

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
ESCUELA DE POSGRADO



TRABAJO DE POSGRADO

**IMPLEMENTACIÓN DE UNA CULTURA DE CALIDAD QUE PERMITA
OFRECER UNA ATENCIÓN EFICIENTE A LOS USUARIOS DEL
POLICLÍNICO DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR
MAGISTERIAL EN EL MUNICIPIO DE SANTA ANA EN EL 2023**

**PARA OPTAR AL GRADO DE
MAESTRO(A) EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE CALIDAD**

PRESENTADO POR

**LICENCIADA JAQUELINNE ELIZABETH THEZ GUTIÉRREZ
DOCTOR JUAN JOSÉ ROJAS NÚÑEZ**

DOCENTE ASESOR

MAESTRO VÍCTOR GIOVANNI RIVERA ALARCÓN

DICIEMBRE, 2023

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES



ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA

RECTOR

DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN MATA

VICERRECTORA ACADÉMICA

M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LICDO. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA

SECRETARIO GENERAL

LICDA. ANA RUTH AVELAR VALLADARES

DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. CARLOS AMILCAR SERRANO RIVERA

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

AUTORIDADES



M.Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS

DECANO

DR. JOSÉ GUILLERMO GARCÍA ACOSTA

VICEDECANO

LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA

SECRETARIO

M.Sc. MARTA RAQUEL QUEVEDO CIERRA

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE POSGRADO

AGRADECIMIENTOS

A Dios por brindarme las habilidades y conocimientos necesarios para finalizar favorablemente esta especialización, en la cual su presencia ha sido esencial para realizar cada una de las actividades y requisitos exigibles para su culminación.

A mi madre Helda Marina Gutiérrez y mis hijos, Fabio Alexander y Nayeli Alejandra por ser las personas que me motivan diariamente para desempeñar mis actividades profesionales, con ética y profesionalismo, y estar siempre apoyándome incondicionalmente a pesar de las adversidades que se presentaron durante el proceso; de igual forma agradezco a mi novio, hermanas, familia y amigos, que de diversas maneras me han expresado y demostrado su apoyo a lo largo de esta especialización.

A mis compañeros y en especial a mi compañero de tesis Dr. Juan José Rojas, no puedo dejar de recordar cuantas tardes nos reunimos a lo largo de nuestra formación, agradezco por su apoyo y constancia, por compartir horas de estudio. Gracias por estar siempre presente.

A mis docentes, sus palabras fueron sabias, sus conocimientos rigurosos y precisos, a ellos debo mis conocimientos. Gracias por su paciencia, por compartir sus conocimientos de manera profesional e invaluable, por su dedicación perseverancia y tolerancia.

A la Universidad de El Salvador (FMO), por el compromiso continuo con la formación de profesionales, estableciendo las condiciones necesarias para especializarnos en diferentes áreas; y al maestro Víctor Giovanni Rivera Alarcón, por tan dedicadas aportaciones, que contribuyeron para la culminación de este trabajo de posgrado.

Jaquelinne Elizabeth Thez Gutiérrez

AGRADECIMIENTOS

Mis agradecimientos a Dios por este nuevo logro académico, porque sé que me va a ayudar en mi vida personal y mi vida laboral.

A mis padres, Bonifacio de Jesús Núñez Mendoza y María del Rosario Rojas, por su orientación para continuar aprendiendo cada día y poder así obtener nuevos logros.

A mi esposa e hijas, por estar siempre brindándome apoyo.

A todos mis amigos y excompañeros de la Maestría.

A la Facultad Multidisciplinaria de Occidente de la Universidad de El Salvador y a la coordinadora de la Maestría en Sistemas integrados de Gestión de la Calidad Maestra Ana Silvia Guardado de Latin por ofrecer esta Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad y así facilitar el acceso a los profesionales de la zona occidental e incentivar me a cursar esta Maestría, además al Maestro Víctor Giovanni Rivera Alarcón, por la asesoría brindada para la finalización de este trabajo de posgrado.

Juan José Rojas Núñez.

SIGLAS

ANTEL: Administración Nacional de Telecomunicaciones de El Salvador.

BSC: cuadro de mando integral

FOSALUD: Fondo Solidario para la Salud.

IMPRES: Instituto Magisterial de Previsión Social

ISBM: Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

ISO: Organización Internacional de Normalización (International Organization for Standardization)

ISRI: Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

JVEN: Junta de Vigilancia Para Enfermería.

JVPM: Junta de Vigilancia Para Medicina.

KPI: Indicador clave de rendimiento (Key Indicator Performance)

MINSAL: Ministerio de Salud Pública de El Salvador.

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

INDICE

| | |
|---|------|
| RESUMEN EJECUTIVO | xii |
| INTRODUCCION..... | xiii |
| CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 15 |
| 1.1 Síntesis del planteamiento del problema. | 15 |
| 1.2 Planteamiento del problema | 16 |
| 1.3 Preguntas de investigación: | 16 |
| 1.4 Justificación..... | 16 |
| 1.5 Delimitación del problema | 17 |
| 1.6 Objetivos de la investigación..... | 18 |
| 1.6.1 Objetivo General: | 18 |
| 1.6.2 Objetivos Específicos: | 19 |
| 1.7 Límites y alcances. | 19 |
| CAPITULO II: ANTECEDENTES..... | 21 |
| 2.1 Generalidades | 21 |
| 2.1.1 Historia de ISBM..... | 21 |
| 2.1.2 Definición de sistema de salud y modelo de atención en salud: | 22 |
| 2.1.3 Descripción de modelos anteriores del ISBM | 24 |
| 2.1.4 Estructura organizativa de ISBM. | 28 |
| 2.1.5 Organigrama del Policlínico de Santa Ana de ISBM. | 29 |
| 2.1.6 Objetivos del Policlínico de Santa Ana. | 32 |
| 2.1.7 Servicios que ofrece el Policlínico de Santa Ana. | 32 |
| 2.1.8. Horarios de atención..... | 33 |
| 2.2 Términos y definiciones | 34 |
| 2.3 Marco Jurídico..... | 36 |
| 2.4 Contextualización..... | 38 |
| 2.5 Importancia de la calidad..... | 40 |
| 2.6 Cultura de calidad..... | 42 |
| CAPITULO III: METODOLOGIA INVESTIGATIVA..... | 44 |
| 3.1 Enfoque de la investigación:..... | 44 |
| 3.2 Metodología:..... | 44 |

| | |
|--|-----------|
| 3.3 Tipo de estudio: | 46 |
| 3.4 Población y Muestra. | 47 |
| 3.4.1 Población. | 47 |
| 3.4.2 Muestra: | 48 |
| 3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de información | 48 |
| 3.5.1 Técnicas de recolección de información | 48 |
| 3.5.2 Tipos de entrevistas | 49 |
| 3.5.3 Instrumentos de recolección de información..... | 50 |
| 3.6. Operacionalización de variables/categorías..... | 50 |
| 3.7. Recolección, procesamiento y análisis de la información | 51 |
| 3.8. Consideraciones éticas:..... | 51 |
| CAPITULO IV:ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS | 52 |
| 4.1 Análisis de información del personal médico y paramédico..... | 52 |
| 4.2. Análisis de información del área administrativa. | 56 |
| 4.3. Análisis de información de usuarios..... | 60 |
| 4.4. Análisis de información de jefa médica del ISBM..... | 68 |
| CAPITULO V: CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS Y ENTREGABLES..... | 74 |
| 5.1 Plan operativo | 74 |
| 5.2 Plan estratégico:..... | 75 |
| 5.2.1 Ejes estratégicos institucionales. | 78 |
| 5.2.2 Objetivos y líneas estratégicas..... | 79 |
| 5.3 Cuadro de mando integral (BSC): | 80 |
| 5.4 Indicadores | 83 |
| 5.5 Propuesta de plan anual de capacitaciones. | 87 |
| 5.6 Propuesta de un manual de funciones para el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, Policlínico Santa Ana. | 88 |
| 1. Introducción..... | 90 |
| 2. Objetivos del manual | 91 |
| 3. Pensamiento estratégico..... | 92 |
| 4. Organigrama funcional Policlínico de Santa Ana de ISBM..... | 94 |
| 5. Presentación y alcance..... | 95 |
| 6. Normas para el uso del manual..... | 96 |

| | |
|---|-----|
| 7. Lineamientos para la implementación del manual | 97 |
| 8. Descripción de los puestos existentes..... | 98 |
| 5.7 Mapa de procesos. | 112 |
| 5.7.1 Proceso de atención de pacientes..... | 114 |
| 5.8 Estrategia para implementar una cultura de calidad..... | 130 |
| 5.9 Propuesta de proceso de selección de auditores de calidad internos..... | 131 |
| 5.10 Propuesta de diseño de auditorías de calidad | 135 |
| 5.11 Revisión de mejora por parte de la Dirección de ISBM..... | 139 |
| 5.12 Hallazgos y limitaciones..... | 140 |
| CONCLUSIONES..... | 142 |
| RECOMENDACIONES. | 144 |
| REFERENCIAS | 145 |
| ANEXOS | 148 |

INDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----------|
| Figura 1. Diagrama del sistema de salud de ISBM | 23 |
| .Figura 2. Descripción de cambios en el Policlínico de Santa Ana. | 26 |
| Figura 3. Organigrama de ISBM. | 30 |
| Figura 4. Organigrama del Policlínico de Santa Ana. | 331 y 94 |
| Figura 5. Valores del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial | 77 |
| Figura 6. Ejes estratégicos institucionales. | 78 |
| Figura No. 7. Objetivos y líneas estratégicas de ISBM. | 79 |
| Figura 8. Mapa de procesos del Policlínico de Santa Ana. | 112 |
| Figura No. 9. Descripción del proceso de atención de pacientes en el policlínico de Santa Ana. | 114 |
| Figura 10. Procedimiento de recursos humanos (PRH) | 115 |
| Figura No. 11 Propuesta de diseño de auditoria. | 138 |
| Figura 12. Revisión de mejora por parte de la dirección de ISBM. | 139 |

INDICE DE TABLAS Y CUADROS

| | |
|--|-----|
| Tabla 1. Tipos de consulta que se brindan en Policlínico de Santa Ana. | 32 |
| Tabla 2. Tipos de procedimientos que se brindan en Policlínico de Santa Ana. | 32 |
| Tabla 3. Horarios de atención..... | 33 |
| Tabla 4. Autores que destacaron en el ámbito de la calidad..... | 39 |
| Tabla 5. Investigación-acción..... | 45 |
| Tabla 6. Población total del Policlínico de Santa Ana..... | 47 |
| Tabla 7. Tipo de entrevistas..... | 49 |
| Tabla 8. Operacionalización de variables/categorías..... | 50 |
| Tabla 9. Plan Operativo. | 74 |
| Tabla 10. Cuadro de Mando Integral recomendado a utilizar en el Policlínico de Santa Ana..... | 82 |
| Tabla 11. Indicadores a utilizar en el Policlínico de Santa Ana | 83 |
| Tabla 12. Indicadores con su porcentaje recomendados a utilizar en el Policlínico de Santa Ana..... | 86 |
| Cuadro No.1 Plan Anual de Capacitaciones..... | 87 |
| Cuadro 2. Estrategia para implantar una cultura de calidad. | 130 |

RESUMEN EJECUTIVO

El desarrollo de una cultura de la calidad pretende mejorar de forma integral las actividades de la Institución con la participación de todos los individuos de cada nivel.

La cultura de calidad como su mismo nombre lo dice pretende establecer un escenario por el medio del cual se satisfagan a los usuarios(as) cumpliendo con las expectativas que ellos tienen y aspiran, por lo que se propone un plan a las autoridades del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial para que se mejore la calidad de atención en el Policlínico de Santa Ana.

Dicho plan se ha desarrollado con la finalidad de cumplir con los objetivos de ISBM como es de facilitar la aplicación de estrategias para mejorar la atención y utilizar herramientas que son necesarias para medir y aplicar con éxito en los procesos de mejora de la Institución.

En vista a lo anterior se puede establecer que existe una concordancia por medio del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial establecido en su Plan Operativo Institucional 2020 a través del establecimiento y desarrollo de sus ejes estratégicos y uno de ellos es fortalecer el primer nivel de atención a nivel nacional.

Por lo tanto, en el presente documento queda planteada una propuesta de implantación de cultura de calidad para que sea de ayuda para que haya una mejora en la atención la cual sea oportuna y de calidad, además en un futuro pueda servir de base para que sea implementada la norma ISO 9001:2015 para posteriormente lograr una certificación ISO como la mencionada anteriormente.

