánchez Cerén, presidente de la República como homenaje a la exministra de salud.

1.5.2 Marco conceptual y teórico

El marco conceptual es de vital importancia ya que sustenta teóricamente la investigación, constituye el grupo de conceptos y/o constructos que representan un enfoque

determinado del cual se deriva la explicación del fenómeno o problema planteado. Es fundamental conocer las opiniones y criterios que mantienen los diversos autores expertos en el tema y que sirva de guía, abarcando herramientas administrativas de calidad para el registro y análisis de la información en el campo de la mejora continua en la prestación del servicio en los hospitales especializados.

1.5.2.1 Satisfacción del paciente

La satisfacción se puede definir como la representación del grado de cumplimiento de las expectativas de un paciente tras recibir un servicio. Este grado de cumplimiento se calcula como la diferencia entre el valor percibido y las expectativas que la persona tenía antes de recibir el servicio. En este sentido, la calidad de la atención que debe brindar una institución de salud es percibida por las características del proceso de atención: la relación interpersonal, el contenido de la consulta, la duración, las acciones clínicas de revisión y el diagnóstico; por el resultado en su salud, por las características de la estructura física, humana y organizacional, con y por condiciones relativas a la accesibilidad. (Mateo, J. P. (2024, 28 enero). Satisfacción del cliente.

1.5.2.2 Plan de mejora

Para llevar a cabo un plan de mejora continua coexisten métodos y herramientas administrativas enfocadas en potenciar dichos procesos y mejorar sus áreas más críticas, ello conlleva a la implementación de las acciones correctivas, preventivas y el análisis de la satisfacción del paciente. Se trata de la forma más efectiva de mejora de la calidad y la eficiencia en las organizaciones. Pero todos tienen elementos comunes que pueden agruparse en los siguientes puntos:

- Optimizar la productividad a través del análisis y la eliminación de las causas de los problemas.
- Potenciar el trabajo en equipo por encima del trabajo individual y desarrollar la capacidad de liderazgo en la organización.
- Mejorar las soluciones mediante el uso de técnicas reconocidas y normalizadas.
- Saber y conocer dónde están las variantes y las diferencias, así como la intensidad del impacto en los procesos. (ESG innova, 2015)

1.5.2.3 Mejora continua

Lo indicado en la Norma ISO 9000:2001 se define como: “La actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos. Es el progreso en pequeños pasos o en grandes proyectos estratégicos, todas las áreas y funciones de la organización, que se efectúan de una forma planificada y sistemática, en un proceso que es continuo en el tiempo y no termina nunca”. (Jazmín Balderrabano Briones, Xóchitl Hernández Torres, Leticia Vázquez Tzitzihua. (2018). Calidad e innovación en los procesos productivos).

Figura 1.1

Ciclo de mejora continua o círculo de Deming



Nota: Figura tomada del Libro Herramientas para la Gestión de la Calidad, pág. 109

Proviene de la palabra japonesa KAIZEN significa mejoramiento continuo, la idea es mantener un avance después de otro. Para mejorar se deben conocer los problemas asociados a las actividades que se están realizando. Si se desconoce la existencia de los problemas, no aparecerá la solución de estos. Esta filosofía trata de incorporar en toda la organización un espíritu de mejora constante dónde todos los colaboradores estén implicados. (Héctor Santiago, 2018, herramientas para la gestión de calidad).

1.5.2.4 Metodología de la 5S

Surge a partir de la Segunda Guerra Mundial, que fue sugerida por la Unión Japonesa de Científicos e Ingenieros como parte de un movimiento de mejora de la calidad. El creador de dicha metodología fue Shigeo Shingo (Ingeniero mecánico industrial)

Siendo esta una herramienta técnica enfocada a lograr orden y limpieza en todas las áreas de la empresa creando una disciplina que se convierta en cultura y en práctica común. Con la implementación se mejora la productividad de los procesos y aumenta la calidad. La herramienta técnica comprende cinco etapas que hacen referencia a la selección, orden, limpieza, estandarización y autodisciplina. (Héctor Santiago, (2018), herramientas para la gestión de calidad).

Las 5 fases son:

Seiri (Selección): Se refiere a mantener en los lugares de trabajo lo principal para hacer efectivo el logro de las actividades y retirar aquellos elementos que no son necesarios para las operaciones de producción y de oficina. (Héctor Santiago,2018, herramientas para la gestión de calidad). La selección implica estrictamente dejar solo lo que se utilizará, no es suficiente solo deshacerse de los elementos ni mantener el orden de las cosas.

Seiton (Organización): Esta fase se enfoca en el propósito de la organización que es disponer de los elementos necesarios para que sean fáciles de usar e identificarlos para que todos puedan encontrarlos y ponerlos en uso. (Héctor Santiago, 2018, herramientas para la gestión de calidad).

Seiso (Limpieza): Se relaciona con mantener el área de trabajo con una extrema pulcritud y libre de toda suciedad. (Héctor Santiago, 2018, herramientas para la gestión de calidad). La limpieza debe estar profundamente arraigada en los hábitos de trabajo diarios, asegurando la disponibilidad de herramientas, accesorios, equipos y lugares de trabajo. Algunos de los beneficios son, entre otros: aumenta la moral del personal y su eficiencia, los defectos y errores se vuelven obvios, los riesgos de los accidentes disminuyen y mejoran las condiciones de los equipos.

Seiketsu (Estandarización): Esta “S” señala que se debe procurar generar el trabajo en equipo y lograr la unificación a través de normas e implementando la estandarización de las tareas y actividades relacionadas con el proceso, dentro de las acciones necesarias se destacan: vincular a todo el personal en las tareas de mejoramiento, tener constancia, coordinar los esfuerzos, comunicar metodología, lograr el compromiso, etc. Se traduce como estandarizar, pero más que esto conlleva a crear hábitos. (Héctor Santiago, 2018, herramientas para la gestión de calidad).

Shitsuke (Disciplina): Esta última fase fomenta la disciplina que se refiere “al hábito de mantener correctamente los procedimientos apropiados.” (Héctor Santiago, 2018). Los principales objetivos son mejorar las condiciones de trabajo, la seguridad, el ambiente de trabajo, la motivación de los empleados y el desempeño de cada colaborador.

1.5.2.5 Proceso de la calidad

Tabla 1.2: Evolución cronológica del concepto de calidad

Etapa	Concepto	Finalidad
Posguerra Japón	Fabricar los productos bien al primer intento.	Minimizar los costos de pérdidas de productos gracias a la calidad. Generar competitividad
Década de los setenta (1970)	Sistemas y procedimientos en el interior de la organización para evitar productos defectuosos.	Satisfacción del cliente. Prevenir errores. Reducción de costos
Década de los noventa (1990)	La calidad en el interior de todas las áreas funcionales de la empresa.	Satisfacción del cliente. Prevenir errores. Reducción de costos. Participación de todos los empleados de la empresa. Generar competitividad.
Actualidad	Capacitación de líderes de calidad que potencialicen el proceso.	Satisfacción del cliente. Prevenir errores. Reducción sistemática de costos. Equipos de mejora continua. Generar competitividad. Aumento de las utilidades

Fuente: Revista de la Universidad de la Salle, El concepto de calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad.

Tabla 1.3 Líderes en el campo de la administración de la calidad

Líder	Filosofía y contribución
W. Edwards Deming	Su aporte consistía en que la administración aceptará la responsabilidad de construir buenos sistemas. Consideraba que: "El empleado no puede producir artículos que superen en promedio la calidad que el proceso es capaz de producir".
Joseph M. Juran	Fue el primero en instruir a los japoneses como mejorar la calidad, confiaba plenamente que el compromiso, el apoyo y la participación de la alta dirección son factores clave para lograr la calidad.
Armand Feigenbaum	Su libro de 1961 Control de calidad total presentó 40 pasos para implementar procesos de mejora de la calidad. Vio la calidad no como una herramienta, sino como una unidad que integra los procesos de la empresa. Su trabajo sobre cómo las personas aprenden de los éxitos de los demás lo llevó al campo de los equipos de trabajo multifuncionales.
Philip B. Crosby	"Quality is Free" fue el libro publicado en 1979 que llamó la atención sobre Crosby. Crosby creía que, en el equilibrio tradicional entre el costo de mejorar la calidad y el costo de la mala calidad, el costo de la mala calidad siempre se ha subestimado.

Fuente: Libro Principios de Administración de Operaciones, Cap. 6 Administración de la Calidad, pág. 96

1.5.2.6 Herramientas técnicas administrativas

1.5.2.6.1 Diagrama de causas-efecto de Ishikawa

El diagrama de causa y efecto de Ishikawa, que lleva el nombre de Kaouru Ishikawa, un ingeniero japonés que lo introdujo y popularizó con éxito en el análisis de problemas en la Universidad de Tokio en 1943, durante uno de sus cursos de formación para ingenieros de una empresa metalúrgica, en el que se les explicó los diversos factores que se pueden agrupar para relacionarlos entre sí. (Santiago Torrado, 2018, pág. 59)

Para identificar posibles causas-efectos, el diagrama de Ishikawa es un método visualmente atractivo que puede emplearse para ayudar en el diagnóstico.

Se usa el diagrama de causas-efecto para:

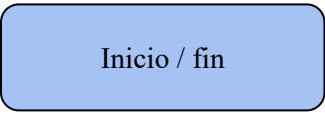
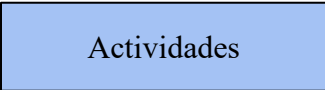
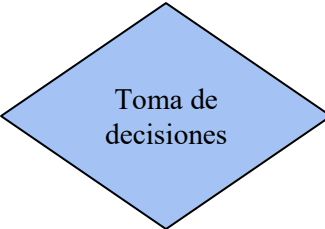
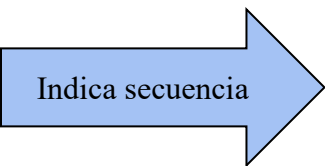
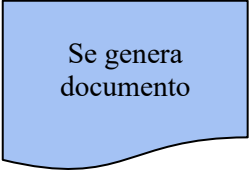

- Analizar las relaciones causas-efecto.
- Comunicar las relaciones causas-efecto.
- Facilitar la resolución de problemas desde el síntoma, pasando por la causa hasta la solución.

1.5.2.6.2 Diagramas de flujo

Los diagramas de flujo son herramientas técnicas administrativas que utilizan cuadros y líneas interconectadas para representar gráficamente un proceso o sistema. Son simples pero eficaces para explicar el proceso e identificar gráficamente áreas problemáticas, y sugieren formas de mejorarlos. (Jay Heizer y Barry Render, 2014, Pág. 220).

Según Héctor Santiago detalla lo siguiente: “El diagrama de flujo puede ser usado para describir un proceso existente o para diseñar un proceso nuevo y es de gran utilidad en la planificación, realización, seguimiento y control de cualquier proceso” (Héctor Santiago, 2018, Pág. 71, Herramientas para la gestión de calidad)

Tabla 1.4 Simbología ASME que se utilizará en el diagrama de flujo

Símbolo	Uso o significado
	Indica el inicio o fin del proceso representado.
	Representa las acciones, actividades u operaciones del proceso.
	Este es utilizado para la toma de decisiones para la indicación de operaciones lógicas o de comparación entre datos.
	Indica la secuencia del diagrama de flujo, es decir, para indicar el sentido de las operaciones dentro del mismo.
	Se utiliza para indicar que en dicho lugar se genera un documento
	Símbolo que indica retraso o espera en el proceso.

Elaboración: Equipo investigador con base a la información de páginas web <https://www.uv.mx/personal/aherrera/files/2020/05/DIAGRAMAS-DE-FLUJO.pdf>

1.5.2.6.3 Hojas de verificación

Las hojas de verificación se utilizan para organizar hechos de modo que se pueda recopilar información útil sobre posibles problemas de calidad. Son especialmente útiles cuando se recopilan datos de atributos durante las inspecciones para detectar deficiencias. Por ejemplo, los datos sobre frecuencias o consecuencias de defectos recogidos en las hojas de verificación se

representan a menudo utilizando **diagramas de Pareto**. (Jay Heizer y Barry Render, 2014, pág. 218). En el formato de una hoja de verificación se debe tomar en cuenta los siguientes puntos:

- Fecha de recolección y hora
- Departamento en donde se tomaron los datos

Figura 1.2

Resultados de una hoja de verificación

Defecto	Hora							
	1	2	3	4	5	6	7	8
A	///	/		/	/	/	///	/
B	//	/	/	/			//	///
C	/	//					//	////

Nota: Figura tomada del Libro Principios de Administración de Operaciones, Cap. 6 Administración de la Calidad, pág. 218.

La lista de verificación permite observar otros aspectos como:

- Número de veces que sucede un evento.
- Causa de retraso de entregas.
- Tiempo necesario u oportuno para que las cosas pasen.
- Errores en la prestación de servicios.
- Costo de una determinada operación a lo largo de un cierto periodo de tiempo.
- Frecuencia de llegada de los pacientes o usuarios.
- Impacto que implica realizar una actividad a lo largo de un periodo de tiempo

1.5.3 Marco legal

A continuación, se enuncian las leyes y códigos con lo que rigen los hospitales de tercer nivel del Ministerio de Salud.

1.5.3.1 Constitución de la República de El Salvador

Decreto Constituyente No 38

Diario Oficial No 234 Tomo No 281

Fecha de vigencia 16 de diciembre de 1983

La constitución establece que la salud de los ciudadanos de la república es de interés público. El estado y las personas tienen la responsabilidad de garantizar su protección y restauración. Esta forma la política nacional de salud y controla y monitorea su implementación. (Constitución de la República de El Salvador, 1983, Art. 65).

1.5.3.2 Código de Salud

Decreto Legislativo No 955

Diario Oficial No 86 Tomo No 299

Fecha de vigencia 11 de mayo de 1988

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es la autoridad competente, según el artículo 40. Dicha autoridad se encarga de crear reglas relevantes; decidir, planificar e implementar la política nacional de salud, también ayuda a organizar, coordinar y evaluar la eficacia de las actividades relacionadas con la salud. (Código de Salud, 1983, El Salvador).

1.5.3.3 Ley del Sistema Básico de Salud Integral

Decreto Legislativo No. 775

Diario Oficial No. 161 Tomo No. 368

Fecha de vigencia 01 de septiembre de 2005

En el capítulo II de la ley se establecen los niveles de atención de los servicios de salud, el Art. 6 define a la atención integral en salud como el conjunto de principios, normas, acciones e instrumentos utilizados por la red de establecimientos de salud para su promoción, prevención de las enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación de los habitantes.

1.5.3.4 Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud

Acuerdo No 288

Diario Oficial No. 45 Tomo No. 144

Fecha de vigencia 06 de marzo de 2017

Art. 5 El personal hospitalario tiene la obligación de cumplir y hacer cumplir la ética y la normativa institucional, debiendo incorporar en su desempeño y conducta diaria, los siguientes valores profesionales: compromiso, equidad, ética, honestidad, honradez, humanismo, profesionalidad, responsabilidad, solidaridad, transparencia y actuar eminentemente laico. (Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud, 2017)

Art. 11.- Los Hospitales de Tercer Nivel están bajo la Coordinación de Redes Complejas, la cual depende directamente del Viceministerio de Servicios de Salud. Los Hospitales de Tercer Nivel cuentan con servicios de alta complejidad y son de referencia nacional, entre ellos están:

a) Pediátrico: Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, el cual cuenta con especialidades médicas y quirúrgicas destinadas a la atención de la población de cero a doce años, y en casos especiales que defina un lineamiento específico, hasta dieciocho años de edad.

b) Gineco-Obstétrico: Hospital Nacional de La Mujer “María Isabel Rodríguez”, el cual cuenta con especialidades para la atención materno-Neonatal y sus subespecialidades.

c) Especializado para la atención de la adultez y adolescencia: Hospital Nacional Rosales, cuenta con la atención en especialidades médico-quirúrgicas, destinadas a la atención de la población mayor de doce años de edad. (Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud, 2017)

1.5.4 Marco institucional

Tabla 1.5 Base legal que rige a los hospitales.

INSTITUCIONES:	LEYES:
Corte Suprema de Justicia a través de la Sala de lo Constitucional	<ul style="list-style-type: none"> ● Constitución de la República de El Salvador
Ministerio de Salud (MINSAL)	<ul style="list-style-type: none"> ● Código de Salud ● Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud. ● Ley del Sistema Básico de Salud Integral.

Fuente: Equipo investigador con base a la información de páginas web <https://www.asamblea.gob.sv/leyes-y-decretos/view/3959>, <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/reglamento-de-la-ley-principal>

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2. Objetivos del capítulo II

2.1 Objetivo general y específico

2.1.1 General

Conocer la situación actual de los hospitales públicos a nivel nacional e internacional para verificar las herramientas técnicas administrativas de calidad aplicadas y que les han permitido realizar acciones de mejora en la prestación del servicio que se les brinda a los pacientes.