INTRODUCCION

A medida va pasando el tiempo las personas, instituciones privadas y gubernamentales se han vuelto más exigentes con respecto a los objetos que consumen y a los servicios que solicitan por lo tanto es importante adoptar medidas que mejoren la calidad de estos, por lo que se decidió realizar una propuesta de implementación de cultura de calidad para el Policlínico de Santa Ana del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

La razón es debido a la existencia de insatisfacción por parte de los usuarios puesto que se quejan de malos tratos o falta de resolución a sus necesidades o expectativas.

En vista a lo anterior se genera mala imagen de la Institución por la insatisfacción de los servicios que esta brinda a la población docente y sus beneficiarios.

Se considera que esta política de calidad es la que más se adapta a la Institución debido a que no se cuenta con un protocolo de procesos, actualmente las actividades se realizan según la experiencia del encargado de cada proceso, sin considerar si estos son los más adecuados, en ese sentido se hace importante crear una cultura de calidad en la que se unifiquen criterios.

El tipo de metodología a utilizar será la Investigación Acción la cual se describe como la apropiada para aquellos que realizan investigaciones en pequeña escala, preferentemente en las áreas de educación y salud como es el caso del Policlínico de Santa Ana.

En el primer capítulo se desarrolla el planteamiento del problema donde se hace una síntesis del problema, el planteamiento del problema, se incluyen las preguntas de investigación, la justificación de la necesidad de implementar una cultura de calidad en el Policlínico de Santa Ana, la delimitación del problema, los objetivos tanto el general como los específicos, por ultimo los límites y alcances.

En el segundo los antecedentes de la Institución descritos en forma cronológica tanto a nivel general como a nivel local, específicamente el Policlínico de Santa Ana, se describe los modelos anteriores del ISBM, se incluyó la estructura organizativa actual de la Institución así como también la local como lo es la del Policlínico de Santa Ana, los servicios que ofrece, los horarios de atención, el marco jurídico que cita la fecha en que se creó el Instituto y la Ley del

Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial(ISBM) publicado en diario oficial de El Salvador, finalmente se describe la importancia de la calidad y de la cultura de calidad.

En el tercero el diseño metodológico en el cual se describe el enfoque de la investigación, el tipo de estudio que se realizó, la población y la muestra que se utilizó, las técnicas e instrumentos de recolección de la información, operacionalización de variables/categorías.

En el cuarto capítulo análisis e interpretación de resultados obtenidos de la información recolectada del personal médico y paramédico, del área administrativa, usuarios del Policlínico de Santa Ana y de la jefa médica, cuyos métodos y herramientas fueron mencionados en el capítulo anterior.

En el quinto capítulo se plantea el desarrollo de acciones para la implementación de cultura de calidad en Policlínico de ISBM de Santa Ana, como son un plan operativo, plan estratégico, cuadro de mando integral (BSC), indicadores, propuesta de un plan anual de capacitaciones, propuesta de un manual de funciones para el ISBM, un mapa de procesos, una propuesta de diseño de auditorías de calidad, y una revisión de mejora por parte de la dirección de ISBM.

Por último, hallazgos y limitaciones que se dieron en el transcurso del desarrollo de este trabajo de tesis luego las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En este capítulo se realiza el planteamiento del problema, la justificación, su delimitación, el objetivo general, los objetivos específicos, los límites y el alcance.

1.1 Síntesis del planteamiento del problema.

El Policlínico de Santa Ana del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), es un centro asistencial que tiene bastante demanda en el ofrecimiento de servicios de salud, lo cual implica que debe contar con personal idóneo para la atención de los usuarios que solicitan servicios de salud o administrativos.

En el Policlínico se brinda atención directa a las personas cuando acuden a pasar consulta médica, odontológica, elaboración de exámenes de laboratorio, terapia física o algún trámite administrativo como son autorización de medicamento especial fuera del cuadro básico de la Institución o reembolso ya sea por compra de medicamentos o lentes, es aquí donde se da la existencia de insatisfacción por parte de los usuarios puesto que se quejan de malos tratos o falta de resolución a sus necesidades o expectativas.

Debido a lo anterior se genera mala imagen de la Institución por la insatisfacción de los servicios que esta brinda a la población docente y sus beneficiarios.

Por lo tanto, se debe contar con personal idóneo para atender a los cotizantes y beneficiarios del programa de salud que la Institución ofrece a la zona Occidental específicamente al departamento de Santa Ana, para que se pueda minimizar reclamos o quejas por parte de los usuarios. El personal debe contar con las competencias que vayan de acuerdo a las necesidades de los usuarios y de acuerdo a la realización de análisis y descripción del puesto, es de suma importancia la capacitación constante del personal en áreas que sean de beneficio para el empleado y las partes relacionadas de la Institución.

1.2 Planteamiento del problema

¿Cómo implementar una cultura de calidad en el Policlínico del Instituto Salvadoreño que brinde una atención oportuna en los pacientes del Policlínico del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial en el Municipio de Santa Ana en el 2023?

1.3 Preguntas de investigación:

¿En qué medida la “implementación de cultura de calidad en el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial del Policlínico de Santa Ana” ayudaría a mejorar la atención en los servicios de salud?

Evaluar ¿cuáles son las normas, conocimientos, habilidades y aptitudes que tendrían que mejorarse para implementar una cultura de calidad?

1.4 Justificación.

Cuáles son las prácticas que actualmente se desarrollan, las normativas y lineamientos orientados a la calidad del servicio prestado en el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial del Policlínico de Santa Ana.

El proceso de implantación de modelos de calidad, significan la participación de personas de todos los niveles de la organización, lo que hace que se generen cambios en las prácticas, comportamientos, en los valores, en las costumbres, en el liderazgo, en la comunicación e incluso en los principios, por mencionar algunas variables que nos llevan a pensar en un proceso de cambio de la cultura organizacional.

El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial del Policlínico de Santa Ana ofrece servicios de salud, específicamente para el sector docente afiliado al sistema de prestación de la institución, hasta este momento no se puede aseverar que la cultura de calidad esté presente en ella; por lo cual se hace necesario como primer paso establecer una cultura enfocada hacia la calidad, que sea compatible y que esa cultura de la calidad se integre en el comportamiento del recurso humano que pertenece a la institución, para fortalecer la cultura organizacional y brindar un servicio de calidad a sus usuarios.

Se considera que esta política de calidad es la que más se adapta a la Institución debido a que no se cuenta con un protocolo de procesos, actualmente las actividades se realizan según la experiencia del encargado de cada proceso, sin considerar si estos son los más adecuados, en ese sentido se hace importante crear una cultura de calidad en la que se unifiquen criterios, lo que permitirá establecer controles en cada uno de los procesos, darles seguimiento y documentar adecuadamente todos los procedimientos y actividades relevantes que se lleven a cabo. Al orientar al personal a una mejora continua y crear una adecuada cultura de calidad, la institución podrá optar por una certificación en ISO, que podría ser la 9001:2015 o la Trinorma: las normas ISO 9001 (Calidad), ISO 14001 (Medio Ambiente) e ISO 45001 (Seguridad y Salud Ocupacional).

1.5 Delimitación del problema

La investigación se realizará en base a los procesos que están relacionados con la atención de los cotizantes y beneficiarios del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial en Policlínico de Santa Ana cuya finalidad es mejorar la calidad de atención adoptando una cultura de calidad dentro de la organización.

Debido a que los servicios de salud son de suma importancia para la población docente pues de estos depende su salud y porque no decirlo la vida; por lo tanto, en cualquier sociedad es importante contar con un sistema de salud que brinde los servicios básicos, óptimos y de la mejor calidad posible para así adquirir y alcanzar su bienestar, tanto en sus lugares de trabajo como en sus hogares, en la cual a partir del año 2011 hasta el 2023 se ha estado brindando servicios de salud como Institución autónoma.

Para la Institución es importante mantener y desarrollar un sistema de salud que cumpla con los requisitos y expectativas de los usuarios(as) que tenga parámetros y normativas orientadas a la calidad que se traduce en mejoramiento continuo de la calidad de los servicios que este brinda.

Actualmente no existe un archivo ordenado donde se resguarden los expedientes clínicos, pues cuesta encontrarlos cuando las personas pasan consulta médica, se necesita de una persona encargada para que lleve un mejor control y ordenamiento de dichos expedientes.

La papelería en ocasiones se pierde como son exámenes, referencias, contrarreferencias, autorizaciones de exámenes especiales pues no hay alguien que se responsabilice de tal función lo que genera molestia por parte de los usuarios.

La limpieza es fundamental en un centro de salud mayormente en el área de servicios sanitarios pues ahí se depositan desechos bioinfecciosos por lo tanto deben de permanecer lo más limpios posibles para evitar ambientes insalubres.

Es recomendable tener una buena coordinación con respecto a las actividades de enfermería para que se desempeñen de una mejor manera como son toma y registro de signos vitales, toma de electrocardiogramas etc.

En general todo el personal necesita de proyectar una empatía hacia el usuario para que sienta que es atendido de la mejor manera y satisfecho, que salga de la Institución con la mentalidad que sus expectativas han sido solventadas, es oportuno aclarar que el personal cumple con normativas institucionales por lo tanto está sujeto a ellas y no puede complacer conveniencias individuales.

Por lo tanto, el decir un **NO**, no significa que arrégleselas como usted pueda, se puede brindar opciones, Ejemplo: solicitud de una consulta con un especialista con cupo lleno para ese mismo día, se le puede agendar una cita para el día siguiente, de tal manera que no se genere conflictos y para eso se necesita una inducción y capacitación para el personal sobre cómo manejar este tipo de situaciones.

Para el área médica además de lo anterior descrito se necesita capacitación técnica para mejorar el abordaje clínico y terapéutico de los problemas de salud de las patologías más frecuentes por los cuales consultan los usuarios todos los días.

1.6 Objetivos de la investigación.

Se describen mediante el establecimiento de los objetivos el nivel del alcance del estudio a realizar en la investigación de una forma general y específica.

1.6.1 Objetivo General:

Diseñar una estrategia que permita implementar una cultura de calidad en el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial policlínico Santa Ana para el año 2023.

1.6.2 Objetivos Específicos:

- Diseñar un modelo de indicadores de calidad institucionales a nivel del Policlínico de Santa Ana.
- Elaborar y proponer un manual de funciones y procesos.
- Elaborar una propuesta de realización de mediciones de calidad (Satisfacción del cliente, inspecciones de calidad, auditorías de calidad y revisión por la dirección).
- Identificar y analizar las prácticas que caracteriza la cultura de la calidad en el instituto.

1.7 Límites y alcances.

Alcances

1. Mejorar la eficiencia y eficacia en los servicios prestados por la institución en caso de que se lleve a cabo la implementación del sistema, a través de la planificación, organización y comprensión de cada actividad desarrollada por el personal de la institución.
2. Mejorar la comunicación interna entre las diferentes áreas por medio de talleres de motivación, y otras actividades que estimulen la cooperación.
3. Crear un ambiente de calidad iniciando desde los altos mandos, que genere hábitos de mejora continua, disciplina y constancia.

Límites

1. Que no se logre el involucramiento del personal y los altos mandos en la implementación de la cultura de calidad.
2. Cultura organizacional sin apertura al cambio.
3. Sobrecargo de trabajo por procesos no definidos adecuadamente.
4. Inexistencia de capacidad de liderazgo en los altos mandos.

CAPITULO II: ANTECEDENTES

2.1 Generalidades

El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, ISBM, es una institución oficial autónoma de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene por objeto la administración de las cotizaciones y aportes destinados al financiamiento de un programa especial para brindar el servicio de asistencia médica y hospitalaria, cobertura de riesgos profesionales y otras prestaciones, a las y los docentes que trabajan para el Estado en el Ramo de Educación, su cónyuge o conviviente y sus hijos. (Aparicio, A. López, C. Rivas, 2012).

2.1.1 Historia de ISBM

Desde mediados de la década de los años 60, el Magisterio Salvadoreño reivindicó un sistema de seguridad social que diese cobertura a los aspectos previsionales y de salud de las y los educadores salvadoreños al servicio del Estado; esta reivindicación adquirió carácter de propuesta en lo que se denominó IMPRES: Instituto Magisterial de Previsión Social, la propuesta no se concretó.

En materia previsional, la Administración había creado en 1930, una ley de jubilaciones civiles y posteriormente en noviembre de 1975, el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos INPEP, al cual, la incorporación del Magisterio Nacional fue hasta enero de 1978.

En 1968, se emitió la ley de servicios médicos y hospitalarios para el Magisterio y como consecuencia se incorporó al cuerpo docente del sector público a la atención hospitalaria del “HOSPITAL DE ANTEL”.