2.1.2 Específicos

- Diagnosticar a través de los resultados obtenidos de la entrevista realizada al director del Hospital Nacional Rosales y encuesta a pacientes, cuáles son las principales deficiencias que enfrenta los hospitales de tercer nivel en cuanto a la prestación de servicio que brindan estos establecimientos.
- Analizar las experiencias a nivel internacional del uso de herramientas técnicas mostrando la estructura inicial, los lineamientos, especificaciones y medidas que se utilizaron para evidenciar el éxito a partir de la implementación de dichas herramientas y lograr la calidad en la prestación de servicios.
- Realizar un cuadro comparativo de los casos de éxito en relación a la mejora continua y calidad a nivel nacional e internacional, permitiendo así identificar las diferencias y similitudes entre el uso de las herramientas técnicas administrativas para el monitoreo de los procesos y servicios implementados por dichos hospitales.

2.2 Tipo de estudio

Para el desarrollo de esta investigación se aplicó el tipo de estudio descriptivo, se considera que uno de los aspectos claves es la observación y la recopilación de información a base de estas fuentes se describe el desarrollo de la investigación. Se implementó el método auxiliar inductivo que es un método científico basado en la observación y la experimentación para llegar a una conclusión general, lo que permitirá ampliar por sobre la investigación y abordarlo a profundidad, esto será a partir de los datos de registros por medio de la entrevista a un experto en la salud y la encuesta realizada a los pacientes.

La metodología utilizada para elaborar este documento se adapta al propósito de una monografía de investigación la cual se realiza a partir de la indagación de las experiencias de los pacientes que son remitidos a estos hospitales del tercer nivel de atención, así como aquellas fuentes bibliográficas que nos proporcionaron información sobre nuestro caso de estudio.

2.3 Unidad de análisis

Las unidades de análisis están detalladas a partir de los involucrados en el proceso de prestar un servicio a los pacientes de los hospitales especializados de tercer nivel de atención; en este participan los directores de los hospitales del tercer nivel de atención, los pacientes y los casos de éxito de los hospitales nacionales e internacionales.

2.4 Muestra

Al ser una monografía de investigación no se consideró necesario hacer uso de un método específico para extraer la muestra. Sin embargo, se consideró a bien que para tener un análisis más completo se estimó el tamaño de la muestra, entonces posterior a ello se tomó un grupo

focal n=15 para recolectar la información de los usuario o pacientes, permitiendo tener una perspectiva real de la prestación de servicios.

2.5 Técnicas e instrumentos de investigación

2.5.1 Técnicas de investigación

Las técnicas utilizadas son:

2.5.1.1 La encuesta

La encuesta fue dirigida a los pacientes que visitan los hospitales denominados tercer nivel. El cual fue utilizado para conocer la importancia y la opinión que se tiene sobre la prestación de servicios que se ofrece en los hospitales del tercer nivel de atención con el fin de agregar valor en la ejecución del plan de mejora.

2.5.1.2 La entrevista

La entrevista se diseñó para agregar valor a la investigación a través de la obtención de información por medio del cuestionario. Ésta fue dirigida a uno de los directores de los hospitales especializados de tercer nivel de atención. La entrevista permitió obtener la información necesaria sobre las variables en estudio.

2.5.2 Instrumentos de investigación

2.5.2.1 El cuestionario

El instrumento de investigación que se utilizó para la recolección de datos fue el cuestionario, con preguntas cerradas y abiertas, dirigido a los pacientes que asisten a estos

hospitales del tercer nivel de atención para darle validez a nuestro caso de estudio y detectar deficiencias.


2.5.2.2 Guía de entrevista

Para obtener la información en la entrevista se hizo uso de una guía de entrevista estructurada realizada al director del Hospital Nacional Rosales para conocer más sobre estos establecimientos y la perspectiva sobre la prestación de servicio.


2.6 Casos de éxito de mejora continua y calidad en instituciones hospitalarias a nivel nacional e internacional

2.6.1 Casos de éxito en hospitales internacionales

2.6.1.1 Administración de la calidad en el Hospital Arnold Palmer

ORIGEN	
	<p>Desde 1989, el hospital Arnold Palmer, llamado así en honor de su famoso benefactor golfista, ha beneficiado la vida de más de 7 millones de niños, mujeres y sus familias. Sus pacientes no sólo provienen de Orlando, donde se encuentra ubicado, sino de los 50 Estados Unidos y de otras partes del mundo. Más de 12, 000 bebés nacen cada año en el Arnold Palmer, y su unidad de cuidado intensivo neonatal cuenta con una de las tasas de supervivencia más altas registradas en Estados Unidos. (Render Heizer, 2014, 206)</p>
DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE HACIA LA CALIDAD	
<p>Todos los hospitales profesan el cuidado de la salud con calidad, pero en el Arnold Palmer la calidad es el eje principal. Por lo general, el hospital se ubica en el 10% superior de los estudios comparativos en términos de satisfacción del paciente; y sus administradores les dan un seguimiento diario a los resultados del cuestionario del paciente. Si algo está mal, se toman acciones correctivas de inmediato.</p>	
Técnicas de la administración de la calidad aplicada	Explicación
Mejora continua	El hospital busca de manera constante formas nuevas de disminuir las tasas de infección, los niveles de readmisión, mortalidad, los costos y tiempos de estancia en el hospital.
Delegación de autoridad a los empleados	Los trabajadores están capacitados para atender y resolver cualquier problema cuando se presenta. Están autorizados para actuar de la mejor manera hacia los pacientes cuando surge un descontento con algún aspecto del servicio.
Benchmarking	El hospital supervisa estándares en muchas áreas que le proporciona retroalimentación constante.
Justo a tiempo	Los suministros se entregan al hospital Arnold Palmer bajo un sistema JIT. Esto hace que los costos de inventario sean bajos y evita problemas de calidad.
Gráficas de Pareto y diagramas de flujo	Herramientas que ayudan a monitorear procesos y a detectar gráficamente las áreas problemáticas, y sugieren formas en las que éstas pueden mejorarse.

2.6.1.2 Administración de la calidad en el Hospital General Regional Público de la seguridad Social Federal, México.

ORIGEN	
	<p>El ISSEMyM inició sus actividades el 1 de septiembre de 1969 bajo la dirección del Profesor Santiago Velasco Ruiz y el Sr. Juan Fernández Albarán. En 1972, cuando la demanda superó la oferta, el departamento médico reconoció la necesidad de construir nuevas unidades. De esta manera, de mayo a octubre de 1974 se amplió el policlínico de Toluca, así como el departamento médico regional. Actualmente el Hospital General Regional público de la Seguridad Social Federal está ubicado en la avenida Paseo Tollocan de la Ciudad de Toluca del Estado de México. <i>(Implementación Del Kaizen-Innovación De Procesos-Jidoka Para Hacer Frente a La Covid-19: Un Caso De Estudio En Un Hospital Público, 2020)</i></p>
DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE HACIA LA CALIDAD	
<p>Los hospitales públicos de México enfrentan importantes problemas operativos, como fallas en los procesos y servicios, así como la escasez de materias primas y equipos médicos. Algunos hospitales han iniciado esfuerzos para mejorar esta situación basándose en conceptos Kaizen. Este hospital ya ha tenido experiencia en sistemas de calidad desde el año 2015 con la certificación de algunos de sus procesos en la Norma ISO 9000. En el año 2019 se implementaron técnicas y herramientas relacionadas con la innovación de procesos y el Jidoka, bajo Kaizen.</p>	
Técnicas de administración	Explicación
Mejora Continua	Los hospitales públicos en México enfrentan importantes problemas operativos como fallas en procesos y servicios, por lo cual algunos hospitales ya han iniciado las obras pertinentes de mejora.
Filosofía Kaizen	Aplicar esta filosofía ha proporcionado al hospital la posibilidad de tener un espacio de trabajo seguro y eficiente.
5S	Los encargados del hospital para implementar la filosofía Kaizen realizaron la misión de dividir en tres grupos las diferentes técnicas; uno de ellos es el EK-1 que se dedicó al trabajo de organización del almacén de equipo, materiales y suministros de salud aplicando las técnicas de las 5S.
Innovación de procesos (MUDA en japonés)	Según Taiichi Ohno (1988), existen al menos siete tipos de MUDA en los procesos de una organización. A continuación, se relacionan: (i) muda de sobreproducción; (ii) muda de inventario; (iii) muda de transporte; (iv) muda de movimiento; (v) muda de fallo o error; (vi) muda de espera o demora, y (vii) muda de procesamiento. Para el caso, se aplicó la filosofía Kaizen ya que este equipo (EK-2) tenía que mapear todo el proceso de urgencias y encontrar todas aquellas actividades que no agregan valor, es decir, el MUDA.
Diagrama de Flujo	Por lo tanto, el en caso del EK-2 estuvo conformado por todos los actores involucrados en el proceso de urgencias: La primera tarea que realizaron fue elaborar el diagrama de flujo con actores del proceso de urgencias en su situación actual.
Técnica de Jidoka	Se define como “automatización”, con toque humano o utilizando el talento de las personas, esta técnica va de la mano con la metodología de innovación de procesos.

2.6.1.3 Administración de la calidad en el E.S.E Hospital San Juan de Dios El Carmen de Viboral, ubicado en Antioquia, Colombia.

ORIGEN	
	<p>En el siglo XIX, un grupo de particulares liderados por el señor cura, deciden iniciar la construcción de un hospital de caridad. Construyen una sencilla casona en la esquina de la actual carretera 31 con calle 37, allí inicia sus actividades el Hospital San Juan de Dios, que, sin muchos recursos, con una enfermera como directora y una ayudante, se dan a la tarea de aliviar el dolor de la comunidad en 1914. En los años 70 y 72, es cuando el moderno y amplio local comienza a funcionar, con muy buenas comodidades, mayores servicios y mejor atención médica y hospitalaria. (<i>sobre nosotros - Hospital San Juan De Dios</i>, n.d.)</p>
DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE HACIA LA CALIDAD	
<p>Uno de los enfoques para la mejora continua de este hospital radica en la atención en urgencias, un servicio clave en el sistema de salud, tanto desde la perspectiva asistencial propiamente dicha como por el impacto social que representa, donde se debe propender por la disminución de tiempos de espera, mantener la seguridad clínica y garantizar una atención de calidad eliminando todas las mudas o actividades que no generan valor al paciente. (<i>Lean Manufacturing en el sector salud 3 casos de éxito</i>, n.d.)</p>	
Técnicas de administración	Explicación
Mejora continua:	El hospital desarrolla e implementa un proyecto que permite establecer la metodología Lean como estrategia de mejoramiento en el servicio de urgencias.
Delegación de autoridad:	Las reuniones con el equipo de calidad junto con las demás unidades para la implementación de nuevas estrategias de manera que se logren identificar las principales mudas o actividades que no generan valor, constituyéndose en problemas de insatisfacción del paciente, problemas de calidad en la atención y sobrecostos para la institución.
Lean Manufacturing	Un modelo de gestión Lean Manufacturing tiene como objetivo minimizar las pérdidas y maximizar el valor añadido al cliente. Estas se denominan despilfarros o desperdicios, y son aquellas tareas que implican la sobreproducción, altos tiempos de espera o desperfectos en los productos, por citar algunos ejemplos.
Orientado al cliente	<p>Mejorar el servicio de urgencia como un elemento clave para la satisfacción de los pacientes bajo esta herramienta se ha obtenido lo siguientes resultados como orientación al usuario:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El tiempo de espera para ser clasificado pasó de estar en un 65% a un 20%. ● El tiempo de espera para ser atendido pasó de estar en un 50% a un 15%. ● Defectos, reprocesos y sobreproducción en la atención de urgencias pasó de estar en un 70% a un 35%.

2.6.1.4 Administración de la calidad en el Hospital Infantil Los Ángeles, Colombia

ORIGEN	
	<p>El Hospital Infantil Los Ángeles se fundó en 1952 como una institución de beneficencia gracias a la iniciativa particular de un grupo de damas de la sociedad de San Juan de Pasto, lideradas por la señora Aline da Silva de Vallejo Salazar. Así inicia la prestación de servicios de consulta externa y de hospitalización con 36 camas. Entre 1954 y 1955 el Hospital prestó servicios en una casa ubicada en la Cra.25 No.20-26 al respaldo del Colegio Javeriano, y desde 1955 hasta 1965 pasa a ocupar las antiguas instalaciones del Hospital San Pedro, ubicadas en el sector de Los Dos Puentes, actual Colegio Pedagógico. La Fundación Hospital Infantil Los Ángeles es una institución prestadora de servicios de salud, privada, sin ánimo de lucro, clasificada como de mediana complejidad y con servicios de alta complejidad. (<i>Caso de éxito Hospital Infantil Los Ángeles - Software ISO, n.d.</i>)</p>
DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE HACIA LA CALIDAD	
<p>La Fundación Hospital Los Ángeles tiene prevista la certificación próxima en ISO 9001, 14001, 45001, 27001 y como Hospital Universitario, de lo cual su enfoque hacia una mejor calidad radica en agilizar y llevar un mejor control de los procesos sistemáticos. Sus instalaciones, desde 2003 están en continuo proceso de mejora, adaptándose al usuario, a su familia y a las demás partes interesadas, cumpliendo la normatividad vigente para generar un ambiente seguro, agradable y ameno.</p>	
Técnicas de administración	Explicación
Mejora continua	<p>En su portafolio de servicios médicos cuentan con una amplia cartera de servicios. Entre sus especialidades se puede destacar pediatría clínica, neurología clínica pediátrica, cirugía pediátrica o neumología pediátrica. Al mismo tiempo disponen de un servicio de hospitalización con unidades de cuidado intensivo de alta tecnología o una unidad especializada en cáncer infantil UACAI, única en Colombia. Por ello implementaron la automatización de sus sistemas de gestión con una plataforma tecnológica que ayuda a agilizar los procesos de respuesta y de control para una mejora en los procesos administrativos.</p>
Delegación de autoridad	<p>Responsabilidad de toda la organización en el manejo y adaptación de la automatización de sus sistemas de gestión de la plataforma tecnológica.</p>
ISOTools	<p>Es una herramienta completa que facilita la gestión de procesos, permite la realización de auditorías internas y externas, y fomenta la mejora continua en la organización. Con este software, las empresas pueden optimizar sus operaciones, aumentar la eficiencia y garantizar el cumplimiento de las regulaciones y estándares más exigentes. Con ISOTools, las empresas pueden adoptar una cultura de mejora continua y cumplir con sus objetivos de calidad y desempeño.</p>
Orientación en los procesos	<p>El tiempo dedicado al sistema de gestión se ha visto reducido en más de un 80%. Con ello se han podido destinar recursos en labores orientadas al crecimiento de la organización. Ejecuta un sistema de encuestas adaptado a las necesidades del cliente con el que definen formatos de preguntas y respuestas dinámicas.</p>

2.6.1.5 Administración de la calidad en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, República Dominicana.

ORIGEN	
	<p>El HUMNSA fue inaugurado el 24 de octubre de 1949 y abierto al público el 24 de octubre de 1950 con el nombre de Hospital Maternidad Julia Molina. Según el Dr. Héctor Eusebio, se solicitó el 5 de diciembre de 1961, el cambio de nombre por Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, ejecutándose el cambio en 1961.</p> <p>El Hospital Universitario Nuestra Señora de la Altagracia ha sido un pilar del desarrollo médico nacional, formando generaciones de especialistas en diversos campos y brindando servicios de calidad a millones de mujeres dominicanas y extranjeras que buscan sus servicios. Está ubicado en el distrito nacional Santo Domingo, República Dominicana. (<i>Boletín Estrategia 5S</i>, 2017)</p>
DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE HACIA LA CALIDAD	
<p>Su enfoque radica en garantizar un servicio comprometido con la calidad en la salud, los colaboradores internos del hospital están comprometidos de seguir implementando la herramienta 5S para alcanzar un auténtico modelo de organización, los primeros en adquirir este compromiso son los gerentes y los encargados.</p>	
Técnicas de administración	Explicación
Mejora Continua	Es parte de sus principios corporativos ya que tratan de brindar un servicio que satisfaga las necesidades de sus usuarias/os trabajando en equipo para alcanzar la excelencia.
5S	Es considerada una herramienta gerencial para la mejora de la calidad y productividad fomentando la mejora continua. Al implementar la estrategia se logran múltiples beneficios como el fortalecimiento del trabajo en equipo, se identifican empleados comprometidos, reducción de elementos innecesarios en las áreas de trabajo lo cual es un elemento importante en las instituciones de salud ya que facilita la atención de los usuarios, reduce la suciedad, favoreciendo el control de infecciones y la bioseguridad hospitalaria, mejora el entorno y las condiciones de trabajo del personal, se valoran sus aportaciones y conocimientos, convirtiéndose la tarea de todos.
Capacitación del Personal	Es un complemento de la herramienta administrativa, el cual se inició con el apoyo de INFOTEP y la organización de la unidad de capacitación del hospital. Con la finalidad de que las áreas de emergencia, consulta externa, farmacia y el bloque obstétrico del HUMNSA fueran de utilidad se capacitaron un total de 151 a través de siete talleres.

2.6.1.6. Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

ORIGEN	
	<p>Fundado en 1942, es uno de los hospitales públicos más grandes de Colombia y el primer hospital público de la provincia de Antioquia. El Hospital General de Medellín (HGM) Luz Castro de Gutiérrez celebra su 70 aniversario. Desde hace setenta años se ha consolidado como el principal hospital público de alta complejidad de Antioquia, atendiendo a una población de menores recursos económicos. Y a pesar de la vasta experiencia en diversas especialidades, el servicio de obstetricia, ginecología y pediatría sigue siendo uno de sus pilares: en sus 70 años de historia, el servicio ha atendido a 642.586 recién nacidos. Desde entonces, se fueron incorporando otras disciplinas médicas y en abril de 1974 pasó a llamarse Hospital General de Medellín. En 1985, el hospital comenzó a convertirse en un referente del tercer nivel de complejidad y desde 1994 pasó a ser una empresa social del estado (ESE). Hoy HGM cuenta con dos torres de servicios, la segunda inaugurada en el año 2000, con capacidad de 442 camas, 8 quirófanos, 4 salas de parto, un banco de sangre, un laboratorio altamente sofisticado, salas de cuidados intensivos desde recién nacidos hasta adultos, un helipuerto. Y un centro de investigación clínica. (<i>El H.G.M. Como ponente de casos de éxito en el 28° Foro Internacional de la OES.</i>, 2019)</p>
DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE HACIA LA CALIDAD:	
<p>Todos los hospitales profesan el cuidado de la salud con calidad, pero el Hospital General de Medellín profesa su calidad a través del Sistema de Gestión Integral de Calidad -SGIC. Está orientada al desempeño institucional, garantizando la satisfacción de los usuarios a través de la gestión óptima de los recursos, el desarrollo apto y competente del talento humano y estandarización de los procesos para la prestación de servicios, además de la mejora y compromiso de la alta dirección evidenciado en las políticas y objetivos de la calidad.</p>	
Técnicas de administración	Explicación
Mejora continua	El hospital implementa maneras más prácticas para poder ofrecer los servicios de calidad, la mejora continua permite un desempeño global en las entidades para aumentar la eficiencia, eficacia y efectividad.
Enfoque basado en los procesos	Existe una red de procesos, la cual al trabajar de manera articulada permite generar un valor a las actividades, se alcanza el objetivo de gestionar un proceso de manera eficiente, permitiendo a la vez fortalecer la organización y el trabajo en equipo como objetivo clave.
Enfoque del sistema para la gestión	El sistema de gestión integral de calidad que ha implementado la institución le ha permitido gestionar de mejor manera los procesos, donde identifica, mantiene, mejora y gestiona como un sistema neutral los procesos, actividades, permitiendo, poner en evidencia las fallas y brindar las soluciones pertinentes.
Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones	La alta dirección del hospital en conjunto con el personal, hacen un seguimiento permanente a la gestión, a partir de ello analizan la información obtenida para tomar decisiones acertadas, auditorías internas y externas, revisión del sistema a partir del plan de acción, y el desarrollo de comités estratégicos, es necesario para la toma de decisiones.

2.6.2 Casos de éxito en hospitales nacionales

2.6.2.1 Administración de la calidad en el Hospital Centro Médico Lourdes

ORIGEN	
	<p>El Hospital Centro Médico Lourdes es un hospital con mucha trayectoria y experiencia ubicado en Lourdes, Colon. En el año de 1,985, el Hospital Lourdes comenzó como un consultorio médico, el que para 1987 se convierte en clínica médica ya con un laboratorio clínico y farmacia de apoyo. En 1988, la clínica médica crece por la misma demanda de los pacientes y se traslada a una casa modificada para funcionar con 6 camas. Para 1990, la demanda crece mucho más, lo cual hace la necesidad de trasladarse a una casa con 18 cuartos, por lo que para 1992, se inscribe como Centro Médico Lourdes en el C.S.S.P. y la J.V.P.M., quedando como regente del establecimiento hasta esta fecha, el fundador Dr. José Omar Duarte. <i>(Caso de éxito del Hospital Lourdes, n.d.)</i></p>
DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE HACIA LA CALIDAD	
<p>Su enfoque radica en actualizar los procesos y contar con herramientas adecuadas para poder atender de mejor forma a los pacientes. Contar con un excelente equipo hospitalario para cada especialidad de atención médica es uno de los elementos fundamentales para la satisfacción de cada paciente.</p>	
Técnicas de administración	Explicación
Mejora continua	Se ha tenido el control total de todo lo que ocurre en la compañía, por ejemplo: acceso en tiempo real de lo que ocurre en todas las áreas del hospital, así como el seguimiento que se le da a los pacientes y sus padecimientos, información estadística y financiera que antes no teníamos.
Delegación de autoridad	Se encarga de gestionar en una sola plataforma la información de los distintos departamentos o áreas del hospital, desde recursos humanos, control de stock e inventario, facturación etc.
Odoo	Es una herramienta que permite digitalizar, planificar y controlar los recursos de una empresa. Las posibilidades que ofrece por lo tanto son la garantía de organizar y gestionar toda la información y recursos de forma automatizada y rápida, evitando por lo tanto la pérdida de datos. Con funciones como la programación en línea de citas y el acceso a la historia clínica electrónica, Odoo mejora la experiencia del paciente al ofrecer un proceso más ágil y una atención más personalizada.
Orientación al cliente	Permiten ofrecer un servicio más profesional y eficiente, los diagnósticos médicos de cualquier enfermedad. Este centro médico mediante la implementación de este sistema confía en Odoo para la gestión de todas las operaciones del hospital en todas sus áreas.

2.6.2.2 Hospital General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)

ORIGEN	
	<p>El servicio de emergencia del Hospital General del ISSS inició sus labores en febrero de 2004. Está capacitado para atender a pacientes que requieren atención especializada ya sea por lesiones, accidentes o situaciones que requieran intervención quirúrgica. El ISSS cuenta con 11 hospitales, 32 departamentos médicos, 33 clínicas comunitarias y 197 clínicas comerciales, 1 departamento de medicina física, así como 6 farmacias generales, unidades de atención al usuario, unidades de retiro y oficinas administrativas en todo el país. (A.B <i>Diseño de una propuesta de mejora continua</i>, 2020)</p>
DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE HACIA LA CALIDAD	
<p>Desarrollo de un programa de mejora continua de equipos de emergencia"; el objetivo era comprender las percepciones del personal de esta y otras áreas de apoyo sobre las fortalezas y debilidades del departamento.</p>	
Técnicas de la administración	Explicación
Diagrama de Ishikawa	<p>Evalúa aspectos importantes de las siguientes variables: entorno, organización y métodos, maquinaria y herramientas, recursos humanos, proveedores y eventos. Por otro lado, se analizó la capacidad instalada del recurso humano que conforma este departamento, así como otros departamentos de apoyo (laboratorio clínico, guardarropa, radiología e imagen y farmacias.</p>
Mejora continua	<p>A partir del análisis regional es posible identificar las fortalezas y oportunidades de mejora más significativas actuales del servicio de emergencias del ISSS y formular algunas recomendaciones para que el departamento logre resultados satisfactorios en el mediano y largo plazo.</p>

2.6.2.3 Administración de la calidad en el Hospital Nacional Rosales.

ORIGEN	
	<p>El 9 de abril de 1891 se colocó la primera piedra del hospital y se inició la ceremonia de inauguración. El Hospital Nacional Rosales es una institución pública que brinda servicios médicos de referencia, este centro de atención terciaria es de origen y composición salvadoreña. La estructura organizacional, la infraestructura y las personas son reguladores de las necesidades de salud. (<i>Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Calidad en Salud, Hospital Nacional Rosales, postulación al reconocimiento interno a L, 2019</i>)</p>
DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE HACIA LA CALIDAD	
<p>Su enfoque radica en garantizar un servicio comprometido con el proceso de atención de la consulta externa, para que permita acortar los tiempos de espera de consultas de primera vez, al usuario de las especialidades de medicina del Hospital Nacional Rosales.</p>	
Técnicas de administración	Explicación
Lluvia de ideas	Es una de las técnicas que utilizó el equipo gestor para identificar los problemas y así poder priorizar la oportunidad de mejora.
Método de Hanlon	Es una herramienta que clasifica los problemas y los recursos disponibles priorizando su gravedad, eficacia de las soluciones y probabilidad de intervención. Este método constituye una tecnología en salud para la toma de decisiones adecuadas.
Diagrama de árbol	Este es un método gráfico para identificar todas las partes necesarias para lograr el objetivo final. En la mejora de la calidad, los diagramas de árbol se utilizan a menudo para identificar todas las tareas necesarias para implementar una solución.
Mejora Continua	La organización para asegurar la mejora continua de la buena práctica que se implantó, se idearon estrategias como la creación de un directorio de servicios por especialidad, optimización de las citas electrónicas en consulta externa, etcétera.

2.6.2.4 Administración de la calidad en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

ORIGEN



Don Benjamín Bloom, un banquero nacido en el Estado de California, de los Estados Unidos de Norteamérica y naturalizado salvadoreño, donó a la niñez salvadoreña el Primer Hospital de Niños en El Salvador. El 6 de noviembre de 1928, por escritura pública, Don Benjamín Bloom hizo entrega del hospital a la Sociedad de Beneficencia Pública. El sostenimiento del Hospital de Niños Benjamín Bloom, desde su inicio estuvo a cargo del Gobierno de la República de El Salvador, y fue inaugurado en el local situado sobre la Calle Arce y 23 Avenida Sur (local que actualmente ocupa la Unidad de Salud 1° de Mayo del ISSS). Se creó para ser utilizado en la asistencia a la niñez salvadoreña, es decir, proteger su salud. De esta manera, se brinda atención médica especializada a la población infantil salvadoreña, a través de servicios integrales de salud con calidad, calidez y ética profesional. Este hospital fue donado bajo la advertencia que este se destina siempre a la asistencia de los niños enfermos necesitados. De igual manera, no se haría distinción de

raza, nacionalidad, ni religión. También, que su nombre fuera usado a perpetuidad. Es una institución especializada de tercer nivel de atención y de referencia nacional para la población infantil de El Salvador, su función primordial es brindar asistencia médica a los niños menores de 12 años, aunque se atienden hasta los 18 años de edad aquellos con enfermedad crónica.

DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE HACIA LA CALIDAD

Su enfoque está orientado a contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad infantil con la implementación de manera sistemática de la Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT), identificando de forma anticipada el deterioro del paciente ingresado en el Departamento de Oncología del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, para mejorar la calidad de atención y la calidad de vida de los pacientes y sus familias, priorizar problemas de salud de acuerdo a su magnitud, trascendencia o severidad, eficacia de la intervención y por la factibilidad del problema es uno de los aspectos fundamentales a identificar.

Técnicas de administración de la calidad aplicadas	Explicación
Mejora continua	<p>El impacto que el equipo proyectó al intervenir la oportunidad de mejora con la implementación de dicha herramienta está enmarcado en los siguientes ámbitos:</p> <p>Institucional:</p> <p>a) Liderazgo Institucional a nivel nacional con la innovación de este sistema en el cuidado del paciente.</p>

	<p>b) Monitoreo continuo de los cambios clínicos que pueda presentar el paciente, mejorando la prestación de servicios de salud oncológicos pediátricos.</p> <p>c) Satisfacción del personal médico y de enfermería.</p> <p>d) Reducción de traslados no planificados a UCI.</p> <p>e) Minimizar los problemas relacionados a la seguridad del paciente.</p> <p>Usuarios:</p> <p>a) La supervivencia del paciente oncológico hospitalizado.</p> <p>b) Prevención de complicaciones y eventos adversos en el paciente hospitalizado.</p> <p>c) Reducción del gasto del bolsillo de los familiares del paciente al disminuir los días de estancia hospitalaria y prevenir complicaciones.</p> <p>d) Incorporación a la vida familiar.</p> <p>e) Aumento de la satisfacción del paciente, padre, madre y/o cuidador.</p>
Delegación de autoridad	<p>La alta dirección del hospital empodera y facilita la toma de decisiones por parte del equipo, al designar un equipo de trabajo de la mejor práctica a través del jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad del hospital, por medio de acta de conformación para la ejecución de la mejora bajo este equipo.</p>
Escala de priorización de Hanlon	<p>El método Hanlon es un instrumento que clasifica los problemas y los recursos con los que se cuenta, priorizando la problemática con base a la magnitud del problema, severidad, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención. Este método constituye una tecnología en salud para la toma de decisiones adecuadas. Establecer prioridades entre la multitud de problemas de salud que enfrenta una población es un trabajo necesario y complejo. En el ámbito de salud existe una demanda infinita y un pool de recursos limitados. Esta realidad nos obliga a administrar los recursos disponibles de manera estratégica.</p>

2.7 Cuadro comparativo de casos de éxitos internacionales y nacionales según las técnicas de administración de la calidad aplicadas

Técnicas de administración de la calidad aplicadas	
Casos de éxito en hospitales internacionales	Casos de éxito en hospitales nacionales
<p>La mejora continua en hospitales internacionales les permite el poder hacer uso de métodos y herramientas de calidad, que favorezca los diferentes procesos que se desarrollan, mantener control de los tiempos de espera, disminuir problemas internos y garantizar un correcto mantenimiento de las funciones dependiendo de las áreas que tiene mayores complicaciones en torno a la prestación de servicio y el ofrecer un buen servicio de calidad con estándares de calidad.</p>	<p>La mejora continua en hospitales nacionales de El Salvador ha permitido el brindar alternativas viables para la mejora, no tanto de procesos sino de resultados a través de generar estrategias de valor, análisis exhaustivo sobre fortalezas y oportunidades entre otras. El uso de sistemas y procesos es muy poco implementado ya que se vela por mantener un óptimo control sin tener que incurrir en costos, sin embargo, la utilización de sistemas les ha permitido mantener un control total de la institución y poder asegurar una atención adecuada del paciente y usuarios en áreas de consulta externa, emergencias, departamentos de apoyo (laboratorio clínico, guardarropa, radiología e imagen y farmacias)</p>
<p>Delegación de autoridad a empleados</p> <p>-Personal capacitado que pueda responder y resolver problemas y actuar de manera oportuna ante inconformidades de pacientes y usuarios,</p> <p>-Utilizan e incorporan software de calidad que les permite automatizar las actividades, realizar registro de forma directa de los departamentos o áreas del hospital, desde recursos humanos, control de stock e inventario, facturación.</p>	<p>Delegación de autoridad a empleados</p> <p>-La alta dirección se encarga de asignar un equipo a través del jefe de la unidad organizativa, el cual debe de velar y hacer cumplir con la ejecución de las mejoras.</p>
<p>Modelos de gestión de calidad</p> <p>Utilizan sistemas de gestión de calidad:</p> <p>-Lean Manufacturing</p> <p>- Justo a Tiempo (SISTEMA JIT)</p>	<p>Modelos de gestión de calidad</p> <p>Utilizan sistemas de gestión de calidad:</p> <p>- Escala de priorización de Hanlon</p>

<p>Herramientas de control de calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Benchmarking ● Gráficas de Pareto y diagramas de flujo ● Técnica de Jidoka ● Innovación de procesos (MUDA en japonés) ● ISOTools ● Diagrama de Ishikawa ● 5S <p>Al aplicar estas herramientas de control de calidad complementan la mejora continua de las diferentes áreas de los hospitales dado que se identifican los problemas para resolverlos y controlarlos.</p>	<p>Herramientas de control de calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Odo ● Lluvia de ideas ● Diagrama de árbol ● Diagrama de Ishikawa <p>Estas herramientas de control de calidad permiten gestionar los recursos e identificar los problemas que detienen el proceso de mejora continua.</p>
<p>Enfoques aplicados</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Orientación al cliente ● Orientación o enfoque en los procesos ● Enfoque del sistema para la gestión ● Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones 	<p>Enfoques aplicados</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Orientación al cliente

Elaborado por el equipo investigador tomando los casos de éxito de los hospitales nacionales e internacionales

2.8 Análisis e interpretación de los resultados

2.8.1 Diagnóstico de los resultados obtenidos

Para realizar este estudio se utilizó la técnica de la entrevista, cuyo objetivo fue entrevistar a los directores de los hospitales del tercer nivel de atención que conocen sobre las técnicas administrativas de calidad y además de realizar una encuesta a los pacientes / usuarios para complementar la investigación. También se realizó un estudio de los casos de éxito internacionales y nacionales los cuales aplican la mejora continua.