Tanto la ley como su reglamento regulaba la prestación de servicios de salud para el magisterio nacional y la institución encargada de administrar estos servicios era la Dirección de Bienestar Magisterial, del Ministerio de Educación.

Fundación Guillermo Manuel Ungo (FUNDAUNGO) la cual realizó un estudio que incluyó la consulta a las y los educadores en servicio; en la totalidad de asambleas departamentales consultivas, la propuesta de traslado fue rechazada y se planteó la petición de crear una institución autónoma.

Casi 15 años después, se emitió la Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, por medio del Decreto Legislativo No.485 del 22 de noviembre de 2007, publicado en el Diario Oficial No.236, Tomo 377 del 18 de diciembre de 2007, en vigencia a partir del 1 de abril de 2008.

Luego de mencionar la historia de la búsqueda de atención en salud para los maestros y su grupo familiar se mencionarán en forma cronológica los modelos de atención que ha tenido ISBM tanto a nivel nacional como a nivel local con los cambios que ha tenido el Policlínico de Santa Ana.

2.1.2 Definición de sistema de salud y modelo de atención en salud:

Sistema de salud del ISBM:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud es una estructura social que está constituida por el conjunto de personas y acciones destinados a mantener y mejorar la salud de la población. Incluye por tanto diferentes elementos interrelacionados como instituciones, organismos y servicios que llevan a cabo, a través de acciones planificadas y organizadas, una variedad de actividades cuya finalidad última es la mejora de la salud. Entre éstas se incluyen actividades de promoción y protección de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, y rehabilitación y reinserción. (OMS,2000)

Es decir, el sistema de salud de ISBM comprende la provisión de servicios médicos a todos los usuarios la cual está estipulada en la ley de ISBM, por lo tanto, la Institución está en la obligación de cumplirla.

Figura 1. Diagrama del sistema de salud de ISBM



Fuente: Elaboración propia.

Modelo de ISBM:

Modelo de organización de los servicios de salud corresponde a la forma en que los componentes del sistema de servicios de salud son organizados con el objeto de contribuir a su función colectiva (OPS,2022).

De acuerdo al “Plan Operativo Institucional 2020 El INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL, (ISBM), para los siguientes 5 años se ha planteado un nuevo modelo de atención a los usuarios, basado en el acercamiento de los servicios de salud, priorizando el servicio de asistencia médica hospitalaria y la autonomía en la dispensación de los medicamentos, todo ello enmarcado en asegurar el acceso y cobertura a los servicios de salud con calidad y calidez a los docentes y su grupo familiar”.

El ISBM ha tenido una evolución con respecto a la prestación de servicios hacia los cotizantes y sus beneficiarios

2.1.3 Descripción de modelos anteriores del ISBM (Aparicio, A. López, C. Rivas,2012).

A continuación, se presenta los cambios que ha sufrido el ISBM a lo largo de los años desde su fundación en 1968 en la esquematización del servicio de salud brindado a los docentes del Ministerio de Salud:

Periodo 1968-1980

Para el período de 1968 a 1980 la salud de los docentes era administrada por la Dirección de Bienestar Magisterial del Ministerio de Educación, incorporándolos al sistema del “Hospital de ANTEL”, es decir no contaban con un sistema propio de salud que les permitiera brindar el servicio de la mejor manera y exclusiva a los docentes.

En este período no existían licitaciones con profesionales del sector público solo convenios de mutuo acuerdo con el “Hospital de ANTEL” para la prestación de servicios hospitalarios y servicios médicos.

Periodo 1980-2000

No siendo una institución autónoma por completo, pero si contando con un establecimiento aparte del Ministerio de Educación; se inicia un proceso de licitación con farmacias, médicos generales y especialistas y hospitales privados, así como convenios con hospitales nacionales con el fin de poder brindar un servicio de salud exclusivo para los docentes del sistema público junto a sus conyugues e hijos.

Los usuarios del sistema podían asistir al médico general que le conviniera siempre y cuando no se le hubiera acabado el cupo de atención al sistema de Bienestar Magisterial.

En este período se cuenta dentro de las oficinas administrativas una farmacia propia con medicinas para enfermedades comunes. Concertar las citas con doctores especialistas era por medio del personal administrativo no por los médicos generales.

Se inició un nuevo modelo de salud debido a que teniendo su propio recurso económico podrían contar con un servicio de salud único para los docentes y su grupo familiar, y de esta manera no estar dependiendo de las políticas que se manejaban en el “Hospital de ANTEL”.

Periodo 2000-2007

En este período se mantiene el nombre de la institución administradora (Dirección de Bienestar Magisterial) y se mantiene el esquema del modelo de salud prestado en el periodo 1980-2000. Existe un cambio en la manera de remitir hacia doctores especialista siendo los médicos generales los que realizan ese papeleo, ya que se decidió descentralizar este trámite por el congestionamiento en las citas con los médicos especialistas.

En estos años como en la anterior edición no se tenía un control total sobre los médicos generales, de los horarios de atención y la medicina de las farmacias se escaseaba en las primeras semanas del mes.

Para el año 2001 inicia el programa de Medicina familiar constituyendo un cambio de enfoque en el otorgamiento del servicio (un médico lleva el control de un número determinado de familias); esto se debe para llevar un mejor control del cuadro médico de los docentes y su grupo familiar.

Periodo 2007-2010

En 2008 surge como Institución Oficial Autónoma con derecho público, denominada INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL, Institución comprometida con la administración transparente de las cotizaciones destinadas al financiamiento del Programa Especial que brinda servicios de asistencia médica-hospitalaria, cobertura de riesgos profesionales y otras prestaciones económicas a favor del docente público y sus beneficiarios. La cual cuenta con personalidad jurídica y patrimonio propio.

El esquema de salud se mantiene como los dos modelos de salud anteriores y solo existe cambio en la forma de hacer licitaciones y convenios, con el fin de mejorar la atención a los docentes y su grupo familiar haciendo convenios con instituciones públicas diferente a los hospitales nacionales como el ISRI, y brindando otros servicios como seguro por duelo.

2.1.3.1 Periodo 2011

En el año 2011 el 3 de enero se inicia con los Policlínicos Magisteriales y Consultorios del ISBM con cambios en la forma de prestación de los servicios médicos pues los médicos privados que anteriormente eran contratados por servicios profesionales atendían a los usuarios en sus clínicas privadas, a partir de esa fecha entraron a formar parte de la Institución para ser reconocidos como trabajadores de ISBM con sus prestaciones de ley (ISSS y AFP).

Se entiende por Policlínico y Consultorio Magisterial:

Un establecimiento donde se brindará servicios de salud a fin de diagnosticar y tratar enfermedades con una planta de profesionales en medicina general con enfoque en medicina familiar, medicina especializada en gineco obstetricia, medicina interna, psicología, servicios de apoyo de laboratorio clínico, electrocardiogramas, estudios de ultrasonografías, servicios de auxiliares de enfermería y dispensación de medicamentos de uso crónico y repetitivo.

(R. Aparicio, A. López, C. Rivas,2012).

.Figura 2. Descripción de cambios en el Policlínico de Santa Ana.



Fuente: elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

En el año 2012-2013 se contrataron a médicos especialistas entre ellos: Internista, Cirujano General y Ginecóloga-Obstetra, Trabajadora Social para agilizar trámites administrativos, reintegro por compra de medicamentos no existentes, una Psicóloga para brindar apoyo psicológico y trabajo en salud mental para los docentes y sus beneficiarios, posteriormente se incorporó el laboratorio clínico como apoyo a los laboratorios privados contratados por bienestar que en algunas ocasiones terminaban sus montos en el mes y los usuarios no se podían realizar los exámenes indicados por los médicos magisteriales.

En el 2015 se realiza la inauguración del primer Centro Odontológico en Occidente que fue en el Policlínico de Santa Ana. (Rivera J,2015).

En el 2017 se compra edificio para formar parte del patrimonio de ISBM y se inaugura el Centro de Fisioterapia para brindar terapias y rehabilitación además se hace convenio con el PNUD para compra de medicamentos.

El 2020 debido a la pandemia del COVID-19 se construye el gripario para atender a todas las personas con sintomatología sospechosa de esta enfermedad.

En el año 2022 se realiza la inauguración del Lactario para las trabajadoras del Policlínico que están dando seno materno y el Centro de Hemodiálisis para atender a los pacientes que padecen de enfermedades crónicas y para algunos que padecen de enfermedad de insuficiencia renal, contratando a una Internista y una Nefróloga, enfermeras con las capacidades técnicas para atender pacientes en tratamiento de hemodiálisis. (Del Cid M.,2022)

En el año 2023 se despacha medicamento exclusivamente en el Policlínico de Santa Ana, ya no hubo contratación de farmacias privadas al igual que el Laboratorio Clínico, además se contrató un Pediatra y se adquirió una ambulancia para traslado de pacientes hacia el Hospital San Juan de Dios o para el Hospital Cader que necesitan ser evaluados e ingresados dependiendo de la complejidad del caso.

2.1.4 Estructura organizativa de ISBM.

El Consejo Directivo aparece como elemento principal dentro de la organización, posteriormente le sigue la Presidencia del Instituto de la cual dependen la Subdirección de Salud, la Subdirección Administrativa, la Subdirección de Operaciones y Logística.

De la Subdirección de Salud depende la Gerencia Técnica Administrativa de Servicios de Salud y la Gerencia de Establecimientos de Salud la cual tiene a su cargo los Policlínicos y Consultorios Magisteriales como se puede apreciar en la Figura 3.

2.1.4.1 Misión

Administrar del Programa Especial de Salud con transparencia, eficiencia, eficacia y calidez con cobertura de riesgos profesionales y otras prestaciones económicas y sociales a favor del servidor público docente y sus beneficiarios.

2.1.4.2 Visión

Ser una Institución de Seguridad Social eficiente, con cobertura nacional en la prestación de servicios de asistencia medico hospitalaria con énfasis en la prevención, atención a la salud mental, cobertura de riesgos profesionales, prestaciones y beneficios con calidad y calidez a maestras y maestros cotizantes y su grupo familiar.

2.1.4.3 Valores

Los valores que se promueven en la institución principalmente son:

- a) Solidaridad
- b) Respeto
- c) Compromiso
- d) Honestidad
- e) Honradez
- f) Integridad

2.1.5 Organigrama del Policlínico de Santa Ana de ISBM.

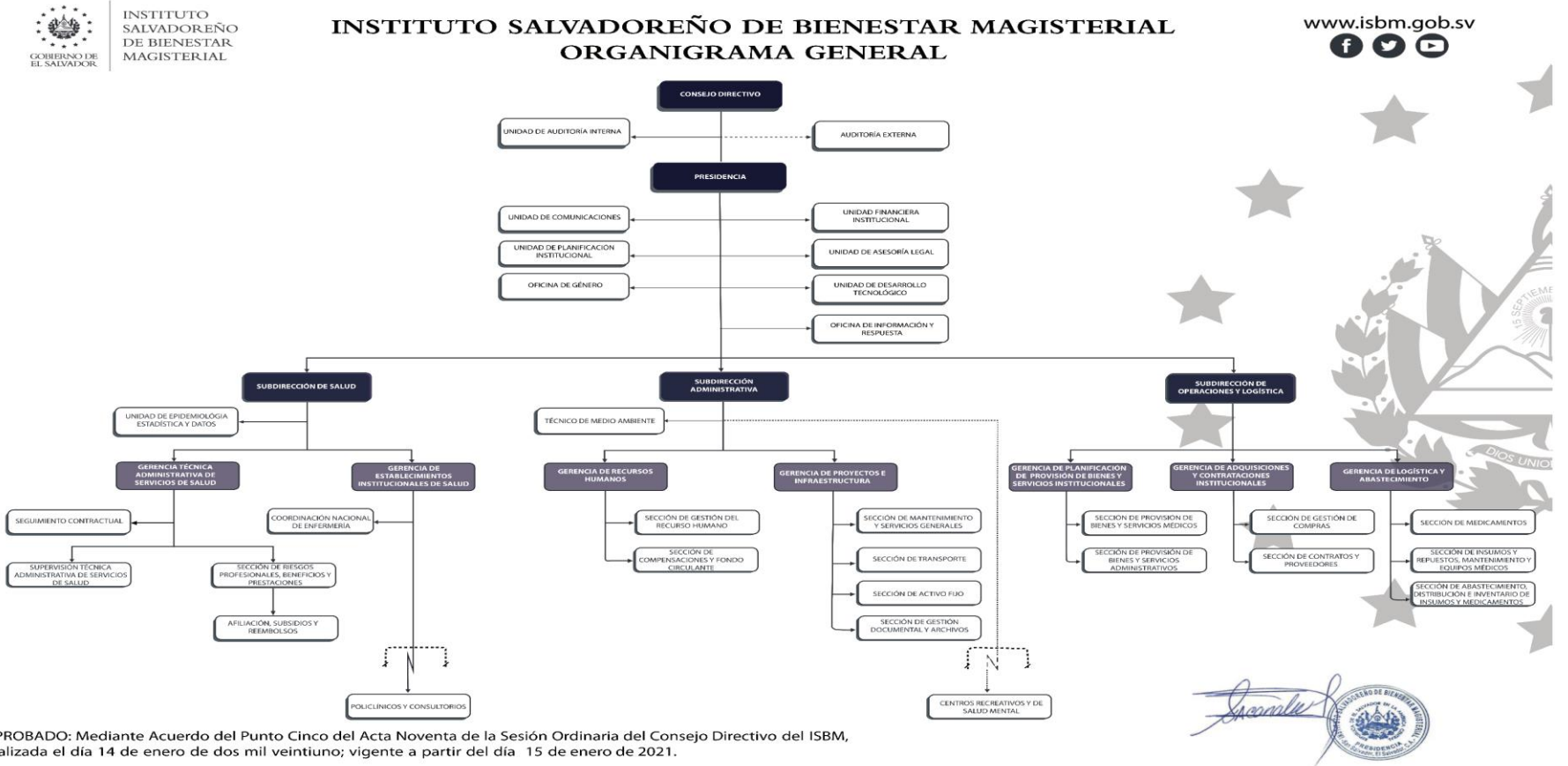
Se describe en forma resumida la organización institucional del Policlínico de Santa Ana de ISBM, a partir de ello se puede desglosar la estructura de la misma en la figura 4.

En el organigrama se puede observar que la Dirección del Policlínico depende directamente de la Gerencia de Establecimientos de Salud en el Organigrama de ISBM (Figura 3).

A nivel local de la Dirección Médica dependen los diferentes componentes de la estructura organizativa de acuerdo a las funciones que desempeñan en la institución, la cual está enfocada primordialmente a la atención primaria en salud tanto de manera curativa y preventiva, además proporciona servicios de rehabilitación.

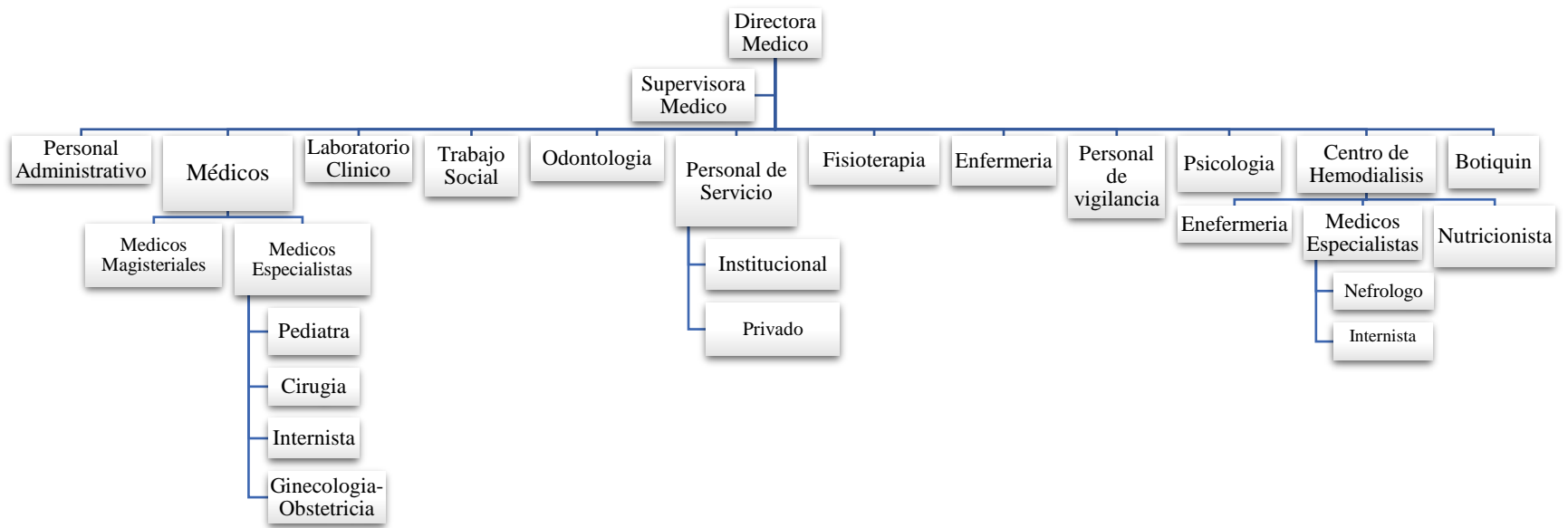
Por lo tanto, el Policlínico con el paso de los años se ha convertido más completo con la finalidad de proporcionar más servicios a los usuarios en un solo lugar tanto para hacer un trámite administrativo o recibir alguna atención médica, odontológica, psicológica, fisioterapia, realización de exámenes de laboratorio, etc.

Figura 3. Organigrama de ISBM.



Fuente: www.isbm.gob.sv

Figura 4. Organigrama del Policlínico de Santa Ana.



Fuente: Elaboración propia

2.1.6 Objetivos del Policlínico de Santa Ana.

- ✓ Proporcionar una atención con calidad y calidez a los usuarios del sistema de salud de ISBM.
- ✓ Que los cotizantes y beneficiarios reciban una atención oportuna cuando esta sea solicitada.
- ✓ Contar con la mayoría de servicios en un solo lugar para mejor comodidad y bienestar de los usuarios.
- ✓ Cumplir con los lineamientos y normas del Ministerio de Salud (MINSAL) y del Ministerio de Trabajo.

Se considera que los objetivos van en sincronía con los de la Institución cuya finalidad es el logro de los objetivos institucionales y sus metas según el Plan Estratégico Institucional 2019-2024. (ISBM,2020).

2.1.7 Servicios que ofrece el Policlínico de Santa Ana.

Tabla 1. Tipos de consulta que se brindan en Policlínico de Santa Ana.

| CONSULTAS |
|-------------------------------------|
| Consulta de medicina general |
| Consulta de cirugía |
| Consulta de ginecología-obstetricia |
| Consulta pediátrica. |
| Consulta de medicina interna |
| Consulta odontológica |
| Consulta psicológica. |

Fuente: elaboración propia

Tabla 1. Tipos de procedimientos que se brindan en Policlínico de Santa Ana.

| PROCEDIMIENTOS |
|------------------------------------|
| Toma de electrocardiogramas. |
| Curaciones |
| Inyecciones |
| Despacho de medicamentos |
| Infiltraciones |
| Toma de ultrasonografías pélvicas. |
| Fisioterapias |

Fuente: elaboración propia.

Las consultas de medicina general las proporciona los médicos magisteriales, se cuenta con un cirujano quien da consulta de cirugía general, hace curaciones cuando son complejas e infiltraciones.

La ginecóloga es quien atiende enfermedades propias de la mujer y controles prenatales de las mujeres embarazadas, el pediatra solo ve niños(as) desde recién nacidos hasta los 12 años de edad, la internista ve adultos y personas de la tercera edad con enfermedades cardiacas, renales, enfermedades endocrinológicas como son la diabetes, enfermedades de la tiroides etc,

Los odontólogos quienes son los que proporcionan la consulta dental llámese profilaxis dental (limpieza dental), extracciones simples obturaciones de limpieza, sellantes de fosas y fisuras. (ISBM,2022)

Se cuentan con dos psicólogas quienes dan consulta psicológica y apoyo emocional a los usuarios(as) de ISBM.

Como ya se mencionó en la tabla 2 se toman electrocardiogramas además de curaciones e inyecciones por parte de enfermería, despacho de medicamentos en el botiquín, las infiltraciones las realiza el cirujano, las ultrasonografías pélvicas las realiza la ginecóloga y las sesiones de fisioterapia las lleva a cabo la fisioterapeuta.

2.1.8. Horarios de atención.

Tabla 3. Horarios de atención

| HORARIOS DE ATENCION |
|--------------------------------------|
| LUNES A DOMINGO |
| 6 AM A 6 PM |
| DIAS FESTIVOS |
| 8 AM A 4 PM (Con personal reducido). |
| |

Fuente: Elaboración propia

El policlínico de Santa Ana proporciona actualmente a partir del mes de noviembre de 2022 atención médica de 6 am a 6 pm de lunes a domingo y los días festivos de 8 am a 4 pm con personal reducido y con servicio de despacho de medicamentos.

2.2 Términos y definiciones (Aparicio R., López A., Rivas C.,2012).

Asegurado del ISBM: Persona potencialmente beneficiaria de las prestaciones que otorga la Ley del ISBM (cotizante o beneficiario de éste), que adquiere derecho a recibir estas prestaciones en la medida que llena los requisitos correspondientes.

Consulta externa: Es la consulta médica u odontológica, servida en un consultorio, institucional o privado, por un profesional calificado al servicio de la Institución, a una persona protegida no hospitalizada.

Consulta subsecuente: Es aquella que se proporciona al asegurado posteriormente a una primera consulta por una enfermedad o estado patológico ya diagnosticado, cuyo tratamiento después de su diagnóstico inicial, permite aseverar que se trata del mismo caso.

Cotización obligatoria: Contribución en dinero que aporta el trabajador y el patrono en el porcentaje legalmente establecido y sobre la base del salario del docente, para el financiamiento del ISBM.

Beneficiario: Persona dependiente económicamente del docente cotizante que adquiere el derecho a los beneficiarios del ISBM, en la cuantía y términos establecidos por la Ley.

Pensión: Es la prestación en dinero en forma de renta temporal o vitalicia que el ISBM paga a sus asegurados o a los beneficiarios de éstos, previos cumplimientos de los requisitos legales correspondientes.

Pensión de invalidez común: Es la pensión que se concede al asegurado que ha sido declarado inválido a causa de enfermedad o accidente común y que cumple con los demás requisitos legales.

Pensión de invalidez profesional: Es la pensión que se concede al asegurado que ha sufrido una incapacidad permanente, parcial o total a causa de enfermedad profesional o accidente de trabajo.

Población asegurada: Total de personas que tienen acceso a los beneficios del ISBM, siempre y cuando se cumplan los requerimientos legales establecidos a tal fin. Comprende docentes cotizantes y beneficiarios.

Prestaciones: Es cualquier tipo de beneficio que, de acuerdo a la Ley del ISBM otorga a cotizante y beneficiarios. Se clasifican en prestaciones médicas y en dinero.

Salud: es el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

Riesgos comunes: Las enfermedades y los accidentes comunes a que están expuestos los trabajadores y que ponen en peligro su salud, integridad física, su vida y la percepción normal de sus ingresos económicos.

Riesgos profesionales: Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales a que están expuestos los trabajadores y que ponen en peligro su salud, integridad física, su vida y la percepción normal de sus ingresos económicos.

Trabajador cotizante: Es toda persona natural, que se obliga a prestar sus servicios a otra natural o jurídica mediante un salario; y que contribuye directamente al sostenimiento del ISBM, en la cuantía establecida por la ley.

2.3 Marco Jurídico

La asamblea Legislativa de la Republica de El Salvador decretó la Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, aprobada por Decreto Legislativo No.485, Diario Oficial No.236, tomo No.377, de fecha 18 de diciembre 2007.