A continuación, se muestra el correspondiente análisis de los resultados obtenidos, divididos en los siguientes apartados:

- **Análisis de la calidad aplicada en la prestación de servicios dentro de los hospitales internacionales y nacionales según los casos de éxito en comparación con los hospitales de tercer nivel de atención (Hospital Nacional Especializado Rosales).**

La mejora continua dentro de los hospitales, es la clave del éxito que garantiza un servicio de calidad dentro de la institución es por ello que el uso de las diferentes técnicas administrativas de calidad aplicada se ha vuelto fundamental para resolver los problemas que afectan tanto directa e indirectamente el servicio de atención que se brinda a los pacientes/usuarios.

De la información recopilada se denota que se aplican diferentes enfoques como la orientación al cliente, orientación o enfoque en los procesos, enfoque del sistema para la gestión, enfoque basado en hechos para la toma de decisiones. El factor común de algunos de los casos de éxito de los hospitales nacionales e internacionales con los hospitales del tercer nivel de atención es que aplican el enfoque orientado al cliente dado que se quiere obtener un eficiente servicio de calidad; en el Hospital Especializado Rosales se ha creado un software llamado el Sistema Integrado de Salud (SIS) simplificando el proceso al registrar y crear el expediente de un nuevo paciente; mientras tanto en algunos hospitales internacionales que utilizan este enfoque han tenido resultados que permiten la disminución del tiempo de espera y simplificación de los procesos en la sala de urgencias, además los hospitales internacionales también utilizan otros enfoques con énfasis en los procesos, en los hechos para la toma de decisiones y en el sistema de gestión los cuales permiten ir más allá y evidenciar las fallas para brindar soluciones pertinentes.

Ver anexo 2 (pregunta 7) y cuadro comparativo de casos de éxito

Además, otro factor es que se trabaja en la capacitación del personal lo cual permite garantizar un servicio de calidad, es por ello que los hospitales lo aplican para que todas las áreas

sean de utilidad dentro de la institución. Algunos de los hospitales internacionales realizan talleres con la finalidad de capacitar las áreas de emergencia, consulta externa, farmacia y el bloque obstétrico; por otro lado, en el Hospital Nacional Especializado Rosales realizan capacitaciones dentro de la formación de la escuela de medicina que hay dentro de la institución que involucra a la Universidad de El Salvador.

Ver anexo 2 (pregunta 8) y cuadro comparativo de casos de éxito

Sin embargo, a pesar de lo aplicado se identifica que una de las deficiencias que muestra el país en los hospitales del tercer nivel de atención es que no aplica herramientas de calidad actualizadas como lo podemos observar en los casos de éxito de los hospitales internacionales para mejorar los procesos de estos establecimientos y con lo que ellos han obtenido resultados favorables, los profesionales de la salud pueden usar esta herramienta para reflexionar sobre la estrategia de mejora de la calidad de su organización, para identificar acciones específicas destinadas a mejorarla y aplicarla en todas las unidades del hospital. La atención hospitalaria juega un papel preponderante en la atención sanitaria; tiene un alto significado social, pues los hospitales albergan a las personas con los problemas de salud más serios y son los centros más costosos del sistema de salud por la atención especializada y tecnológicamente avanzada que deben brindar, además del servicio que lógicamente ofrecen. La evaluación continua de la calidad y la eficiencia de la atención hospitalaria con sus implicaciones sociales y económicas es un imperativo para el sector de la salud.

Ver anexo 2 (pregunta 1-2 y 3) y cuadro comparativo de casos de éxito

- **Identificación de las posibles deficiencias de la prestación del servicio desde la perspectiva de los pacientes o usuarios.**

Se desglosan los diferentes factores identificados que muestran deficiencias en la prestación de servicio en los hospitales de tercer nivel de atención, como lo son:

Recursos materiales y equipos médicos.

Muestra una deficiencia por medio de la observación de los pacientes ya que manifiestan que en su mayoría no se cuenta con el recurso necesario y algunos equipos se encuentran deteriorados, lo que conlleva a tener repercusiones en la salud al no aplicar un mantenimiento preventivo, en ese sentido esta práctica debe ser una prioridad para los prestadores de servicios de salud, ya sea en la vida útil de los bienes de estos establecimientos, equipamiento e insumos necesarios para la atención médica. Asegurar el cuidado oportuno y libre de riesgo para la salud es vital para los hospitales. Ver anexo 3 (pregunta 2)

Unidades tardías en tiempos de respuesta

Una de las áreas con tiempo de respuesta prolongado para los pacientes es con 40% el área de espera, sin embargo, una atención de calidad es tan importante, que su ausencia tiene repercusiones no solamente sobre la eficiencia del sistema de salud o la percepción que los ciudadanos tienen de él, sino que, puede afectar la salud de las personas al no poder otorgar un tiempo de respuesta oportuno en cada una de las unidades. Ver anexo 3 (pregunta 3)

Tiempo promedio para recibir el servicio.

En los establecimientos de la red de salud pública, se percibe una rotunda inconformidad con los tiempos de espera para recibir atención médica y a través del tiempo ha significado uno de los grandes problemas para estos hospitales, por datos obtenidos por usuarios el tiempo de espera comúnmente se encuentra en un rango de una a dos horas para poder ser atendidos,

acortar los tiempos de respuestas es una de las mejoras cruciales primeramente para el paciente para satisfacer sus expectativas como para la administración de estos establecimientos de salud.

Ver anexo 3 (pregunta 4)

Atención del personal.

La atención del personal es uno de los principales puntos a tratar, se considera que hay mucha deficiencia en cuanto al trato que se le brinda a los pacientes que reciben el servicio, al hacer el estudio en relación a la prestación de servicios se desea saber la opinión que se tiene, es por ello que por medio de la cuantificación de datos realizados por la misma encuesta, se considera, que si bien aunque los resultados fueron favorables con un 66.67% teniendo como buena la atención del personal no se descarta que exista una gran deficiencia ya que se desea lograr una calidad de servicio ofrecidos por los mismo empleados a nivel general, así mismo permite tener una idea clara de los puntos a erradicar, a través de planes o estrategias para mejorar o fortalecer aspectos que son parte fundamental en todo centro hospitalario siendo la atención una de las áreas más importantes de todo centro hospitalario y no solo en hospitales de tercer nivel de atención, es algo en general que se ve y se puede presenciar.

Ver anexo 3 (pregunta 5)

Infraestructura inadecuada.

Este criterio evalúa si los hospitales especializados cuentan con la infraestructura adecuada para las especialidades que ofrece en las diferentes áreas y servicios, considerando los aspectos anteriores y tomando en cuenta la información recolectada, se puede decir que la infraestructura no es buena, cabe destacar que hay muchas deficiencias, una de ellas es que los equipo e instrumentos son obsoletos, se considera que por ser instituciones prestadoras de servicio deberían de proveer calidad a partir de tener las condiciones y espacios en buen estado

sumándole que no deberían carecer de muchas deficiencias, como la falta de insumos, equipos y herramientas que permita dar un buen resultado. Ver anexo 3 (pregunta 7)

1. Confianza de recibir el servicio.

Según resultados mostrados un 53.3% de las personas encuestadas afirmó que no volvería a pasar consulta en estos centros especializados, los pacientes o usuarios afirman que para solicitar o tener una consulta, el lapso de tiempo está estimado entre una y dos horas que es un porcentaje superable y que pone en perspectiva cómo está la situación ante la prestación de servicios, eso y otros factores impactan negativamente en la confianza de los usuarios, permitiendo perder por completo la satisfacción de dar un excelente servicio por parte de los hospitales de tercer nivel de atención. Actualmente se vive una inconformidad por parte de los pacientes, ya que al ser hospitales públicos consideran que es necesario que den una atención de primera, de proveer lo necesario para la resolución de casos de gravedad, sin embargo, con las deficiencias que se mantiene, difícilmente se puede garantizar una calidad de servicio.

Ver anexo 3 (pregunta 2 y 8)

2. Personal capacitado.

Para brindar mayor calidad de la atención es de vital importancia que todo el personal que labora en los hospitales sean profesionales de primera y que cuente con documentos que certifiquen que son especializados o estudiados en el área de salud, ya que es necesario contar con los conocimientos necesarios y requeridos para la atención previa de los pacientes.

De esa forma se vela por la salud de los pacientes y se garantiza especialista, enfermeros, doctores, practicantes de primera mano, que ofrezcan los servicios necesarios y requeridos por los pacientes que visitan los centros especializados, así mismo al obtener la información se puede mostrar que solo el 73.3% de las personas considera que el personal está capacitado, a eso se le puede sumar la inconformidad del buen trato por parte de los empleados hacia los pacientes, la

falta de empatía, los tiempos de respuesta, sobre todo el trato hacia los pacientes es uno de los factores cruciales, ya que la mayoría de personas consideran que en todo centros de salud no hay buena atención. Ver anexo 3 (pregunta 9)

2.9 Resumen de los resultados obtenidos

A raíz de la entrevista realizada al director del Hospital Especializado Rosales, la encuesta dirigida a los pacientes que acuden a los hospitales de tercer nivel de atención y los casos de éxitos internacionales y nacionales se puede destacar lo siguiente:

- En los últimos años, la mayoría de los países latinoamericanos han realizado diversos esfuerzos para estructurar sus sistemas de salud para brindar servicios de calidad a sus ciudadanos. El Salvador también ha aplicado reformas ya que actualmente se hace uso de un software llamado Sistema Integral de Salud conocido por sus siglas SIS, lo cual es una base de datos que funciona para llevar un control de cada uno de los pacientes, es decir, que se cuenta con un expediente con su historial médico, que está conectado con los establecimientos de salud del primer nivel de atención conformado por: las Unidades de Salud, Casas de la Salud, y los Centros Rurales de Salud y Nutrición; y los del segundo nivel de atención constituido por: los Hospitales Nacionales Generales y los Hospitales Nacionales Regionales. Estas instituciones de segundo nivel se encargan de proveer servicios a los pacientes que refiere el primer nivel de acuerdo al área geográfica de influencia y la contrarreferencia al establecimiento de origen; por otro lado, los de tercer nivel de atención brindan servicios ambulatorios, de emergencia e internamiento especializados, para dar respuesta a la referencia especializada del segundo nivel.
- En su mayor parte los hospitales internacionales aplican diferentes herramientas administrativas como, por ejemplo: Benchmarking, gráficas de Pareto, diagramas de

flujo, técnica de Jidoka, innovación de procesos (MUDA en japonés), ISOTools, diagrama de Ishikawa y 5S; que se acoplan a las necesidades que existan dentro de las instituciones, todas ellas enfocadas en mejorar la calidad de los servicios que se brindan.

También utilizan modelos de gestión como el Lean Manufacturing y Justo a tiempo

- Las herramientas administrativas aplicadas en El Salvador varían en diferencia con las aplicadas internacionalmente, ya que en el país se aplica la Escala de Hanlon que va enfocada especialmente a la salud, siendo esta una herramienta metodológica que permite priorizar problemas de acuerdo a su magnitud, severidad, eficacia de la intervención y por la factibilidad del problema.
- En los hospitales de El Salvador existen deficiencias notorias que afectan la prestación de servicios, puesto que los tiempos de espera son prolongados, el equipo e instrumentos en algunos casos están deteriorados o fuera de uso y además la falta de medicamento e insumos es por ello que existe inconformidad por parte de los pacientes.

En resumen, la investigación realizada muestra que se debe adoptar una actitud responsable hacia la calidad, es decir convertirse en un principio de comportamiento diario y reflejarse en el desempeño, basados en la sensibilidad humana y elevado profesionalismo.

CAPÍTULO III CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y PROPUESTA DE PLAN DE MEJORA IMPLEMENTANDO LA METODOLOGÍA KAIZEN Y 5S EN LOS HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE TERCER NIVEL.

3.1 Objetivos del capítulo III

3.1.1 General

Proponer un plan de mejora continua que incida en la prestación de servicio en los hospitales del tercer nivel de atención del sector público, basados en la implementación de la metodología de Kaizen y las 5S.

3.1.2 Específicos

- Identificar los beneficios y ventajas que proporciona la implementación de la metodología de Kaizen y la 5S, promoviendo el bienestar personal, disciplina y constancia por parte de los colaboradores para lograr un ambiente de calidad en el desarrollo de sus actividades.
- Exponer los principales requisitos para la ejecución del plan de mejora, mediante el suministro de herramientas administrativas de calidad, con el fin de optimizar la productividad del personal, mejorar la eficiencia en la prestación de servicios y minimizar errores y riesgos en los procesos.
- Diseñar un plan de capacitación dirigido al personal que permita optimizar y brindar un servicio de calidad organizando y manteniendo un entorno de trabajo limpio, eficiente y productivo.

3.2 Conclusiones

- Basado en la investigación llevada a cabo, es un problema social no lograr una cobertura sanitaria global de los pacientes que son referidos a los hospitales categorizados como "tercer nivel de atención", ya que se desempeñan funciones administrativas y operativas con el nivel estándar de conocimiento, materiales e insumos en escasez e infraestructura deficiente entre otros aspectos, considerando que afecta de forma directa en el resultado de los procesos de calidad, servicios ofrecidos y el debido mantenimiento y cuidado de la salud.
- En conclusión, el enfoque 5S puede proporcionar a las instituciones hospitalarias importantes beneficios como mayor confianza de los pacientes, excelente atención médica, eficiencia en las actividades realizadas por el personal y mayor control de materiales e insumos.
- La implementación efectiva de una metodología de calidad en el ámbito sanitario requiere una serie de pasos y herramientas clave que aseguren la mejora continua de los procesos. Brindar herramientas administrativas de calidad es fundamental para superar deficiencias en la prestación de servicios y mejorar la productividad del personal. La implementación de procedimientos claros y estructurados, como las hojas de verificación, permite un control más riguroso de los recursos y la reducción de errores, lo que garantiza un servicio más seguro y eficiente.
- El objetivo fundamental de capacitar al personal de salud ante la implementación de estas metodologías radica en asegurar que todos los colaboradores comprendan la importancia y el funcionamiento, esto con el fin de adquirir conocimientos para que se pueda aplicar de la manera más efectiva, lo que contribuirá a una mejora en la calidad de la atención a

los pacientes. Este proceso de formación no solo optimiza la gestión y operación dentro de la organización, sino que también fortalece el compromiso del personal con la excelencia en el servicio.

- El Comité 5S desempeñará un papel crucial en la ejecución de estas metodologías en cuanto a su desarrollo e integración. Con una estructura bien definida y la asignación clara de responsabilidades, el comité estará capacitado para coordinar eficazmente todas las fases de su implementación. Su composición, que incluirá al menos 17 miembros distribuidos en dos turnos, asegura una representación amplia y una cobertura integral, lo que facilitará una transición exitosa y una mejora continua en los hospitales de tercer nivel de atención.

3.3 Recomendaciones

- Se recomienda a los directores de los hospitales del tercer nivel de atención del sector público implementar este plan de mejora continua que integra una serie de herramientas administrativas y técnicas de calidad bajo el enfoque de la metodología Kaizen y 5S, que permite la solución pertinente y oportuna para gestionar los procesos de manera eficiente en el seguimiento del desarrollo de sus funciones y demás tareas implícitas para entregar servicios de calidad. Además, con ello, se pretende lograr la cobertura sanitaria global en pro del bienestar y del cuidado de los pacientes, usuarios y demás personal que desean ser atendidos.
- Se sugiere que en los hospitales de tercer nivel de atención se debe de implementar este enfoque de manera rigurosa, sistemática y fomentar la participación y el involucramiento de los empleados en el proceso de mejora continua para obtener ventajas competitivas como: los procesos internos eficientes, personal altamente calificado en el tratamiento y cuidado de los pacientes, gestión adecuada de los recursos materiales y la creación de una cultura de sensibilidad, respeto y cuidado.
- Se sugiere implementar de manera progresiva la metodología de mejora continua, ya que es crucial establecer procedimientos claros para el monitoreo y evaluación de la eficiencia de los procesos, con especial atención en la identificación y mitigación de errores y deficiencias. Además, se recomienda realizar un seguimiento sistemático de los resultados obtenidos utilizando los diferentes formatos desarrollados en la presente investigación, para ajustar y mejorar continuamente las estrategias implementadas, garantizando así no solo la optimización de la productividad, sino también la calidad del servicio brindado a los pacientes.