Por iniciativa del Presidente de la República, la Ministra de Educación y los Diputados en funciones en ese momento decretaron la siguiente ley:

LEY DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL CAPITULO I

Denominación, Naturaleza, Domicilio, Objeto y Alcances

Art. 1. Créase el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, que podrá abreviarse "ISBM", como una entidad oficial autónoma de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio. El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, que en el texto de esta ley se denominará el Instituto, se relacionará con el Órgano Ejecutivo a través del Ministerio de Educación y su domicilio será el de la ciudad de San Salvador, debiendo establecer oficinas o dependencias en cualquier otro lugar del territorio, si las necesidades así lo requiriesen. (2)

Art. 2. El Instituto tendrá por objeto brindar el servicio de asistencia médica y hospitalaria, cobertura de riesgos profesionales y las demás prestaciones que en esta ley se expresan, a favor de los servidores públicos docentes que trabajan para el Estado en el ramo de educación, su cónyuge o conviviente y sus hijos, a través de la administración de las cotizaciones destinadas al financiamiento de este programa especial y el patrimonio del Instituto. (2) Para gozar de los beneficios establecidos en el inciso anterior, los servidores públicos docentes que trabajan para otras instituciones del Estado, su cónyuge o conviviente y sus hijos, y dichas instituciones del Estado, podrán voluntariamente inscribirse al Instituto, siempre y cuando se encuentren inscritos en el registro escalafonario del Ministerio de Educación, ejerzan funciones de docente en la institución de la cual forman parte y hayan renunciado a los beneficios otorgados por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social. (2) Para los efectos de esta ley, serán considerados como

cónyuges, convivientes e hijos, quienes con arreglo al Código de Familia tuvieren tal calidad. (2)

Art. 3. La cobertura de los servicios de asistencia médica y hospitalaria que brindará el Instituto, comprenderá medicina preventiva con énfasis en salud familiar, salud mental, consulta externa de medicina general, especializada y sub-especializada; hospitalización para tratamiento médico, cirugías y atención de obstetricia y ginecología; dispensación y administración de medicamentos; servicios de apoyo diagnóstico de laboratorios clínicos, patológicos y de electro diagnóstico; imagenología; programas de control: infantil, al adolescente, a la mujer, al adulto hombre y al adulto mayor, así como programas específicos para patologías crónicas; consulta y tratamiento odontológico no cosmético; comprenderá asimismo, los procesos de rehabilitación de los derechohabientes, en lo que se refiere a la cobertura de la presente ley. (2) Los servicios a que se refiere el inciso que antecede, deberán brindarse únicamente dentro del territorio de la República de El Salvador.

Art. 4. Para los efectos de esta ley, son servidores públicos docentes todos los educadores que prestan sus servicios al Estado en el ramo de educación, cualquiera que fuere su forma de nombramiento, desempeñando la docencia o labores de dirección en sus respectivos centros educativos, o laborando en la unidades técnicas del Ministerio de Educación; así como, todos los educadores inscritos en el registro escalafonario del Ministerio de Educación, que ejerzan funciones de docente en otras instituciones del Estado. (2)

Art. 5. Tendrán derecho a recibir la cobertura del servicio médico hospitalario que brinde el Instituto: (2) a) Los servidores públicos docentes. (2) b) Cónyuge o conviviente. (2) c) Hijas e hijos entre los 21 y 25 años de edad, que se encuentren estudiando y dependan económicamente de sus padres, los menores de 21 años de edad, que se encuentren solteras o solteros, y los discapacitados, previo dictamen de la Comisión Calificadora de Invalidez, definida en la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones. (2) d) El hijo o hija de cualquier edad, si es inválido total y su invalidez se hubiese originado siendo beneficiario, y previo dictamen de la Comisión Calificadora de Invalidez definida en la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones. (2) La afiliación al Instituto para los servidores públicos docentes

que prestan sus servicios al Estado en el ramo de educación, será de carácter obligatorio; y será de carácter voluntario, la afiliación al Instituto para los servidores públicos docentes que, acreditados como tales por el Ministerio de Educación, ejerzan funciones de docente en otras instituciones del Estado. (2) Para recibir los servicios de asistencia médica y hospitalaria a que se refiere la presente ley, es requisito indispensable que el servidor público docente y sus beneficiarios estén afiliados e inscritos en el Instituto. (2)

Art. 6. Quedan excluidos del Régimen de Salud que regula la presente ley, los servidores públicos docentes siguientes: (2) 1) Los servidores públicos docentes que prestan sus servicios por hora clase y que no acumulen un mínimo de sesenta horas clase cada mes calendario. (2) 2) Los servidores públicos docentes pensionados, que de conformidad con lo establecido en el artículo 2 de la presente ley, reingresen al servicio del Estado. (2) 3) Las personas mencionadas en el literal b) del artículo anterior, que laboren y coticen obligatoriamente a cualquier otro régimen de salud. (2)

Art. 7. El Instituto podrá establecer centros asistenciales para brindar directamente los servicios médicos y hospitalarios a que se refiere esta Ley; o contratar tales servicios con instituciones públicas o empresas privadas, y médicos que los brinden o supervisen dentro del territorio de la República de El Salvador, conforme a la ley respectiva. Asimismo, el Instituto podrá prestar servicios médicos y hospitalarios y otros servicios relacionados con el ámbito de su competencia, a instituciones públicas o empresas privadas, mediante convenio.

Art. 8. El Instituto gozará de exención de toda clase de impuestos fiscales, exceptuando el Impuesto a la Transferencia de Bienes Muebles y a la Prestación de Servicios. (ISBM, 2021)

2.4 Contextualización.

La teoría de la Calidad total no es un concepto completamente original en el campo de la administración de negocios, ya que tiene sus raíces en otros campos de esta área como el desarrollo organizacional, las teorías de motivación y comportamiento humano, la teoría del

liderazgo, la administración científica, la cultura corporativa, el involucramiento de los empleados en la toma de decisiones, el trabajo en equipo, la organización matricial, otros. Sin embargo, los principales autores en calidad han tomado algunos de estos conceptos y los han integrado a otros aportados por ellos para crear lo que puede llamarse la teoría de la calidad total. (Cantú H.,2001). A continuación, en la tabla 4, se presentan algunos autores que destacaron en el ámbito de la calidad y sus enfoques relacionados con la misma:

Tabla 2. Autores que destacaron en el ámbito de la calidad.

| Autor | Teoría de Calidad |
|--|---|
| W. Edwards Deming | Ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act): Enfoque de mejora continua basado en planificar, ejecutar, verificar y actuar en procesos y productos. También promovió los 14 principios de la gestión de la calidad. |
| Joseph M. Juran | Trilogía de Juran: Planificación de la calidad, control de la calidad y mejora de la calidad. Juran enfatizó el enfoque en la satisfacción del cliente y la gestión por proyectos para lograr mejoras. |
| Philip B. Crosby | Cero Defectos: Enfoque que busca eliminar defectos en los productos y servicios desde el principio, enfatizando la prevención en lugar de la detección y corrección. |
| Armand V. Feigenbaum | Control Total de la Calidad (TQC): Enfoque holístico que involucra a todos los miembros de la organización en la mejora continua de la calidad y la satisfacción del cliente. |
| Kaoru Ishikawa | Diagrama de Ishikawa (también conocido como Diagrama de Espina de Pescado o Diagrama de Causa y Efecto): Herramienta gráfica para identificar y visualizar las causas de un problema específico, facilitando la resolución de problemas de calidad. |
| Genichi Taguchi | Filosofía Taguchi: Enfoque centrado en el diseño robusto de productos y procesos para reducir la variabilidad y mejorar la calidad, minimizando los costos asociados con el incumplimiento de los objetivos de calidad. |
| Shigeo Shingo | Sistema de Producción Toyota y SMED (Single-Minute Exchange of Die): Contribuyó significativamente a la mejora de la eficiencia en la producción y la eliminación de desperdicios en el contexto del Sistema de Producción Toyota (Lean Manufacturing). |
| William E. Conway Jr. y James P. Peha | Seis Sigma: Metodología orientada a la reducción de defectos y la mejora de procesos mediante la aplicación sistemática de herramientas estadísticas y de gestión. |

Nota: Elaboración propia.

Cada uno de estos autores y sus teorías han tenido un impacto significativo en el campo de la calidad y la gestión de procesos, y sus enfoques continúan siendo aplicados en diversas organizaciones en todo el mundo para lograr la excelencia en la calidad de productos y servicios.

2.5 Importancia de la calidad

La Calidad es una estrategia que busca garantizar, a largo plazo, la supervivencia, el crecimiento y la rentabilidad de una organización optimizando su competitividad, mediante: el aseguramiento permanente de la satisfacción de los clientes y la eliminación de todo tipo de desperdicios. Esto se logra con la participación activa de todo el personal, bajo nuevos estilos de liderazgo; siendo la estrategia que bien aplicada, responde a la necesidad de transformar los productos, servicios, procesos, estructuras y cultura de las empresas, para asegurar su futuro. Para ser competitiva a largo plazo y lograr la sobrevivencia, una empresa necesitará prepararse con un enfoque global, es decir, en los mercados internacionales y no tan sólo en mercados regionales o nacionales. Pues ser excelente en el ámbito local ya no es suficiente; para sobrevivir en el mundo competitivo actual es necesario serlo en el escenario mundial. Para adoptar con éxito esta estrategia es necesario que la organización ponga en práctica un proceso de mejoramiento permanente. (Alvarado A., González C., Muñoz C.,2007).

La calidad es fundamental en múltiples aspectos de la vida y la sociedad, ya que afecta tanto a nivel individual como colectivo, y abarca diversas áreas. A continuación, se presentan algunas razones clave que resaltan la relevancia de la calidad:

1. Satisfacción del cliente: La calidad influye directamente en la satisfacción de los clientes. Cuando los productos o servicios son de alta calidad, cumplen o superan las expectativas de los usuarios, lo que resulta en clientes satisfechos y fieles. La satisfacción del cliente es crucial para mantener una base de clientes leales y obtener recomendaciones positivas.
2. Competitividad en el mercado: La calidad es una ventaja competitiva. Las empresas que ofrecen productos o servicios de alta calidad se destacan en un mercado competitivo. La calidad puede ser un factor diferenciador que atrae a los clientes y permite a las organizaciones destacarse entre sus competidores.

3. Reducción de costos: La calidad puede conducir a una reducción de costos a largo plazo. Cuando los productos son de alta calidad, hay menos necesidad de reprocesamiento o devoluciones, lo que ahorra recursos y evita gastos innecesarios. Además, una mayor calidad puede aumentar la eficiencia y disminuir el desperdicio en los procesos de producción.

4. Reputación y marca: La calidad está estrechamente vinculada a la reputación de una empresa o marca. Las organizaciones conocidas por ofrecer productos o servicios de alta calidad ganan confianza y credibilidad entre los consumidores. Una buena reputación puede fortalecer la lealtad de los clientes y atraer nuevos negocios.

5. Cumplimiento de estándares y regulaciones: En muchos sectores y áreas de la sociedad, existen estándares y regulaciones específicas relacionadas con la calidad. Cumplir con estos estándares es esencial para garantizar la seguridad, la fiabilidad y el rendimiento adecuado de productos y servicios.

6. Impacto en la satisfacción laboral: La calidad también afecta la satisfacción laboral de los empleados. Cuando los productos o servicios son de alta calidad, los empleados pueden sentirse orgullosos de su trabajo y ver el valor de sus esfuerzos. Esto puede llevar a un aumento de la motivación y el compromiso en el lugar de trabajo.

7. Responsabilidad social y ambiental: La calidad puede tener un impacto en la responsabilidad social y ambiental de una empresa. La producción de productos de alta calidad y duraderos puede reducir el consumo excesivo y los desechos, lo que contribuye a una gestión más sostenible de los recursos.

8. Innovación y mejora continua: La búsqueda de la calidad a menudo impulsa la innovación y la mejora continua en las organizaciones. Al enfocarse en la calidad, las empresas buscan formas de optimizar sus procesos, productos y servicios, lo que conduce a avances tecnológicos y operativos.

La calidad es esencial para el éxito a largo plazo de las empresas, la satisfacción de los clientes y la sociedad en general. Priorizar y mantener altos estándares de calidad conlleva numerosos beneficios tanto a nivel económico como social.

2.6 Cultura de calidad.

La cultura de calidad se refiere a la implementación y promoción de una filosofía de calidad dentro de una organización o comunidad, teniendo en cuenta el contexto específico en el que opera. Esto implica adoptar una mentalidad y enfoque que valora y busca constantemente la excelencia en la calidad en todos los niveles y procesos.

Para lograr una cultura de calidad, es fundamental que la dirección y el liderazgo de la organización estén comprometidos con este objetivo y lo reflejen en sus acciones y decisiones. Algunos aspectos importantes para contextualizar la cultura de calidad son:

Valores y Principios: Definir los valores y principios que guiarán la cultura de calidad de la organización. Esto puede incluir un enfoque en la satisfacción del cliente, la mejora continua, la responsabilidad, la ética y la transparencia.

Comunicación y Participación: Promover una comunicación abierta y efectiva en toda la organización para que todos los miembros comprendan la importancia de la calidad y su rol en su implementación. Fomentar la participación activa de los empleados en la identificación de problemas y oportunidades de mejora.

Formación y Capacitación: Proporcionar formación y capacitación adecuadas en temas de calidad y herramientas de mejora a todos los empleados. Esto les permitirá adquirir las habilidades y conocimientos necesarios para contribuir a la cultura de calidad.

Establecer Objetivos y Medir el Desempeño: Definir objetivos claros relacionados con la calidad y establecer indicadores clave de desempeño (KPI) para medir el progreso y los resultados. Esto permitirá evaluar el impacto de las iniciativas de mejora y hacer ajustes cuando sea necesario.

Reconocimiento y Recompensas: Reconocer y recompensar los esfuerzos y logros relacionados con la calidad. Esto puede incluir incentivos para aquellos empleados o equipos que implementen ideas innovadoras o alcancen niveles sobresalientes de calidad.

Aprendizaje y Adaptación: Fomentar una cultura de aprendizaje y adaptación continua. Aprender de los errores y fracasos, y utilizar esa información para mejorar procesos y evitar repeticiones.

Integración en la Estrategia: Alinear la cultura de calidad con la estrategia general de la organización. La calidad debe estar integrada en todos los aspectos de la operación y ser parte fundamental de la estrategia para el éxito sostenible a largo plazo.

Una cultura de calidad sólida y bien contextualizada no solo mejora la satisfacción del cliente y la eficiencia operativa, sino que también fomenta la innovación, aumenta la confianza de los empleados y contribuye a una imagen positiva de la organización en la comunidad y el mercado. Es un proceso continuo que requiere esfuerzo y compromiso, pero los beneficios a largo plazo hacen que valga la pena.

CAPITULO III: METODOLOGIA INVESTIGATIVA.

3.1 Enfoque de la investigación:

En el caso del tipo de investigación a realizar en el trabajo propuesto es una Investigación descriptiva ya mencionada en el capítulo 1 y 2, y exploratoria por la generación de la propuesta.

Este tipo de metodología se ocupa del estudio de una problemática social específica que requiere solución y que afecta a un determinado grupo de personas, sea una comunidad, asociación, escuela o empresa. (ARR, s.f)

Como es el caso del Policlínico de Santa Ana de ISBM, en el cual se pretende mejorar la calidad de atención en beneficio para los usuarios(as) y darle una respuesta a la problemática actual.

3.2 Metodología:

El tipo de metodología a utilizar será la “Investigación Acción la cual se describe como la apropiada para aquellos que realizan investigaciones en pequeña escala, preferentemente en las áreas de educación, salud y asistencia social e incluso en administración. Constituye un método idóneo para emprender cambios en las organizaciones (*Blaxter, Hughes y Tight, 2000*), por lo que es usada por aquellos investigadores que han identificado un problema en su centro de trabajo y desean estudiarlo para contribuir a la mejora” (*Bell, 2005*). (ARR, s.f)

Como se puede constatar este tipo de metodología encaja con las intenciones planteadas en este trabajo como es la implementación de una cultura de calidad en el Policlínico de Santa Ana de ISBM.

Según *Creswell (2014, p. 577)*, la investigación acción “se asemeja a los métodos de investigación mixtos, dado que utiliza una colección de datos de tipo cuantitativo, cualitativo o de ambos, sólo que difiere de éstos al centrarse en la solución de un problema específico y práctico”. El mismo autor clasifica básicamente dos tipos de investigación acción: práctica y participativa.

La siguiente tabla 5 describe las principales características de una y otra. (ARR, s.f)

Tabla 5. Investigación-acción

| Investigación-acción | |
|--|---|
| Práctica | Participativa |
| Estudia prácticas locales (del grupo o comunidad) | Estudia temas sociales que constriñen las vidas de las personas de un grupo o comunidad |
| Involucra indagación individual o en equipo | Resalta la colaboración equitativa de todo el grupo o comunidad |
| Se centra en el desarrollo y aprendizaje de los participantes | Se enfoca en cambios para mejorar el nivel de vida y desarrollo humano de los individuos |
| Implementa un plan de acción (para resolver el problema, introducir la mejora o generar el cambio) | Emancipa a los participantes y al investigador |
| El liderazgo lo ejercen conjuntamente el investigador y uno o varios miembros del grupo o comunidad | |

Fuente: Tomada de Creswell, (2005). *Educational research. Planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research*. USA: Pearson. https://recursos.uco.mx/tesis/investigacion_accion.php

El proceso de la investigación acción está estructurado por ciclos y se caracteriza por su flexibilidad, puesto que es válido e incluso necesario realizar ajustes conforme se avanza en el estudio, hasta que se alcanza el cambio o la solución al problema. De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), enseguida se enlistan los ciclos del proceso:

1. Detección y diagnóstico del problema de investigación.
2. Elaboración del plan para solucionar el problema o introducir el cambio.
3. Implementación del plan y evaluación de resultados.
4. Realimentación, la cual conduce a un nuevo diagnóstico y a una nueva espiral de reflexión y acción.

Los mismos autores describen las implicaciones de cada ciclo. En el primero de ellos, es importante considerar que la detección del problema exige conocerlo a profundidad a través de la inmersión en el contexto a estudiar, para comprender ampliamente quiénes son las personas involucradas, cómo se han presentado los eventos o situaciones y lograr claridad conceptual del problema a investigar e iniciar con la recolección de datos. Una vez recolectada la información,

el análisis de los datos se puede llevar a cabo con el apoyo de mapas conceptuales, diagramas causa-efecto, matrices, jerarquizaciones, organigramas o análisis de redes. El paso siguiente es elaborar un reporte con el diagnóstico a partir de la información analizada, que es presentado a los participantes para validar la información y confirmar hallazgos.

En seguida se pasa al segundo ciclo, que consiste en la elaboración del plan para implementar cambios o soluciones a los problemas detectados. En el tercer ciclo se aplica el proyecto. El investigador debe dedicarse a recolectar datos de manera continua para evaluar cada tarea desarrollada y retroalimentar a los participantes mediante sesiones donde recupera a su vez las experiencias y opiniones de estos. A partir de la información obtenida permanentemente, se redactan reportes parciales que se utilizan para evaluar la aplicación del plan. Luego, con base en estas evaluaciones, se llevan a cabo los ajustes necesarios, se redefine la problemática y se desarrollan nuevas hipótesis. Una vez más, se implementa lo planeado y se realiza un nuevo ciclo de realimentación. (*Hernández, R. et al., 2014*). (ARR, s.f)

3.3 Tipo de estudio:

a) Alcance

Dentro del alcance de beneficio poblacional se puede definir que la investigación se hará con las herramientas necesarias para recopilar información que refleje las necesidades de las atenciones de salud que reciben los usuarios del ISBM, enmarcado con las personas que acuden al Policlínico de Santa Ana para el año 2023.

Dentro del alcance de aplicación metodológica se tomarán todos los procesos coordinados por la administración del ISBM dentro de su quehacer organizacional.

b) Tratamiento de variables o categorías.

El tipo de variables que se incluirán son de carácter cualitativas y cuantitativas que estarán relacionadas con el nivel de conocimiento que poseen los trabajadores de la institución sobre la cultura de calidad, el compromiso de la alta dirección, el nivel de satisfacción de los usuarios, el nivel de involucramiento del personal del Policlínico de Santa Ana.

c) Diseño de recolección: el diseño se hará por medio de observación directa a través de una lista de cotejo, encuesta con preguntas cerradas y entrevista con preguntas abiertas.

Se hará recaudación de información del 20 de septiembre al 30 de octubre con los diferentes personas y secciones del Policlínico de Santa Ana como lo son médicos, personal paramédico (enfermería), personal administrativo (jefe administrativo y auxiliar administrativo) a quienes se les realizará 5 preguntas cerradas utilizando un formulario de Google y la directora medico jefe por medio de entrevistas con cinco preguntas abiertas.

La encuesta se hará a los usuarios con una lista de 10 de preguntas cerradas con 4 opciones realizadas en formulario de Google dirigidas en forma aleatoria.

d) Tiempo de la búsqueda de la información: La búsqueda de la información se hará aproximadamente en 2 meses tomando en cuenta la solicitud del permiso, el tiempo de resolución y aprobación para la recolección de la información o algún evento no previsto para la realización de la recolección de la información.

e) Contexto de la búsqueda de la información: La búsqueda de la información será por medio de varias herramientas de investigación: cuestionarios, memorias de labores y pagina web de ISBM.

3.4 Población y Muestra.

3.4.1 Población.

Los datos de esta **tabla 6** son de fecha 12 de mayo 2023 cuya información proviene de las estadísticas de ISBM de todo el país, pero en este caso se tomará solo en cuenta el departamento de Santa Ana.

Tabla 6. Población total del Policlínico de Santa Ana.

| COTIZANTE | | | COMPAÑERO(A) | | | ESPOSO(A) | | | HIJO (A) | | | TOTAL GENERAL | | |
|-----------|------|------|--------------|-----|-----|-----------|-----|------|----------|------|------|---------------|------|-------|
| M | F | T | M | F | T | M | F | T | M | F | T | M | F | TOTAL |
| 1469 | 2712 | 4181 | 93 | 113 | 206 | 507 | 495 | 1002 | 1400 | 1263 | 2663 | 3469 | 4583 | 8052 |

Fuente: Elaboración propia.

M=Masculino F=femenino T= total

3.4.2 Muestra:

Como se puede notar se cuenta con una población de 8052, pero para efectos de estudio solo se tomará la población cotizante, es decir: esposo, esposa y compañeros de vida, se excluirán los beneficiarios hijos porque la mayoría son menores de edad, haciendo un total de 5,389 para la muestra se tomará 1 de cada 100 de forma aleatoria obteniendo una muestra de 54 personas ($5,389/100 = 53.89$).

Ante la falta de respuesta y autorización del subgerente de salud del ISBM se decidió utilizar un muestreo aleatorio simple a conveniencia de los investigadores y para ello se repartieron a 6 médicos 12 personas inscritas a su cargo de las cuales respondieron 70.

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de información

3.5.1 Técnicas de recolección de información

La Observación Directa e Indirecta

Directa: cuando el investigador se pone en contacto personalmente con el hecho o fenómeno que trata de investigar.

Observación directa: Realiza observaciones en el lugar de trabajo para identificar problemas y oportunidades de mejora. Documenta tus observaciones de manera detallada y objetiva.

Indirecta: cuando el investigador entra en conocimiento del hecho o fenómeno observado a través de las observaciones realizadas anteriormente por otra persona. Tal cosa ocurre cuando nos valemos de libros, revistas, informes, grabaciones, fotografías, etc, relacionadas con lo que estamos investigando, los cuales han sido conseguidos o elaborados por personas que observaron antes lo mismo que nosotros. (Diaz L.,2010).

3.5.2 Tipos de entrevistas

De acuerdo a su grado de flexibilidad, los tres tipos básicos de entrevistas están catalogadas de la siguiente forma:

Tabla 7. Tipo de entrevistas

| Tipos de entrevistas | Descripción |
|------------------------------|--|
| Entrevista estructurada | Hay un preciso guion y orden de preguntas abiertas. |
| Entrevista semi-estructurada | Hay un conjunto de preguntas y temas a explorar, pero no hay una redacción exacta y tampoco un orden de exposición. |
| Entrevista libre | No hay guion, no hay preguntas y temas predefinidos y tampoco un orden. El investigador tiene en su cabeza solamente sus preguntas de investigación. |

Fuente: González, T., & Jesús, M. (2021). Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario. En Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha e-books, p.67.<https://doi.org/10.18239/estudios.2021.171.00>.

Para el objeto de estudio se hará uso de **la entrevista estructurada**, la cual se llevará a cabo a médicos, enfermeras, personal administrativo utilizando un cuestionario estructurado que incluya preguntas relevantes sobre los procedimientos y su eficacia.

También se realizarán **cuestionarios de opciones múltiples** para recopilar opiniones y percepciones del personal y los pacientes sobre los procedimientos de atención médica.

La Revisión de registros

“La revisión de registros tiene lugar cuando un investigador examina y extrae información de documentos que contienen datos sobre el participante. Los registros revisados en una investigación pueden ser públicos o privados”. (ORI, s.f.)

Mediante la revisión de registros, se examinará documentación proporcionados por el ISBM para evaluar la calidad de la atención, identificar patrones de tratamiento y posibles áreas de mejora.

3.5.3 Instrumentos de recolección de información.

Para la recolección de información se utilizará cuestionarios electrónicos, creados mediante Google Forms es decir formularios, para recopilar datos de manera estructurada, los cuales facilitan su recolección y posteriormente su diagramación

3.6. Operacionalización de variables/categorías

“La operacionalización de variables es un proceso que se presenta solamente en el enfoque cuantitativo debido a que las variables deben ser susceptibles a ser observadas y medidas. Este proceso se realiza de forma ordenada, de lo general a lo específico; funciona como una descomposición de las variables en sus partes, que son las dimensiones y la descomposición de las dimensiones en sus partes, que son los indicadores. Las dimensiones e indicadores de una misma variable pueden ser diferentes en otros estudios, eso va a depender del contexto del estudio”. (Arias J.,2021).