- Se recomienda utilizar el plan de capacitación referido en este documento ya que incluye sesiones prácticas y evaluaciones, esto permitirá a los colaboradores no solo comprender la importancia y el funcionamiento de estas metodologías, sino también aplicar los conocimientos adquiridos de manera efectiva en su día a día. Además, fomentar la retroalimentación y ofrecer apoyo constante durante el proceso de implementación ayudará a identificar áreas de mejora y a reforzar el compromiso del personal.
- Se sugiere que el personal que integre el comité 5S sea comprometido por el cumplimiento de esta nueva metodología y que tenga un amplio conocimiento para guiar y retroalimentar para identificar y abordar problemas de manera oportuna, esto con el fin de coordinar eficazmente cada fase de su ejecución. Estas medidas contribuirán a una transición más fluida y a la optimización continua de los procesos en los hospitales de tercer nivel de atención.

3.4 Beneficios y ventajas de la propuesta

Tabla 3.1 Beneficios y ventajas de implementar el método Kaizen y las 5S

Beneficios	Ventajas
<p>Mayor confianza de los pacientes ya que se pretende dar una atención sanitaria de primera, sin retrasos y problemas que perjudiquen al paciente e higiene.</p>	<p>Procesos internos eficientes, esto dará como resultado que el talento humano pueda desempeñar las funciones, actividades en el tiempo establecido teniendo en cuenta que cada unidad es importante para lograr un objetivo en común que es dar una atención de calidad a los pacientes.</p>
<p>Excelente atención médica por medio del personal capacitado que pueda brindar atención sanitaria de calidad, donde se cuente con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Respeto para ambas partes. ● Tiempo de espera reducido ● Excelentes cuidados a los pacientes/usuarios. ● Infraestructura adecuada debidamente capacitada con los activos y recursos necesarios. ● Resguardo de la información de los usuarios. 	<p>Personal altamente calificado y especializado en tema de salud que puede brindar una atención de primera, con las capacidades necesarias para solventar las necesidades de los pacientes.</p>
<p>Eficiencia en la productividad del personal por involucrarse y adaptarse a la implementación de herramientas técnicas administrativas que permiten optimizar los procesos internos.</p>	<p>Personal más eficiente en el tratamiento y cuidado de los pacientes. Además, en el seguimiento de otras funciones o actividades correspondientes delegadas a cada personal, adaptación a estas herramientas técnicas administrativas.</p>
<p>Mayor control de materiales e insumos.</p>	<p>Gestión adecuada de los recursos materiales e insumos, en el ordenamiento y cuidado de los recursos de la institución manteniendo la calidad e higiene para no perjudicar en la salud de los pacientes.</p>
<p>Crear una cultura organizacional basada en la disciplina fomenta los buenos hábitos en cada una de las unidades de los hospitales.</p>	<p>Se crea una cultura de sensibilidad, respeto y cuidado de los recursos de la institución y eliminación de aquellos que no se encuentran en buen estado y que pueden influir en la salud de los pacientes. El paciente se sentirá más satisfecho ya que los niveles de calidad serán superiores debido al control y eficacia de cada uno de los procesos.</p>

3.5 Requisitos básicos para la propuesta

Requisitos básicos en la implementación de la metodología a utilizar:

1. **Brindar herramientas administrativas de calidad:** Para poder mejorar aspectos relacionados a: deficiencias en la prestación de servicios, evaluar y analizar de qué forma mejorar la productividad de manera efectiva en los empleados, colaboradores y demás personal de salud.
2. **Pasos y procedimientos iniciales:** Por lo general, la implementación de las herramientas administrativas de calidad, están regidas por una serie de pasos que se utilizan para el desarrollo del plan de mejora continua para focalizar y tratar los problemas de una manera más eficiente.
3. **Implementar hojas de verificación:** Este documento es una herramienta de calidad que permitirá controlar los recursos y suministros a través de un seguimiento sistemático y ordenado de tareas, procesos o inspecciones. Esto contribuirá a minimizar errores y riesgos en la realización de tareas o actividades.
4. **Capacitación al personal:** La capacitación será dirigido a los colaboradores y demás personal implícito en brindar atención de servicios a los pacientes con la finalidad de explicar la importancia del uso de herramientas administrativas, su funcionamiento e implementación y de qué manera les permitirá mejorar aspectos relacionados a sus actividades o funciones del día a día.
5. **Supervisión y evaluación:** Al tener una buena supervisión de las áreas en el cumplimiento de lo que el plan requiere para su correcta implementación para identificar aspectos de mejora y se asegure el funcionamiento de manera eficiente en cada unidad organizativa.

3.6 Alcances y limitaciones de la propuesta

Para la ejecución del plan de mejora continua a través de estas herramientas técnicas administrativas es importante tomar en cuenta los alcances y las posibles limitantes que se presenten en su desarrollo. Algunos de estos factores a considerar son los siguientes:

3.6.1 Alcances

- La aplicación de un plan de mejora continua que influya a mejorar la eficiencia, la seguridad y la productividad en los hospitales del tercer nivel de atención en la prestación de servicios que se brinda a la población salvadoreña que asiste a estos hospitales.
- Presentar a los hospitales herramientas técnicas administrativas de seguimiento y evaluación que ayuden a eliminar residuos, mejorar la organización y crear un lugar de trabajo más visual. Esto puede ayudar a minimizar errores, reducir retrasos y mejorar el compromiso y la productividad del personal.
- Incrementar la buena imagen y confianza de la población salvadoreña en el sector de salud sobre la atención que reciben al solicitar el servicio de estas instituciones públicas.

3.6.2 Limitaciones.

- Ausencia de conocimiento sobre el tema y los beneficios que aporta la implementación de estas herramientas técnicas administrativas en el personal, el no aportar la información pertinente y necesaria para llevar a cabo la realización del plan.
- La resistencia al cambio por parte del talento humano que labora en el hospital, puesto que muchas veces existe la apatía y la falta de motivación para emprender nuevas ideas para el mejoramiento.

3.7 Plan de implementación

Tabla 3.2 Actividades a realizar y responsable de su ejecución

Seleccionar	Organizar	Limpieza	Estandarización/Disciplina	Responsable
<p>Identificación de las deficiencias de cada unidad por medio de diagnóstico: Este es el primer paso fundamental para identificar las deficiencias de cada área, al ser mejoradas esto radica en retirar aquellos elementos que no son necesarios y que no permiten el desarrollo de las actividades con eficiencia.</p>	<p>Organizando el espacio de trabajo y la ubicación de cada elemento para reducir el tiempo de cada actividad: Mejorando los tiempos de respuesta en cada desplazamiento al ejecutar las actividades. Se trabaja en conjunto con la clasificación ordenando los elementos necesarios así la persona que busque un material, documento, expediente; podrá disponer de ello con facilidad, lo cual será orientado y capacitado por un miembro del comité.</p>	<p>Verificación e inspecciones de la limpieza en el lugar de trabajo: Ayudará a dar forma a la agenda e inculcar una cultura hospitalaria positiva, el enlace delegado por unidad se encargará de inspeccionar su lugar de trabajo con la finalidad de establecer un adecuado mantenimiento y funcionamiento del espacio, asegurándose que estos cumplan con los estándares de higiene y limpieza. Para ello se deben tener en cuenta los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Promover los valores de la limpieza y sus beneficios para la salud. ● Retirar avisos y carteles antiguos, equipos dañados, cintas, etc. ● Deshacerse de equipos peligrosos o dañados que puedan suponer un riesgo para la seguridad. <p>Para la ejecución de esta inspección el enlace se apoyará de un formato de tarjeta roja, en el cual cada vez que se detecte un elemento innecesario o equipo en mal estado entre otros problemas se tendrá que llenar y resolver con el comité cada vez que se detecte un problema.</p>	<p>Control de actividades: El propósito es controlar que las actividades designadas se estén cumpliendo de la forma correcta y con ello se pueda crear una cultura de disciplina y trabajo en equipo en la ejecución de las actividades que asigna el comité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Comité de las 5S ● Unidad organizativa de calidad ● Enlace de cada unidad

Seleccionar	Organizar	Limpieza	Estandarización/ Disciplina	Responsable
<p>Creación del comité de las 5S: Se debe evaluar los candidatos según su desempeño y responsabilidad los coordinadores de este proceso será la unidad organizativa de calidad, el tamaño del comité dependerá del número de empleados del hospital y número de turnos de trabajo.</p> <p>Dicho perfil de los miembros del comité será conformado por integrantes de diferentes áreas, comprometidos con este. De lo cual se incluye alta dirección como unidad organizativa que dará autorización o visto bueno en cada proceso o actividad que realice una persona delegada para formar parte de esta implementación.</p>	<p>Integrar a los miembros que conformarán el comité de las 5S: Informar a los miembros que integran el comité y asignar responsabilidades específicas. De lo cual se ha desarrollado un plan de acción que describe las actividades que deberá realizar el comité de las 5S, cada integrante del comité velará que su área designada se encuentre organizada, limpia, ordenada y productiva.</p>	<p>Delegar a un enlace por unidad que estará relacionado con un miembro del comité: Se delega por jefatura de cada unidad organizativa un enlace que verificará el cumplimiento de la lista de verificación de orden y limpieza, además promoverá los valores de limpieza y revisar si se cuenta con equipos peligrosos o dañados que puedan suponer un riesgo para la seguridad de las personas, entre otros.</p>	<p>Evaluar la efectividad del Comité en relación a las actividades realizadas con las unidades: El comité evaluará el grado de cumplimiento por medio de auditorías semestrales, para medir la incidencia que tiene el comité en conocimiento y mejora dentro de las unidades diferentes factores tanto en las gestiones entre unidades y la satisfacción de los pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Unidad Organizativa de calidad. ● Alta Dirección ● Recursos Humanos

Seleccionar	Organizar	Limpieza	Estandarización/ Disciplina	Responsable
<p>Planear capacitación al personal: Diseñar un plan de capacitación dirigida a los miembros que conformarán el comité de las 5S, así como a las diferentes unidades y divisiones organizativas. Enfocados en diferentes temas que son fundamentales para la implementación de las 5S.</p>	<p>Ejecución de la propuesta de plan de capacitación: Dar a conocer el plan de capacitación al personal involucrado sobre las actividades que se realizarán, por ello será necesario que tengan una capacitación continua para el aprendizaje y conocimiento de la metodología 5S y aquellos factores que influyen en su funcionamiento. Como inicio se tendrán sesiones y charlas dinámicas de carácter informativo que permitan al personal obtener amplio conocimiento en tema de herramientas de calidad que garanticen la efectividad de las funciones en los puestos, así mismo se desglosa una serie de temáticas que tendrán lugar y duración sin interferir en las actividades del personal con la finalidad de hacer más productivo el trabajo y que se refleje en la atención a los pacientes.</p>	<p>Evaluación de cumplimiento de las 5S: Evaluaciones periódicas a los miembros del comité para medir el grado de conocimiento y manejo de la metodología y al personal que reciba cada una de las capacitaciones detalladas en el plan.</p>	<p>Retroalimentación: Al personal que muestran deficiencias en sus notas, se someterán a un proceso de refuerzo sobre la capacitación impartida, ya que todos los involucrados deben de conocer y trabajar bajo un mismo fin y lograr el cumplimiento de esta metodología.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Comité de las 5S ● Unidad de Recursos Humanos

Seleccionar	Organizar	Limpieza	Estandarización/ Disciplina	Responsable
<p>Evaluación por medio de lista de verificación: Diseñar un instrumento que permita recoger y compilar de forma estructurada datos asociados a las áreas que tienen mayores deficiencias y necesidades que presenta cada unidad o división médica y de esta manera conocer la situación actual por unidad en diferentes factores que lo detallan en esta.</p>	<p>Ejecución de la lista de verificación: Al tener preparada la lista de verificación es importante categorizar la información a partir de una serie de criterios de evaluación los cuales son: 1= cuando no cumple 2= cuando existe cumplimiento parcial 3= cuando existe un cumplimiento</p>	<p>Monitoreo por medio de la lista de verificación: Evaluar o verificar el grado de cumplimiento de la lista de verificación a partir de la serie de criterios a realizar en un tiempo determinado, con el fin de llevar un mejor control de lo que las unidades realizan y que son fundamentales en la implementación de esta metodología de las 5S, el comité se apoyará en una lista de verificación de orden y limpieza para un mejor control.</p>	<p>Subsanar actividades que no existe un cumplimiento: Dar seguimiento a aquellas actividades que no se cumplen en cada área, hacer un llamado de atención a las unidades y monitorear la ejecución de esta hasta que se cumpla.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Comité de las 5S
<p>Análisis general de la organización, fase de pre auditoría: Con esto se pretende que el equipo de auditoría tenga mayor conocimiento de cómo funcionan los procesos tomando en cuenta el formato de auditoría elaborado donde se evaluarán diferentes factores de la metodología 5S.</p>	<p>Planeación y ejecución de la auditoría: Esta parte comienza con una reunión de apertura donde se presentan a los miembros del equipo, se revisa el plan, se proponen los métodos y procedimientos a utilizar y se identifican los recursos necesarios, con los auditores delegados por unidad verificarán el cumplimiento de los factores que detalla el formato de auditoría 5S.</p>	<p>Preparación del informe de auditoría: Será el documento en el que se recojan los principales hallazgos que conlleven:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Incumplimientos que requieran acciones correctivas o preventivas. ● Mejoras observadas que merezcan reconocimiento. 	<p>Seguimiento de las recomendaciones del informe y subsanación: Es importante que la presentación del informe no se considere el final del trabajo de auditoría. En base a las desviaciones y resultados reflejados en el informe, la organización dispondrá de las herramientas necesarias para identificar la causa de la desviación. De esta manera podrá recomendar e implementar acciones correctivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Comité de las 5S ● Auditoría interna

Elaborado por el equipo investigador

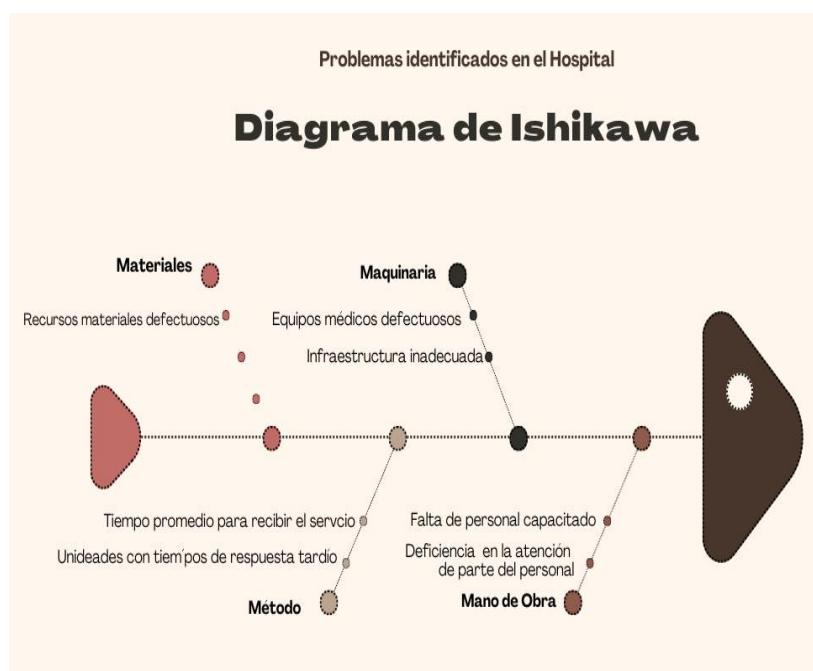
3.8 Propuesta de instrumentos de trabajo

3.8.1 Identificación de las deficiencias utilizando el diagrama causa y efecto

El objetivo es identificar las causas de las debilidades que afectan los procesos organizativos y operativos de los hospitales. Al representar los hospitales mediante el diagrama de Ishikawa, se superarán eficazmente las causas que tienen mayor impacto en sus resultados.

Figura. 3.1

Diagrama de Ishikawa: Problemas identificados en el hospital.



Nota: Elaboración propia ejemplo de diagnóstico sobre deficiencias actuales de los hospitales del tercer nivel de atención, según datos recopilados de la encuesta realizada.

3.8.2 Identificación de elementos innecesarios o que representan un problema

3.8.2.1 Formato tarjetas rojas

Ayudan a identificar los elementos innecesarios a fin de mejorar la organización de las diversas áreas.

Tabla 3.3 Formato de tarjeta roja para la implementación de la propuesta

TARJETA ROJA			
Categoría	Mobiliario/equipo médico		Herramientas
	Infraestructura		Limpieza
	Prestación de Servicios		Otros especifiquen
Asunto			Fecha inicio _/_/_ Fecha de finalización _/_/_
Código del art. si lo requiere		Unidad Organizativa	
Cantidad			
Observaciones		Acción a Tomar	

3.8.3 Creación del comité 5S

Serán los responsables de la ejecución para la implementación de nuevos sistemas, gestionar el proceso de desarrollo y aprobar nuevas integraciones. Las funciones de este comité serán:

- Determinar la composición del propio comité y sus competencias.
- Concretar las responsabilidades de la alta dirección y de cada personal de salud.
- Prever los recursos humanos que van a ser necesarios.