Para esta investigación se usarán las siguientes variables y conceptualización siguiente:

Tabla 8. Operacionalización de variables/categorías.

| Variable | Definición | Operacionalización |
|--|---|---|
| Conciencia de la Calidad del personal del ISBM | Nivel de conocimiento y comprensión de los conceptos de calidad entre el personal del ISBM. | Medición mediante encuestas con preguntas específicas relacionadas con conceptos de calidad y seguimiento de la participación en programas de capacitación en calidad. |
| Liderazgo y Compromiso de la Alta Dirección | Grado en el que la alta dirección del Instituto de ISBM muestra liderazgo y compromiso con la mejora de la calidad. | Medición mediante entrevistas o cuestionarios que evalúen la participación de la alta dirección en iniciativas de calidad y su comunicación sobre la importancia de la calidad. |
| Satisfacción del Paciente | Nivel de satisfacción percibido por los pacientes respecto a la atención médica y los servicios ofrecidos. | Utilización de encuestas de satisfacción del paciente con preguntas específicas sobre la atención recibida y la calidad de los servicios. |
| Cumplimiento de Estándares de Calidad y Normativas | Grado de cumplimiento de estándares y normativas de calidad establecidos por organizaciones reguladoras. | Análisis de registros para evaluar el cumplimiento de estándares y normativas. |
| Participación del Personal en Iniciativas de Calidad | Nivel de involucramiento y contribución del personal del Policlínico de Santa Ana en actividades de mejora de calidad | Registro de sugerencias de mejora presentadas por el personal, participación en comités de calidad y seguimiento de proyectos de mejora liderados por el personal. |

Fuente: Elaboración propia.

3.7. Recolección, procesamiento y análisis de la información

La recolección de datos se efectuará haciendo uso de formularios creados en Google por medio de encuestas con 10 preguntas cerradas descargando la información en forma de gráficos, y una entrevista estructurada de 5 preguntas abiertas digitada en Word.

Posteriormente de acuerdo a la información recopilada en los gráficos de pastel se hará el análisis de la información y de acuerdo a los resultados obtenidos, al igual que con la entrevista, se analizará e interpretará el significado de dicha información para posteriormente generar conclusiones y recomendaciones.

3.8. Consideraciones éticas: la información recolectada se hará de acuerdo a ciertas consideraciones éticas.

- a) Anonimato de la información proporcionada por los participantes en dicha investigación.
- b) Las entrevistas y encuestas serán identificadas por un código conocido exclusivamente por los investigadores.
- c) La información será manejada en forma confidencial por parte de los investigadores, resguardo del anonimato de la fuente de información y su uso será con fines académicos.
- d) Las personas que proporcionarán la información en la investigación se les dará a conocer el objetivo y el alcance ésta, dejándolos en libertad de aceptar dicha propuesta y de abandonar la investigación en cualquier momento que lo estimen conveniente.

CAPITULO IV: ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

En este capítulo se desarrollará el análisis e interpretación de la información obtenida del personal que trabaja en el Policlínico de Santa Ana en el cual se incluyó: médicos, enfermería, administrativos (jefe administrativo, auxiliar administrativo) y directora médica y usuarios afiliados a ISBM en el Policlínico de Santa Ana.

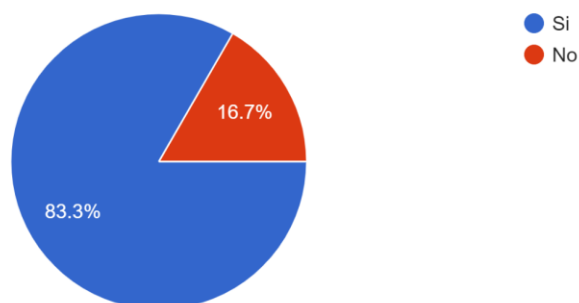
La siguiente información de preguntas con gráficos pertenece al cuestionario enviado a **médicos y personal de enfermería** haciendo uso de la herramienta de Google.

4.1 Análisis de información del personal médico y paramédico.

Objetivo: Obtener la mayor información posible sobre el grado de conocimiento que tienen el personal médico y paramédico de ISBM del Policlínico de Santa Ana acerca de la cultura de calidad en el cumplimiento de los procedimientos para llevar a cabo sus actividades.

1. ¿Tiene algún conocimiento sobre la cultura de calidad, relacionada con la prestación de servicios de salud?

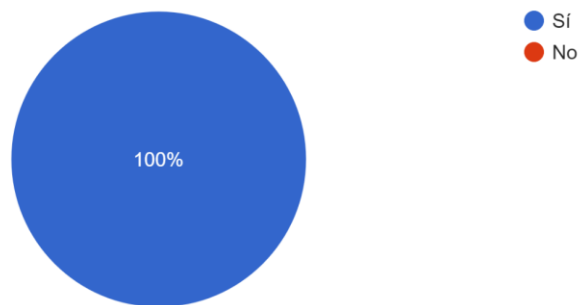
12 respuestas



Iniciando con el personal médico y paramédico con estas interrogantes el 83.3 % tiene conocimiento de la cultura de calidad, no así el resto que es el 16.7%, por lo menos la mayoría tienen una idea de lo que se refiere la cultura de la calidad orientada a los servicios médicos.

2. ¿Cree que la cultura de calidad influye en la prestación de atención médica y en la seguridad de los pacientes en el Policlínico de Santa Ana?

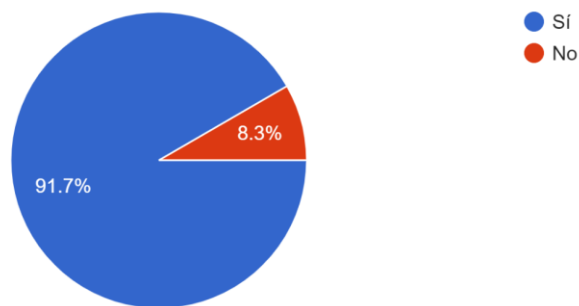
12 respuestas



En esta interrogante el 100% respondió que la cultura de calidad influye grandemente en la prestación de servicios médicos y en la seguridad de los pacientes que consultan el Policlínico de Santa Ana,

3. ¿Toma medidas para garantizar que sus procedimientos diarios se adhieran a los estándares de calidad y seguridad establecidos?

12 respuestas



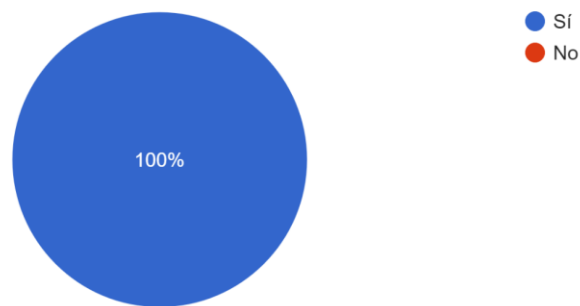
Por otro lado, el 91.7% toma medidas para garantizar que sus procedimientos se adhieran a los estándares de calidad y seguridad establecidos por la institución y solo el 8.3% no, esto es

de gran beneficio para los usuarios(as) pues en un establecimiento de salud en el cual se trata de cumplir con normativas con la mejor calidad posible, tomando medidas de bioseguridad es favorable para los usuarios y para los trabajadores del Policlínico.

Esto quedó evidenciado en la pandemia del 2020 aunque al inicio de ésta se tomaron medidas preventivas muy estrictas ante una enfermedad completamente desconocida como lo fue el COVID-19 el personal logró salir adelante.

4. ¿Considera que la comunicación juega un rol importante con los pacientes y sus familias en la promoción de la calidad de la atención médica?

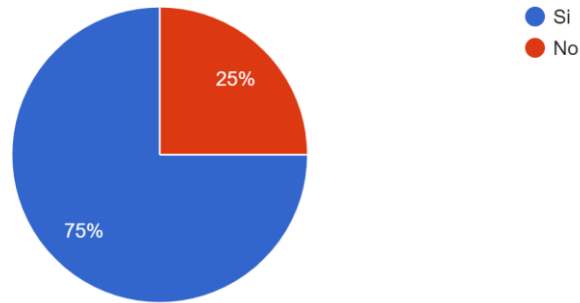
12 respuestas



En la cuarta pregunta todo el personal (100%) tiene claro que la comunicación en la promoción de la cultura de la calidad de la atención médica juega un rol importante, pues al haber mayor comunicación entre el personal médico y paramédico con los usuarios(as) y sus familiares entonces se evitarán malos entendidos, se cometerán menos errores, habrá mayor satisfacción por el servicio prestado.

5. ¿En situaciones de error médico o incidentes adversos conoce como manejarlas?

12 respuestas



En la última pregunta el 75% respondió que si sabe qué hacer ante un error médico o incidente adverso el 25% respondió que no, lo cual debería de estar más alto del 75% pues esto trae consecuencias problemáticas para el usuario y para el personal que presta el servicio, por lo tanto, se considera que se debe trabajar más en esta área que es muy importante conocer los pasos a seguir en caso que haya habido un problema adverso y a quien acudir si se necesita asesoría o ayuda de carácter legal.

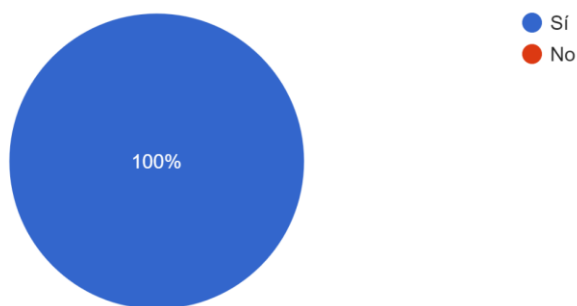
4.2. Análisis de información del área administrativa.

En esta sección se encuentra el cuestionario y los gráficos que provienen del formulario enviado al personal que pertenece al **área administrativa** haciendo uso de la herramienta de Google.

Objetivo: Obtener la mayor información posible sobre el grado de conocimiento que tienen el personal administrativo de ISBM del Policlínico de Santa Ana a cerca de la cultura de calidad en el cumplimiento de los procedimientos para llevar a cabo sus actividades.

1. ¿Tiene algún conocimiento sobre la cultura de calidad, relacionada con la prestación de servicios de salud?

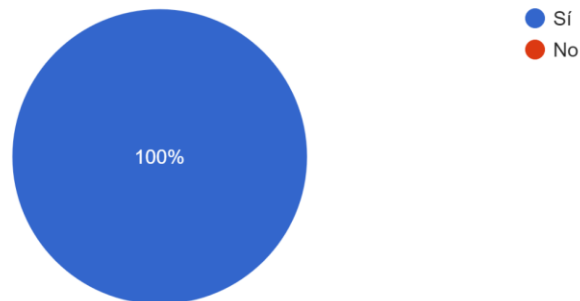
2 respuestas



Se puede interpretar que el personal administrativo del Policlínico de Santa Ana, según el cuestionario realizado tiene conocimiento de la cultura de la calidad como se formuló en la primera pregunta o por lo menos se puede inferir que si tienen algún grado de conocimiento.

2. ¿Considera importante promover la cultura de calidad en su trabajo diario como parte del personal administrativo?

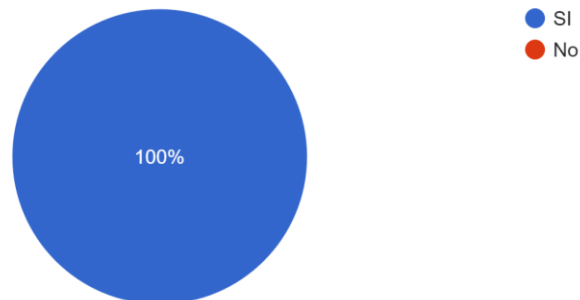
2 respuestas



En la segunda pregunta el 100% considera que es importante promover la cultura de calidad en la Institución como parte de su trabajo diario.

3. ¿Toma acciones específicas para promover la cultura de calidad en su equipo o departamento?

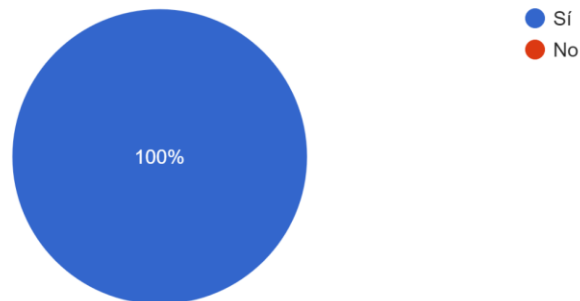
2 respuestas



Al igual que la anterior el 100% contestó que sí se toman acciones específicas en su puesto de trabajo para promover la cultura de calidad en su equipo.