- Diseñar y coordinar las diferentes fases del proyecto.

El comité estará integrado como mínimo con 17 personas distribuidas en dos turnos de trabajo. Dicho comité será conformado por integrantes de diferentes áreas:

Tabla 3.4 Conformación del comité

Puesto en el Comité	Cargo dentro de la organización
Coordinadores	<ul style="list-style-type: none"> ● Alta dirección (una persona delegada) ● Unidad organizativa de calidad (unidad encargada) ● Recursos humanos (una persona delegada) ● Unidad de auditoría interna (una persona delegada) ● Unidad de servicios generales y mantenimiento (una persona delegada)
Miembros delegados y un suplente por área	<ul style="list-style-type: none"> ● División administrativa ● División médica ● División de enfermería ● Unidad de abastecimiento ● Unidad de servicios generales
Enlace por unidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Todas las unidades y divisiones

Cada integrante del comité velará que su área designada se encuentre organizada, limpia, ordenada y productiva.

3.8.4 Propuesta plan de capacitación

El objetivo es conseguir que el personal de atención para la salud estén lo más formados posible para cambiar actitudes en las actividades laborales y de esta forma utilizar este conocimiento para optimizar las tareas en el hospital y mejorar el desarrollo personal y profesional.

El contenido a impartir en la capacitación se establece entorno a los temas:

- Mejora continua y metodología de las 5S
- Calidad en el servicio
- Motivación laboral

Tabla 3.5 Formato del Plan de capacitación a implementar

PLAN DE CAPACITACIÓN			
Períodos	a definir (2 días)	a definir (2 días)	a definir (2 días)
Tema	Mejora continua y metodología de las 5S.	Calidad en el servicio	Motivación laboral
Tiempo de Duración	8 horas (2 días)	8 horas (2 días)	8 horas (2 días)
Dirigido a	Todo el personal	Todo el personal	Todo el personal
Contenido	Mejora Continua	Calidad en el servicio	Motivación y empatía
	Contenido de las 5S	Seguridad del paciente	Factores del nivel de motivación
	Aplicación de cada “S”	Cultura Organizacional	Manejo de pacientes hospitalizados
	Disciplina 5S	Equipo; trabajo y funciones	Dirección y desarrollo de personal
	Evaluación del contenido		
Objetivos	Entender que es mejora continua, correcta aplicación y aplicación de la metodología 5S en los hospitales realizando sesiones prácticas.	Impulsar nuevas estrategias que permitan el desarrollo y compromiso de las partes involucradas en la organización.	Practicar las capacidades de los colaboradores mediante ejercicios de habilidad mental y física para afrontar situaciones complicadas desempeñándose siempre con ética.
Lugar de la capacitación	opcional	opcional	opcional

3.8.5 Hoja de verificación

Para determinar la situación actual de cada una de las áreas en relación a la metodología de las 5S, se evaluará la unidad mediante una lista de verificación para recolectar datos e identificar los problemas.

El criterio a evaluar para cada “S” es el siguiente:

1= cuando no cumple

2=cuando existe cumplimiento parcial

3= cuando existe un cumplimiento total

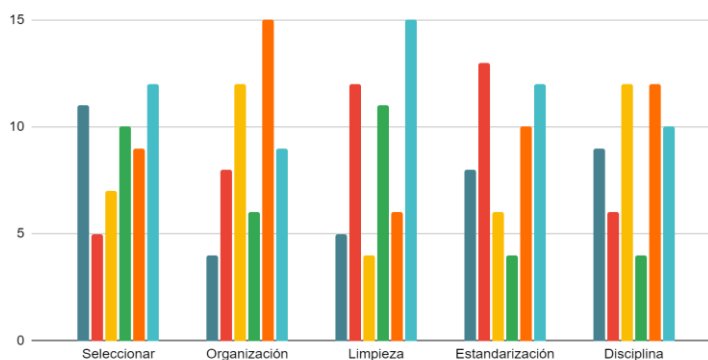
Tabla 3.6 Formato de hoja de verificación

Formato de hoja de verificación	Calif.
Se cuenta con el recurso necesario para trabajar y dar un buen servicio	
Seleccionar	
Las herramientas, equipos médicos de trabajo se encuentran en buen estado para su uso	
El mobiliario se encuentra en buenas condiciones de uso	
La infraestructura se encuentra en las condiciones adecuadas	
Existen objetos sin uso en los pasillos	
Pasillos libres de obstáculos	
Los archivadores se encuentran bien ordenados	
Es difícil encontrar lo que se busca inmediatamente	
Organizar	
Las áreas están debidamente identificadas	
Las áreas cuentan con el espacio necesario para realizar sus actividades	
Todas las sillas y mesas del personal y uso del paciente están en el lugar designado	
Los cajones de las mesas y archivadores de trabajo están debidamente organizados y sólo se tiene lo necesario	
Los estantes para ropa de cama y vestimenta para los pacientes tienen lo necesario	
Todas las identificaciones en los estantes de material están actualizadas y se respetan	

Ubicación adecuada para acortar tiempos de respuesta a cada actividad asignada.	
Limpiar	
Los escritorios se encuentran limpios	
Las herramientas o equipos médicos de trabajo se encuentran limpios	
El mobiliario de uso para el paciente se encuentra limpios	
Piso está libre de polvo, basura, componentes y manchas	
La limpieza se realiza en la fecha establecida	
Estandarizar/Disciplina	
Todo el mobiliario y equipo médico cumplen con el requerimiento de sus operaciones.	
El personal usa la vestimenta adecuada dependiendo de sus labores.	
La capacitación está estandarizada para el personal del área.	
Total	

Figura 3.2

Ejemplo de tabulación de los datos que se pueden obtener en la hoja de verificación



Fuente: Elaboración propia

Cumplimiento de Seiri	%
Cumplimiento de Seiton	%
Cumplimiento de Seiso	%
Cumplimiento de Seiketsu	%
Cumplimiento de Shitsuke	%
Cumplimiento Total	%

3.8.6 Hoja de verificación de orden y limpieza

Tabla 3.7 Formato de la estructura de la hoja de verificación de orden y limpieza.

Lista de verificación orden y limpieza		
Infraestructura	si	no
¿Las Plataformas y escaleras están limpias, en buen estado y libres de obstáculos?		
¿Los lugares de trabajo, incluidos los locales de servicio, y sus respectivos equipos e instalaciones, se limpian periódicamente y siempre que sea necesario para mantenerlos en todo momento en condiciones higiénicas necesarias?		
¿Las paredes están limpias y en buen estado?		
¿Las ventanas y tragaluces están limpias sin impedir la entrada de luz natural?		
¿El sistema de iluminación está mantenido de forma eficiente y limpia?		
¿Las señales de seguridad están visibles, correctamente distribuidas y en perfecto estado de mantenimiento y limpieza?		
¿Los extintores están en su lugar de ubicación, visibles y en perfecto estado?		
Suelos, pasillos y vías de circulación	si	no
¿Los suelos están limpios, secos, sin desperdicios ni materiales innecesarios?		
¿Las vías de circulación del área de trabajo, incluidas las puertas, pasillos, escaleras, escalas fijas, rampas, se pueden utilizar conforme a su uso previsto de forma fácil y con total seguridad para el personal, pacientes y vehículos que circulen por ellas?		
¿Están las vías de circulación de personas y vehículos señalizadas?		
Almacenaje	si	no
¿Las áreas de almacenamiento y de materiales sean de insumos o medicinas están señalizadas?		

¿Los materiales y sustancias almacenadas se encuentran correctamente identificadas?		
¿Los materiales se almacenan o cargan de manera segura, limpia y ordenada?		
Instrumentos y equipos médicos	si	no
¿Se encuentran limpios los instrumentos y equipos en su entorno?		
¿Los instrumentos y equipos médicos se encuentran en buen estado para su uso?		
¿Poseen las protecciones adecuadas y los dispositivos de seguridad en funcionamiento?		

3.8.7 Formato para seguimiento de auditoría 5S

Tabla 3.8 Formato de estructura para seguimiento de auditoría 5S

AUDITORIA 5S				
Área		Fecha:		
Realizado por Auditor líder:		Hallazgos		
Paso	Concepto	Puntos	Conforme	Observaciones
SEIRI	¿Solo están los objetos necesarios en el área?			
	¿En el área existe mobiliario no previsto o equipos en mal estado?			
	¿Se cuenta con algún procedimiento para identificar los documentos y los materiales obsoletos que no se usen a diario?			
	Los cajones se encuentran bien ordenados			
	PUNTAJE TOTAL			
SEITON	¿Los pasillos, área de almacenamiento y lugares de trabajo están claramente definidos?			
	¿Se cuenta con contenedores de insumos o medicinas dentro de áreas señalizadas donde deben estar?			
	¿Los estantes están debidamente identificados y con letreros para conocer los materiales que van			

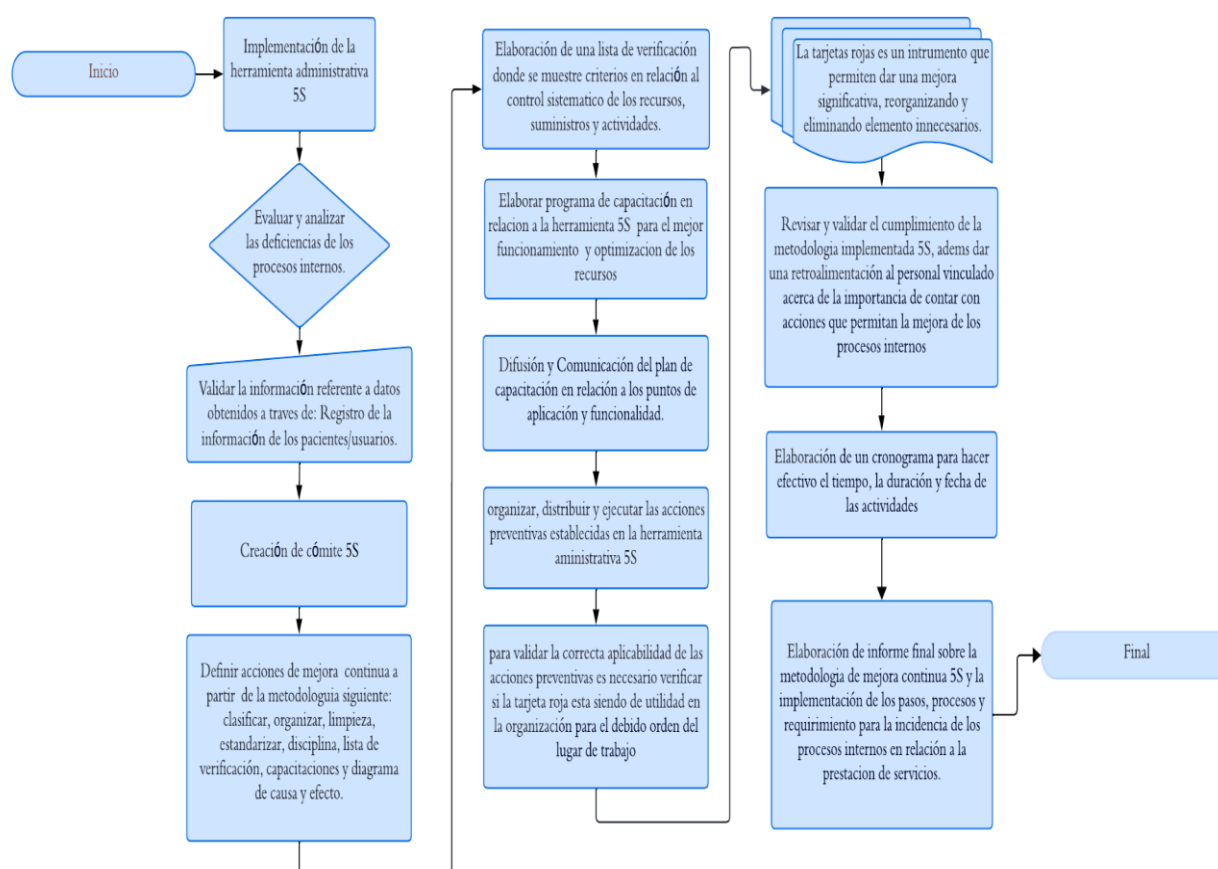
	depositados en ellos?			
	¿Lo necesario está identificado y almacenado correctamente?			
	¿Existe identificación y señalización de áreas?			
	PUNTAJE TOTAL			
SEISO	¿Existe polvo o residuos en pasillos, suelo o alrededor de los equipos?			
	¿Se realiza la limpieza frecuente de las áreas de trabajo?			
	¿Existe una persona responsable de supervisar las operaciones de limpieza?			
	PUNTAJE TOTAL			
SEIKETSU	¿Existen procedimientos escritos estandarizados en la unidad ante esta metodología?			
	¿Se mantienen las 3 primeras "S" (eliminar lo innecesario, espacios definidos, limitación de pasillos y áreas, ¿limpieza)?			
	PUNTAJE TOTAL			
SHITSUKE	¿Se tiene algún control de la limpieza?			
	¿Se realiza a diario el control de la limpieza?			
	¿Está el personal capacitado para realizar los procedimientos estandarizados?			
	¿Las herramientas se almacenan correctamente?			
	¿Todas las actividades definidas en las 5S se llevan a cabo y se realizan los seguimientos definidos?			
	PUNTAJE TOTAL			

3.8.8 Diagrama de Flujo

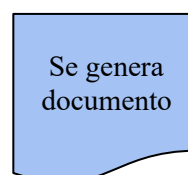
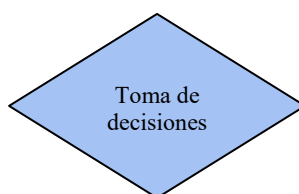
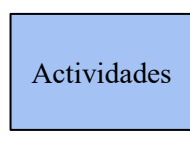
3.7.8.1. Descripción del proceso de la implementación de la metodología de las 5S.

Figura 3.3

Diagrama de flujo utilizando la simbología ASME



Simbología ASME



3.8.9 Presupuesto

El monto de inversión para la propuesta de plan de mejora continua, será financiada por fondos propios presupuestados de la institución. En el presupuesto se tomarán en cuenta tanto los honorarios del expositor como los de los miembros del comité 5S.

Referente a los formatos de las herramientas administrativas a utilizar solo se imprimirá las tarjetas rojas, para el resto como la lista de verificación y el formato de seguimiento de la auditoría, se hará uso de medios digitales para contribuir a la conservación del medio ambiente.

Tabla 3.9 Presupuesto pronosticado para la implementación del plan de mejora

Presupuesto para la implementación del plan de mejora continua				
Descripción	Unidad	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Honorarios de expositores	Global (días)	6	\$36.00	\$216.00
Certificados (incluidos y entregados por parte del expositor)	1	17	S/0.00	S/0.00
Honorarios de los miembros del Comité 5S	1	17	\$75.00	\$3,825.00
Insumos (Lápiz, lapiceros, folder, plumones, dos resmas de papel bond tamaño carta)	1		\$50.00	\$50.00
Pizarra de plumón	1	1	\$35.00	\$35.00
Refrigerios	6	108	\$2.00	\$216.00
Total, presupuesto				\$4,315.00

BIBLIOGRAFÍA

Libros

Hernández Sampieri, R., & Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación. Sexta edición ed. D.F, México: (P. Baptista Lucio, Ed.). McGraw-Hill Educación / Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Jay Heizer y Barry Render (2014). Principios de administración de operaciones. Novena edición ed. Naucalpan de Juárez, Estado de México: publicado por Pearson Educación, Inc., Publishing as Prentice Hall, Copyright.

Santiago, H. (2018). Herramientas para la gestión de calidad. Almería, España: editorial círculo rojo.

Trabajos de Grado

Alvarenga Larin, J.A., Argueta Estévez, A.S., & Segura Munguía, Y.E. (2008). “*Modelo de mejora continua en la pequeña empresa para la disminución de deficiencias en el proceso de servicio al cliente. Caso ilustrativo Arrow Air. El Salvador.*” [Trabajo de investigación para optar al grado de: “Licenciado (a) en Administración de Empresas”, Universidad de El Salvador].

Archila Hernández, E. I., & Pérez Candray, G.A., & Zepeda Rodríguez, K.E. (2010). *La mejora continua para optimizar la calidad del departamento de atención al cliente, salnet, s, a. San Salvador 2009-2010* [Trabajo de graduación para optar al título de: Licenciatura en Administración de Empresas, Universidad Pedagógica de El Salvador]. issuu.com.

Brito Sánchez, G. B., Deodanes Gracia, M. N., & González Chávez, M. V. (2016, agosto). *Sistematización de los procedimientos de las pruebas que se realizan en el Laboratorio Clínico y Banco de Sangre del Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente, año 2015*. [Trabajo de investigación para optar al grado de: “Licenciado (a) en administración de empresas”, Universidad de El Salvador].

[https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/12125/2/tesis-sistematizaci%
c3%93n%20de%20procedimientos.pdf](https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/12125/2/tesis-sistematizaci%c3%93n%20de%20procedimientos.pdf)

Coronel Rivera, R.P., & Aguirre Maxi, J.C. (2010) “Propuesta para la implantación de un proceso de mejora continua de la calidad del servicio de consulta externa en el hospital Provincial General Docente Vicente Corral Moscoso”. Universidad Politécnica Salesiana, Cuenca - Ecuador. [Trabajo de investigación para optar al grado de: Maestría en Administración de Empresas]. Recuperado agosto 20, 2023 de

<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1393/14/UPS-CT002234.pdf>

Calderón Chávez, G. M., & Castillo Rivas, M. E. (2016, septiembre 20). *Universidad de El Salvador Facultad de Química y Farmacia actualización del manual de procedimientos para preparación de mezcla*. Repositorio Institucional de la Universidad de El Salvador. Recuperado agosto 21, 2023, de

<https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/11875/1/16103683.pdf>

Ramírez Moraga, G. G. (2015, Julio 10). *Universidad de El Salvador Facultad de Medicina Escuela de Medicina “Diagnostico Situacional del Servicio de Ginecología del H*. repositorio institucional de la Universidad de El Salvador. Recuperado agosto 21, 2023, de

<https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/9960/1/%E2%80%9cdiagnostico%20situacional%20del%20servicio%20de%20%20ginecologia%20del%20hospital%20nacional%20especializado%20de%20mate.pdf>

Leyes

Constitución de la República de El Salvador. Decreto Constituyente n° 38, de fecha 15 de diciembre de 1983, publicado en el diario oficial n° 234, tomo n° 281, del 16 de diciembre de 1983.

Código de Salud. Decreto Legislativo n° 955, de fecha 28 de abril de 1988, publicado en el diario oficial n° 86, tomo n° 299, del 11 de mayo de 1988.

Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicio de salud. Decreto Legislativo no. 307, de fecha 10 de marzo de 2016, publicado en el diario oficial no. 64, tomo no. 411, del 8 de abril de 2016.

Ley de Medicamentos. Decreto Legislativo no. 1008, de fecha 22 de febrero de 2012, publicado en el diario oficial n° 43, tomo n° 394, del 2 de marzo de 2012.

Ley del Sistema Básico de Salud Integral. Decreto Legislativo no. 775, de fecha 25 de agosto de 2005, publicado en el diario oficial. no. 161, tomo no. 368, de fecha 01 de septiembre del 2005.

Reglamento general de hospitales del ministerio de salud. Acuerdo n° 288, de fecha 31 de enero de 2017, publicado en el diario oficial no. 45, tomo no.144, de fecha 6 de marzo de 2017.

Sitios Web

A.B, A. M., López Bonilla, O.E., & Rivera Parada, W.M. (2020, mayo 15). Diseño de una propuesta de Mejora Continua para la Unidad de Emergencia del Hospital general del instituto salvadoreño del seguro social (ISSS). Diseño de una propuesta de Mejora Continua para la Unidad de Emergencia del Hospital general del instituto salvadoreño del seguro social (ISSS).

Recuperado Octubre 08, 2023, de

https://www.lareferencia.info/vufind/Record/SV_c45d0354f75cd39a46bb40e7b000e5ce/

[Description](#)

Caso de éxito del Hospital Lourdes. (n.d.). Treming.

Recuperado Octubre 18, 2023, de <https://www.treming.com/es/blog/opiniones-de-los-clientes-4/caso-de-exito-del-hospital-lourdes-15>

Caso de éxito Hospital Infantil Los Ángeles - Software ISO. (n.d.). ISOTools.

Recuperado Noviembre 5, 2023, de <https://www.isotools.us/casos-de-exito/caso-de-exito-hospital-infantil-los-angeles/>

El H.G.M. como ponente de casos de éxito en el 28° Foro Internacional de la OES. (2019, mayo 30). Hospital General de Medellín.

Recuperado Octubre 08, 2024, de <https://www.hgm.gov.co/publicaciones/346/el-hgm-como-ponente-de-casos-de-exito-en-el-28-foro-internacional-de-la-oes/>

Hospital Nacional Rosales - Hospital Nacional de Médicos de El Salvador. (n.d.). Médicos de El Salvador. Recuperado Agosto 21, 2023, de https://medicosdeelsalvador.com/hospitales/hospital-nacional-rosales_278.html

Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia Boletín Informativo. (2017, noviembre 9). YouTube: Home.

Recuperado Noviembre 12, 2023, de

[https://humnsa.gob.do/transparencia/phocadownload/Boletin%20HUMNSA%20noviemb
re.pdf](https://humnsa.gob.do/transparencia/phocadownload/Boletin%20HUMNSA%20noviemb
re.pdf)

Implementación del Kaizen-innovación de procesos-Jidoka para hacer frente a la Covid-19: un caso de estudio en un hospital público. (2020, Julio 26). Portal de Revistas Ulima.

Recuperado Noviembre 21, 2023, de

https://revistas.ulima.edu.pe/index.php/Ingenieria_industrial/article/download/4916/4791/

Lean Manufacturing En El Sector Salud | 3 Casos De éxito. (n.d.). Incubex Colombia.

Recuperado agosto 4, 2023, <https://encubexcolombia.com/lean-manufacturing-en-el-sector-salud/>

Mejora Continua Y Ciclo Phva By Franklin Alfonso Durán Camargo. (s.f.). Prezi. Recuperado Julio 25, 2023, de <https://prezi.com/vkukjzjumxok/mejora-continua-y-ciclo-phva/>

Ministerio de Salud. (n.d.). Portal de transparencia. Ministerio de Salud - Sitio Oficial del Ministerio de Salud de El Salvador. Recuperado Julio 24, 2023, de <https://www.salud.gob.sv/>

Ministerio de Salud. (2021, Julio). Plan estratégico institucional 2021 – 2025. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Recuperado Julio 25, 2023, de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_estrategico_institucional_minsal_2021_2025_v2.pdf

Ministerio de Salud Dirección Nacional de Calidad en Salud Hospital Nacional Rosales Postulación al Reconocimiento Interno a l. (2019, octubre 31). Ministerio de Salud.

Recuperado Noviembre 25, 2023, de <https://www.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2022/02/4-rimp-2019-hnr-2019-reduccion-de-tiempo-de-espera.pdf>

Organización Mundial de la Salud (*OMS*). (n.d.). Calidad de la atención. Recuperado Julio 25, 2023, de https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

Plan de mejoras. Herramienta de trabajo. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación - PDF Free Down load. (s.f.). DocPlayer. Recuperado Julio 25, 2023, de <https://docplayer.es/9470240-Plan-de-mejoras-herramienta-de-trabajo-agencia-nacional-de-evaluacion-de-la-calidad-y-acreditacion.html>

Reglamento de la ley del sistema básico de salud integral, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2005, agosto 10). Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Recuperado Julio 25, 2023, de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/reglamento/Reglamento_Ley_del_SIBASI.pdf

Sígueme Gehiso Formación y asesoría en calidad y mercancías peligrosas en Calidad y ADR Soy Ingeniera Química (2021) Las 7 herramientas básicas de calidad, Calidad y ADR. Recuperado: 24 septiembre 2023. Disponible en: <https://aprendiendocalidadyadr.com/7-herramientas-basicas-calidad/>

Sobre nosotros - Hospital San Juan de Dios. (n.d.). Hospital San Juan de Dios El Carmen de Viboral. Recuperado diciembre 13, 2023, de <https://hospitalcarmenv.gov.co/site/sobre-nosotros/>

Unidad de Calidad (UC). (2023, diciembre 22). Ministerio de Salud.

Recuperado diciembre 28, 2024, de <https://www.salud.gob.sv/unidad-de-calidad-uc/>

ANEXOS

Anexo n° 1

Cartas de autorización para entrevista a directores de los hospitales del tercer nivel de atención

1/26/24, 11:53 PM

Correo de Universidad de El Salvador - Solicitud de Entrevista



Wendy Esmeralda Mayorga Melgar
<mm17147@ues.edu.sv>

Solicitud de Entrevista

3 mensajes

Wendy Esmeralda Mayorga Melgar
<mm17147@ues.edu.sv>
Para: yeerles.ramirez@salud.gob.sv

16 de noviembre de
2023, 8:00

Buenos días Dr. Yeerles Ramirez

Espero que se encuentre muy bien, deseándole éxito en sus labores.

Le escribe Wendy Mayorga estudiante egresada de la Carrera de Licenciatura en Administración de Empresa de la Universidad de El Salvador, el motivo de la presente es para solicitarle su colaboración para una pequeña entrevista que nos será de utilidad para nuestro trabajo de investigación.

Atte: Wendy Mayorga



hospital Rosales .pdf
1544K

YEERLES LUIS ANGEL RAMIREZ HENRIQUEZ

<yeerles.ramirez@salud.gob.sv>

Para: Wendy Esmeralda Mayorga Melgar <mm17147@ues.edu.sv>

16 de noviembre de
2023, 13:53

Adelantar preguntas, buenas tardes.

Anexo n° 2
Entrevista dirigida a director



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS



DIRIGIDO A: director o responsables de administrar el hospital de tercer nivel.

OBJETIVO: Investigar las herramientas aplicadas para administrar y ofrecer los servicios médico-hospitalarios.

Datos generales:

Nombre del hospital: Hospital Nacional Especializado Rosales

Nombre y Cargo del entrevistado: Yeerles Ramírez, Director General

DESARROLLO

1. ¿Qué se entiende por Gestión de Calidad dentro de un hospital?, ¿Qué aspectos habría que tener en cuenta?

Un mejor servicio para nuestros pacientes, el sueño es la visión, el futuro en que se quiere convertir en un hospital de tercer nivel de atención de ver qué procedimiento de avanzada vamos a tener, qué método diagnósticos son importantes desarrollar para seguir siendo lo que en el pasado fuimos, el hospital más completo y de mayor capacidad de resolución del país eso lo hemos sido durante casi 122 años con altibajos y venimos de previo al gobierno actual, venimos de un período de oscurantismo de casi una década donde no se formaron los profesionales, los especialistas en números suficientes para hacer relevo generacional, porque mis maestros que algunos se están jubilando y queda rota esa brecha de continuidad, ya que el enlace no se realizó y eso hace que a nivel nacional se tenga grandes dificultades para conseguir especialistas que puedan seguir con atención de un paciente, dicha responsabilidad es de las direcciones de esa época pero también la Universidad de El Salvador porque este hospital tiene convenios desde siempre como una simbiosis entre la universidad y el hospital, es una relación la universidad es

más vieja que el mismo hospital tiene como treinta años más sí entonces en los procesos de gestión de calidad si tiene que ver todos esos cuentas fueron las misiones de dónde vamos.

Hay diferentes indicadores que manejamos de calidad porque no son de procesos son de resultado hay, por ejemplo: unos relacionadas con materno infantil que eso no lo vemos nosotros, no vemos los hospitales que tienen los tetricos hay un de tiempo de cirugías, tiempo de espera, de emergencia, el porcentaje de infecciones de atención sanitarias para decir que son procedimientos que nosotros hacemos que son limpios que te terminan infectando. Esos básicamente son los tiempos de espera lo que es la cirugía segura también hay todo un proceso desde que se está operando; si te operan lo primero es que te refieren a un establecimiento de primer nivel bueno si el segundo se considera que tu riesgo ya sea que porque sus diabética, hipertensa, tenéis alguna enfermedad rara no te van a operar en el hospital sino que van al siguiente hospital de mayor conformidad que es este el Hospital de Tercer Nivel de Atención porque si eres diabética joven puede decir que te puedes descompensar en una cirugía y en ese sentido necesitamos el concurso o la evaluación del endocrinólogo; y endocrinólogos en el país son pocos el Hospital Rosales tiene una buena parte de ellos, estos hacen su plan de lo que se te hará y cuando son órganos que son únicos y cuando son bilaterales por ejemplo si te esperamos operar de catarata es bien importante que sepamos que ojo se debe operar o de repente una lesión cualquiera de las manos o si te vamos a amputar alguna parte del pie hay que tener certeza de cuáles y entonces ahí vas a lo que es la cirugía segura donde un enfermero el anestesista y el cirujano tienen un rol diferente en ese proceso para garantizar que los resultados sean óptimos entonces son indicadores de calidad que tiene ministerio de salud esto es a nivel nacional son indicadores de hospitales que diferencia a tercer nivel del resto de hospitales y de primer nivel también.

2. ¿Qué atributos de atención sanitaria del hospital destacaría?

Los atributos que se destacaría de acá del hospital en cuestión de los servicios serían unos que son eminentemente clínicos, el desarrollo que tenemos nosotros es alto para complicaciones dentro de los hospitales y la práctica privada porque estamos viendo que hay una generación nueva de cirujanos afectados por la misma pandemia que no son tan hábiles como ellos creen, primero porque estuvieron en resguardo y estuvieron atendiendo covid, segundo porque gracias a Dios y al plan de control territorial los niveles de violencia disminuyeron de una forma increíble nosotros en el hospital solíamos atender en promedio de cinco o seis baleados diarios, hoy

tenemos un baleado a los tres meses, a los cuatro meses; entonces cómo nos formamos nosotros en la época donde había mayor violencia se desarrolló muchísimo más habilidad para el trauma, en cambio ahorita es como que más sensible, entonces es eso una mala generación también que es diferente en cuestión de calidad, se ve sobre todo en la cirugía ya que es diferente porque acá vienen las complicaciones de los hospitales privados.

Muchas veces los podemos operar pero otras no, lo que han esperado demasiado tiempo entonces digamos que ese es un atributo importante el desarrollo de las competencias académica clínica de parte del hospital de tercer nivel, otro es las investigaciones que realiza el hospital Rosales, los procedimientos especiales también son unos atributos importantes porque se va tecnificando tanto no solamente el médico, sino que es todo el equipo multidisciplinario, anestesiólogos, enfermeras terapistas respiratorios, gente de rehabilitación, fisioterapia, cada quien es un no experto en las diferentes áreas en medicina también es increíble el nivel de resultados positivos para rescatar pacientes y en cirugía no se diga si padezco algo grave a punto de muerte en el hospital tenéis casi el ochenta por ciento de sobrevivir o sea que lo primero sería que te traigan a tiempo para salvarte, entonces son nuestro otro atributo, también estamos teniendo un cambio del equipamiento, el equipo que ya está obsoleto decir que había cumplido su vida útil y están dando mucho más equipamiento tecnológico de punta avanzada que nos permite ser más efectivos, también estamos en la transición al Nuevo Rosales.

Nosotros reformulamos lo que era el Hospital Rosales, la primera etapa para que fuera en función de lo que necesitan nuestros especialistas por eso demoró cierto tiempo después que el gobierno del presidente Bukele inicia con un nuevo proyecto porque lo que se decía lo que había en el hospital eso no funcionaba entonces nosotros realizamos esta revisión para poner en todos los espacios el equipamiento, llevar a la parte de media formación de especialistas, entonces estamos abriendo el período de transición entre lo nuevo y lo viejo eso nueva construcción inició desde este diciembre hasta diciembre del otro año que es la fecha aparente en la que terminaríamos la fase uno que sólo representa el veinte por ciento del hospital todo el resto esto se va a demoler y la área de emergencia va a ser un edificio de siete niveles donde va a ser el resto de hospitalización no sé lo que ve es el veinte por ciento.

3. ¿Aplica alguna estrategia o técnica para garantizar la excelencia y calidez en el servicio al usuario por parte del personal médico, de enfermería y administrativo?

Hay deberes y derechos de los pacientes, pero también de los funcionarios, esto a veces es algo complejo por qué tiene que ver con los valores con los que uno fue criado en su hogar, por ejemplo sí tienes un catedrático que por todo se enoja y te ofenden y no te enseñan pero hay otros que sí lo hacen sin necesidad de maltrato, en el hospital sucede lo mismo sin embargo ya se está trabajando poco a poco en mejorar esa visión. Por el momento tenemos una generación de especialistas en emergencia que tienen una dinámica diferente de trabajo que consiste en aprender haciendo por eso se ha creado un grupo de salud que están aconsejando, supervisando y guiando entonces todo esto hace que poco a poco se obtenga la excelencia.

Nosotros mismos fuimos premiados hace un mes porque desarrollamos un proyecto que se llama oficina de enlace de enfermería el cual es un grupo de enfermeras y también médicos que si se tiene una emergencia en otro hospital departamental, nosotros por plataforma web nos conectamos con ese hospital y les enseñamos los diferentes procedimientos para curar y para evitar que se pase una mala praxis, es decir nos aseguramos de que en los casos complicados o difíciles que ya no alcanzan a llegar a las salas que, ya atendimos acá pero que es necesario que regrese a un hospital de menor complejidad, para esto se le entrega un expediente completo y así darle el seguimiento, también tenemos especialistas que manejan lo que es la telemedicina para dar una mejor atención al paciente al final se evita dicho paciente se desplace para acá, en resumidas cuentas hay dos especialidades médicas que están en esa modalidad de telemedicina, otras de las cuestiones que han mejorado bastante el Rosales es que se tiene un 96 por ciento de digitalización es decir que aquí el expediente en papel poco a poco va a desaparecer totalmente sería un gran ahorro verdad para los árboles y es más fácil para nosotros ya que si necesitas un resumen clínico solo imprimimos y después de eso vamos a ir a la interconectividad donde vas a tener un número expediente único a nivel nacional garantizando la excelencia en atención.

4. ¿Utiliza mediciones o indicadores (internacionales o nacionales) que permitan conocer la relación o nivel de satisfacción del usuario con relación a los diferentes servicios que se ofrecen?

Los indicadores que usamos son de mortalidad infantil, de natalidad, de movilidad; indicadores que existen a nivel mundial, entonces hay cifras y metas que tenemos a nivel del país.

5. ¿La relación del espacio físico hospitalario en cuanto a # de consultorios, # de camas, # de laboratorios y # de salas de internamiento es acorde a la cantidad de usuarios que demandan los servicios?

Respecto al espacio físico-hospitalario son 84 consultorios, 770 camas su ubicación difiere ya que algunas están en emergencia, en el área de observación y otras en el área de hospitalización.

6. ¿Los procedimientos que deben seguir los usuarios para recibir los diferentes servicios hospitalarios contribuyen a la eficiencia en la prestación de los mismos?

Los procedimientos que deben seguir los usuarios para recibir los diferentes servicios pues va en mejora ya que estamos estrenando desde inicios de diciembre lo que es la referencia retorno electrónica lo que significa que ahora en los centros de atención de primer nivel van a referir al hospital si es pertinente si realmente se está refiriendo a algo que aquí debe ser tratado si es así el sistema asigna la cita, se manda de regreso a la unidad de salud junto con la fecha de la cita

7. ¿Utiliza algún software o sistema especializado para la gestión de los diferentes servicios hospitalarios que se ofrecen?

Estamos cambiando la consulta externa ya que hay un software nuevo llamado el Sistema Integrado de Salud que es el expediente electrónico del Ministerio de Salud, que contiene una amplia gama de procesos simplificados por ejemplo en el sistema se puede ver cuántas camas están disponibles en el área de emergencia entre otros procesos.

8. ¿Qué fuente utiliza para incorporar constantemente mejoras al sistema de gestión hospitalaria?

Se realizan capacitaciones dentro de la formación de la Escuela de Medicina que hay dentro del Hospital Rosales y que también involucran a la Universidad de El Salvador, además el Ministerio de Salud tiene un instituto especializado de educación superior del Hospital El Salvador, este instituto que tiene su base dentro de dicho hospital está formando ya en el Rosales el primer grupo de especialistas en emergencias.

9. A su juicio, ¿cuál es el mayor reto u obstáculo a superar para lograr una gestión hospitalaria eficiente?

El crecimiento académico, sí la formación de más especialistas porque al final vamos a tener un edificio bonito, los especialistas van retirando poco a poco el relevo generacional y si empezamos en la historia reciente del hospital es el daño en que hay más médicos fuera del país, tenemos en Italia, México, argentina, Colombia que están sacando a un posgrado.

10. Según su experiencia, ¿qué consejo o recomendación daría a otros hospitales para que puedan lograr una eficiente gestión hospitalaria que impacte en la satisfacción del usuario?

La recomendación que daría a otros hospitales que tengan una eficiencia de gestión de fidelidad a la política que dicta el Ministerio de Salud, está claro que hay todavía muchas tareas que debemos de ir cumpliendo desde la atención a toda la gente, la gratuidad de los servicios de salud y la amabilidad hacia los pacientes como mencionamos al principio tiene que ver con los valores con totalidad humana sí y con esa vocación de servicio eso no va a demorar un poquito más si ésa hay avances importantes pero nos falta ahí y algo más creer en la excelencia del servicio eso tenemos que llevarlo a nivel nacional

Anexo n° 3

Encuesta a pacientes de los hospitales del tercer nivel



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS



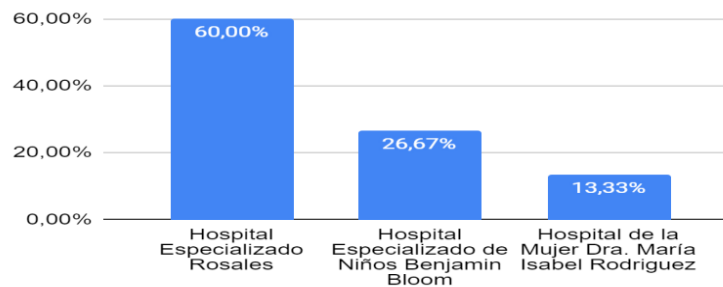
"PLAN DE MEJORA CONTINUA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LOS HOSPITALES DEL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN"

Tabulación e interpretación de la encuesta.

OBJETIVO: Realizar un análisis situacional de las experiencias de pacientes que asisten a los hospitales de tercer nivel de atención del sector público para conocer sus opiniones sobre diferentes factores que intervienen en la prestación de servicio que reciben

1. ¿Qué hospital de Tercer nivel de atención especializado ha visitado?

Alternativas	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
Hospital Especializado Rosales	9	60,00%
Hospital Especializado de Niños Benjamín Bloom	4	26,67%
Hospital de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez	2	13,33%
Total	15	100,00%



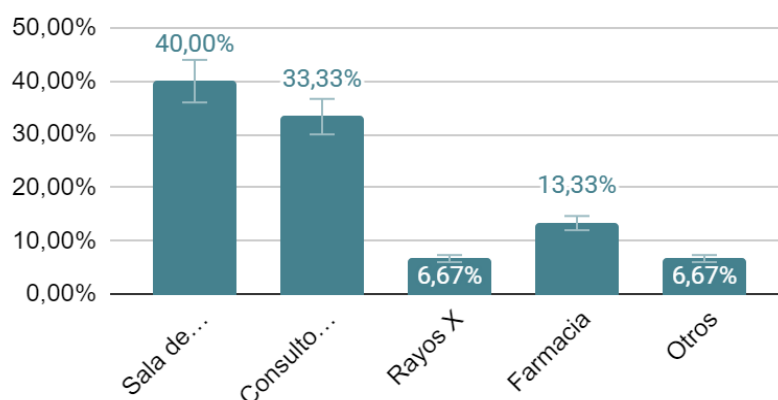
Por medio de los resultados obtenidos el 60% de los encuestados asisten al Hospital Especializado Rosales, el 26.7% al Hospital Nacional Especializado de Niños “Benjamín Bloom” y con el menor porcentaje del 13.3% al Hospital de la Mujer Dr. María Isabel Rodríguez.

2. Según su experiencia, ¿Considera que el centro médico donde pasó consulta cuenta con los recursos materiales y equipos necesarios para brindar la atención? Explique.

A través de la experiencia de los pacientes encuestados opinaron en su mayoría que no siempre cuentan con los recursos ni el equipo necesario o que se encuentran deteriorados y que ven la necesidad que los hospitales cuenten con más equipo para una mejor atención y que puedan dar asistencia a todos los pacientes. En cuanto a la atención brindada a los niños han expresado su mejora y la satisfacción por la prestación del servicio que han recibido.

3. ¿En cuál área del hospital considera que es más tardado para dar el servicio?

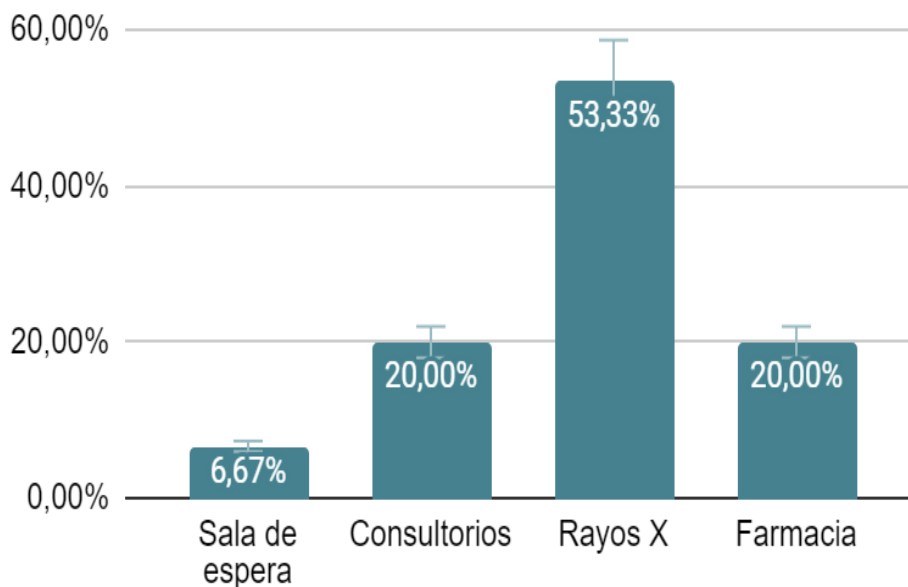
Alternativas	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
Sala de espera	6	40,00%
Consultorios	5	33,33%
Rayos X	1	6,67%
Farmacia	2	13,33%
Otros	1	6,67%
Total	15	100,00%



El 40% de los encuestados opina que el área más tardía es la sala de espera, con un 33.3% los consultorios, el 6.7% las áreas de rayos x y con un 13.3% la farmacia y otros expresaron que demoran en la entrega de los tratamientos que se les da a los niños.

4. ¿Cuánto tiempo en promedio se tardó en recibir el servicio (sala de espera, consultorios, rayos X, farmacia u otras áreas)?

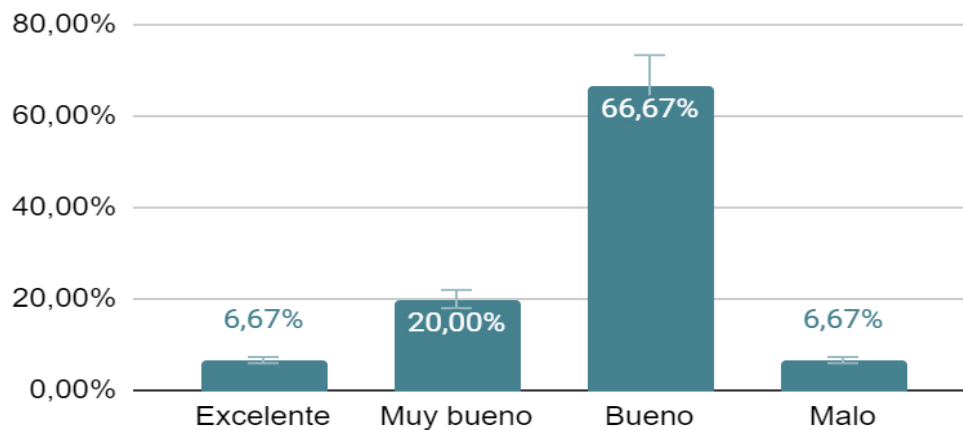
Alternativas	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
Entre 15-30 minutos	1	6,67%
Más de 30 minutos	3	20,00%
1 hora - 2 horas	8	53,33%
3 horas - 4 horas	3	20,00%
Total	15	100,00%



El 53.33% de las personas encuestadas manifiestan que el tiempo promedio de atención oscila de 1 hasta 2 horas, el 20% de las personas respondieron que de 3 a 4 horas es el tiempo tardío en recibir el servicio, y el 20% considera que no les tomó tanto tiempo, así mismo un 6.67% respondió un tiempo estimado de 15 a 30 minutos.

5. ¿Cómo califica la atención del personal que le atendió?

Alternativas	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
Excelente	1	6,67%
Muy bueno	3	20,00%
Bueno	10	66,67%
Malo	1	6,67%
Total	15	100,00%



El 66.67% de los encuestados calificó como buena la atención brindada por el personal, un 20.00% considera que es muy buena y por último se tiene una igualdad de porcentaje, afirmando que el 6.67% respondió como excelente y el 6.67% como malo.

6. ¿Qué recomendaciones daría para mejorar el servicio que recibió? Explique

Según la respuesta obtenida por los pacientes / usuarios, en su mayoría recomendó aspectos que están dentro del foco de la investigación, principalmente como:

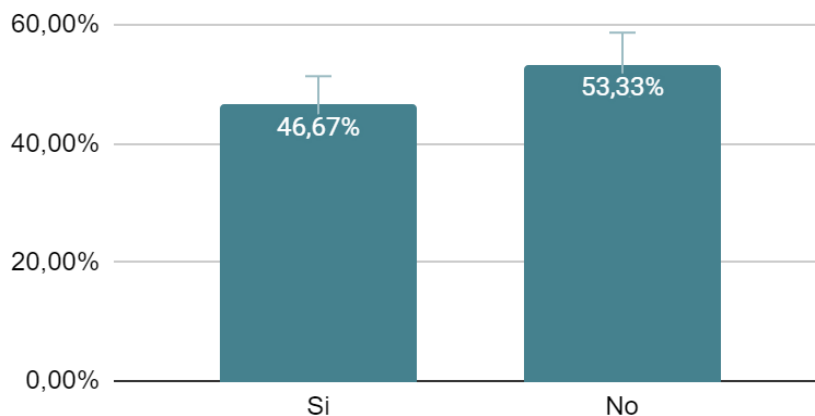
1. Mejorar la prestación de servicios por parte del personal,
1. Mejorar la infraestructura del establecimiento y capacitar las salas de espera para brindar una mayor calidad del servicio,
2. R.H que garantice un excelente servicio y vocación de servir,
3. Mejorar el tiempo de respuesta.

7. ¿Considera que el hospital cuenta con salas de espera, edificios, laboratorios, etc. adecuados para el servicio? Expliqué

Según la respuesta obtenida por los pacientes / usuarios consideran que la demandan es mucha y que las salas de espera dentro del hospital no dan abasto, para las personas que van acompañando al paciente no hay una área específica donde puedan instalarse, por los mismo se considera deficiente en cuanto a la atención hacia los familiares o acompañantes, además de tener infraestructura obsoleta y muy deficiente, es necesario ampliar las salas para dar una mejor cobertura a todas las personas que están presente por los servicios de atención.

8. ¿Al presentar un problema de salud, volvería nuevamente a este hospital?

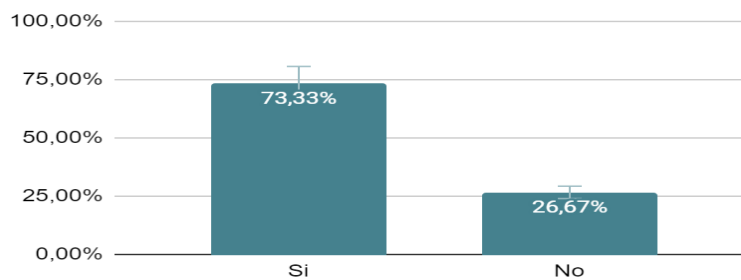
Alternativas	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
Si	7	46,67%
No	8	53,33%
Total	15	100,00%



El 53.3% de los pacientes encuestados opinaron que ante cualquier problema de salud no volverían a pasar consulta en el hospital al que asisten y el 46.7% expresaron que si volverían a prestar su servicio.

9. ¿Considera que el personal está capacitado para dar el servicio?

Alternativas	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
Si	11	73,33%
No	4	26,67%
Total	15	100,00%



Del total de las personas encuestadas el 73.3% opinaron que el personal del hospital al que ellos asisten se encuentra capacitados para desempeñar sus actividades y el 26.7 % opinaron de forma desfavorable a que consideran que no se encuentran capacitados para desempeñar su trabajo.

10. Del 1 al 10 ¿Cómo califica al personal médico y administrativo en las siguientes habilidades?

Habilidades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Resolución de casos	1	3	2		3	2	1	3		
Comunicación y escucha activa	1	3	2	2	2		3	2		
Vocación del Servicio	2	2	2	1	2	1	3	2		
Excelente Atención	1	3	2		2	5		2		

De acuerdo a la calificación al personal médico y administrativo en las diferentes habilidades que ellos poseen según el criterio de los pacientes, los encuestados asignaron de una escala del 1 al 10 las siguientes valoraciones, se obtiene que la resolución de casos, vocación de servicio y la excelente atención obtuvieron las notas altas y positivas para los pacientes y con mayor deficiencia la comunicación y escucha activa.