4. ¿Ha aplicado alguna vez los principios de calidad en la resolución de problemas o la toma de decisiones en su trabajo?

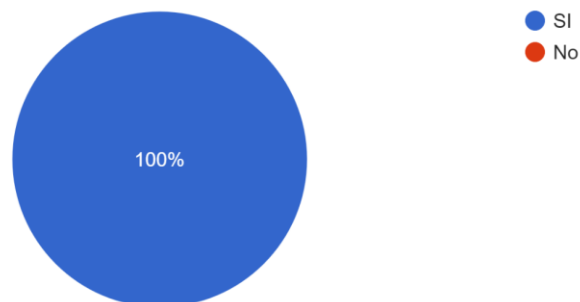
2 respuestas



En esta pregunta el 100% también contestó que sí, siendo aplicada ésta en la resolución de problemas o toma de decisiones en su trabajo.

5. ¿Fomenta la comunicación efectiva y la colaboración entre los miembros de su equipo para mejorar la calidad de las actividades diarias?

2 respuestas



Según esta respuesta refleja que se fomenta en su totalidad la comunicación efectiva y la colaboración entre el equipo en sus actividades diarias que es formado por tres personas actualmente.

Se puede interpretar que el personal administrativo del Policlínico de Santa Ana, según el cuestionario realizado tiene conocimiento de la cultura de la calidad como se formuló en la primera pregunta, consideran que es importante promoverla y que si toman acciones específicas en su puesto de trabajo, siendo aplicada ésta en la resolución de problemas o toma de decisiones en su trabajo y que se fomenta la comunicación efectiva y la colaboración entre el equipo que es formado por tres personas actualmente.

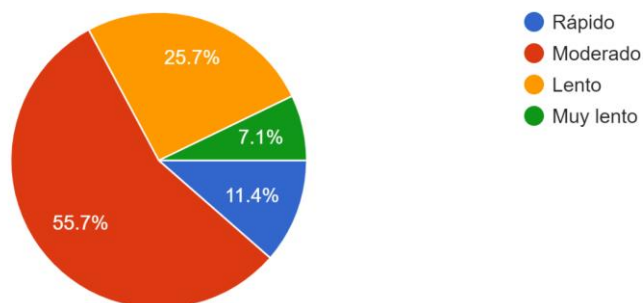
Todas las respuestas de las preguntas están graficadas con un 100% las cuales se les realizaron a dos personas de tres, se puede concluir comparando con las respuestas dadas por los usuarios(as) en la quinta pregunta que se les realizó que un 50% está satisfecho con su trabajo, lo que significa que hay que mejorar en este departamento porque pueda ser que se necesita mayor compromiso con su labor con respecto o dar más información hasta dónde llega su poder de resolución con respecto a las peticiones que los usuarios solicitan cuando realizan trámites administrativos.

4.3. Análisis de información de usuarios.

Aquí se muestra las preguntas con sus gráficos respectivos, derivado del cuestionario enviado a los y las cotizantes del ISBM afiliados en el Policlínico de Santa Ana, haciendo uso de la herramienta de Google.

Objetivo: Obtener la mayor información posible sobre el grado de satisfacción que tienen los usuarios(as) de ISBM del Policlínico de Santa Ana acerca de los servicios prestados.

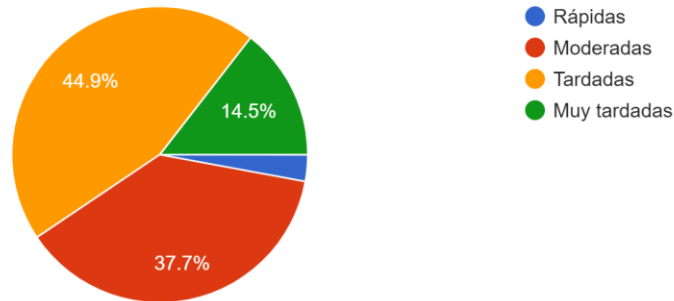
1. ¿Como considera que es el tiempo de espera cuando usted consulta en el Policlínico?
70 respuestas



Se realizaron 10 interrogantes a una muestra de 70 usuarios del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial del Policlínico Santa Ana (ISBM), en las que se pudo obtener la información sobre el nivel de satisfacción que les generan las visitas al ISBM, el 55.7% considera que el tiempo de espera a la hora de consultar es moderado, seguido por el 25.7% que lo considera lento un 11.4% rápido y el 7.1% lo considera muy lento.

2. ¿Según su experiencia ¿Como considera que es el tiempo para las citas con los sub-especialistas?

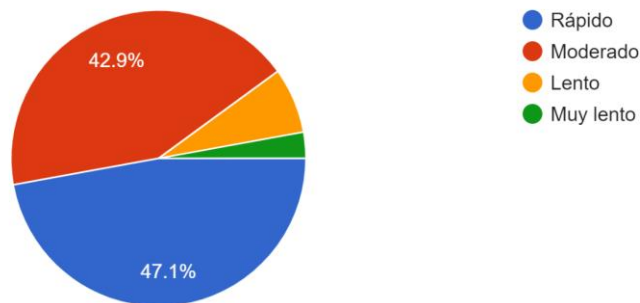
69 respuestas



En cuanto a la experiencia que han adquirido para obtener citas con los especialistas respondieron 69 personas y 1 se abstuvo de responder o fue error voluntario que se le olvidó responder, las repuestas que se obtuvieron arrojan que un 44.9% considera que son tardadas, seguido de un 37.7% que considera que son moderadas, un 14.5%, comenta que son muy tardadas y por último un 2.9% considera que son rápidas.

3. ¿Como considera que es el tiempo para que su expediente clínico en físico sea encontrado?

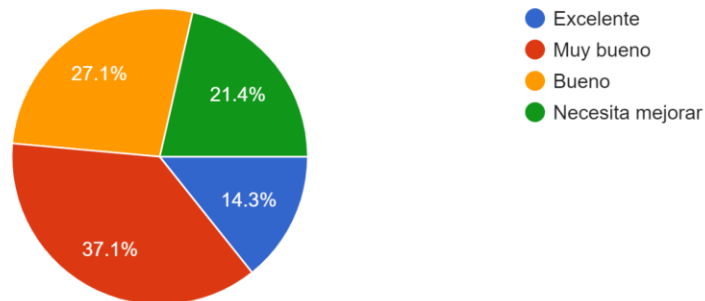
70 respuestas



Al responder la interrogante sobre el tiempo de espera para que su expediente físico sea encontrado en los archivos el 47.10%, consideran que es rápido, seguido por un 42.9% que considera que es moderado, una mínima porción considera que es muy lento y muy lento, lo que deja a la luz, que el área administrativa a la que le corresponde ejecutar este procedimiento lo ejecuta de una forma bastante eficiente.

4. ¿Como considera que es el trato que usted recibe de parte del personal llámese: vigilancia, personal de limpieza, enfermería, doctores(as), fisi...aboratoristas cuando usted solicita algún servicio?

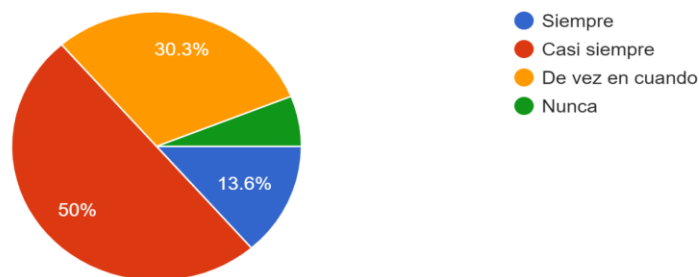
70 respuestas



En cuanto a la atención que los usuarios reciben del personal, un 37.1%, concuerdan que es muy bueno, seguido por el 27.1% que considera que es bueno, el 21.4% considera que necesita mejorar y el 14.3% concluye que la atención es excelente.

5. ¿Considera que el personal administrativo le proporciona solución inmediata, cuando usted hace trámites tales como: Desembolso de medicamentos, ¿lentes u otro tipo de trámite?

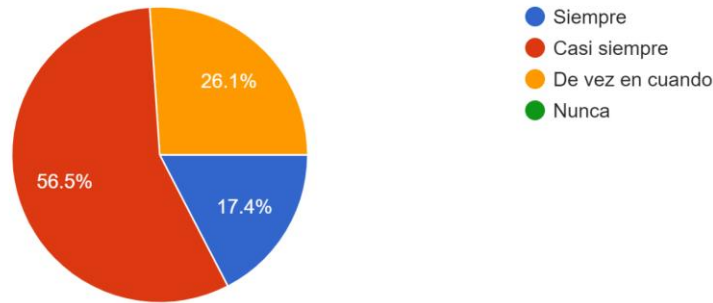
66 respuestas



Al consultar sobre la solución que se les brinda como usuarios del ISBM, en tramites como otorgamiento de medicamentos, lentes y tramites en general, el 50% considera que la solución es inmediata, el 30.3% comenta que de vez en cuando le resuelven inmediatamente, al 13.6%, le resuelven sus trámites inmediatamente y el 6.1% comenta que nunca le resuelven prontamente; estos resultados revelan que a nivel de procedimientos en cuanto a trámites administrativos necesitan ser mejorados y establecer indicadores de acuerdo a la realidad.

6. ¿Encuentra en el botiquín, los medicamentos que son recetados en su consulta médica?

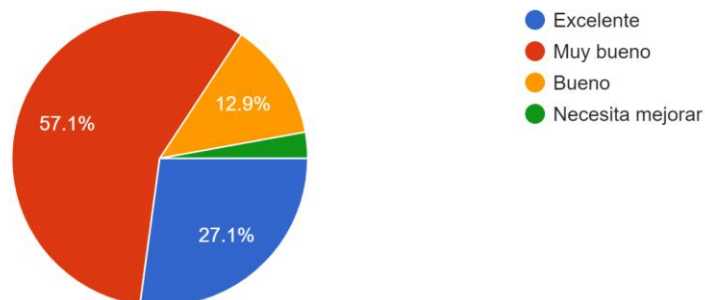
69 respuestas



Al consultar sobre las existencias del botiquín de medicamentos con respecto a los que les son recetados a los usuarios el 56.5%, comentan que casi siempre encuentran los medicamentos recetados, el 26.1% comentan que de vez en cuando encuentran los medicamentos y el 17.4% responden que siempre los encuentran, esto deja a entre ver la deficiencia que existe en cuanto a las existencias de medicamentos, y la importancia de establecer procedimientos en esa área.

7. ¿Como califica la limpieza en el edificio del Policlínico de Santa Ana?

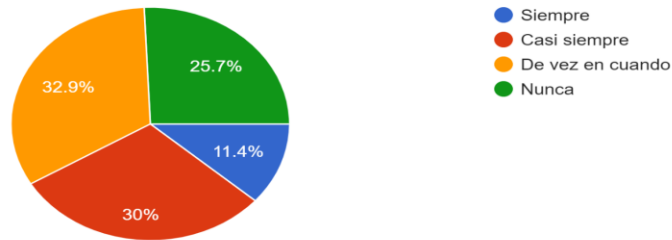
70 respuestas



En cuanto a la limpieza del edificio del Policlínico de Santa Ana, el 57.1% comentó que es muy bueno, el 27.1% que es excelente, el 12.9% que es bueno y una pequeña porción correspondiente al 2.6% que necesita mejorar, lo que indica que a grandes rasgos la limpieza se cumple; sin embargo, siempre hay mejoras que deben hacerse.

8. ¿Considera que usted recibe suficiente información sobre enfermedades prevenibles o enfermedades crónicas en el Policlínico de Santa Ana?

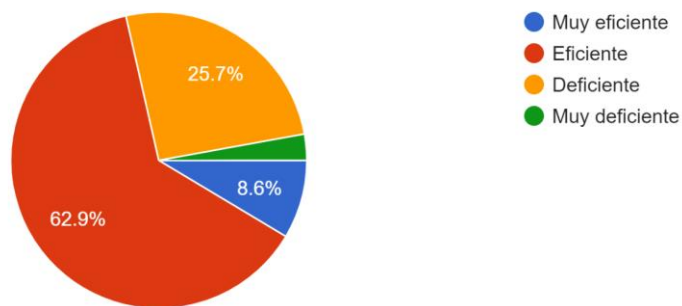
70 respuestas



De acuerdo a las respuestas de los usuarios, la información que reciben sobre enfermedades prevenibles y crónicas es suficiente en un 11.4%, el 25.7% considera que la información no es suficiente, el 32.9% considera que de vez en cuando le dan la información necesaria y el 30% considera que casi siempre le dan la información suficiente; el mantener a la población informada permitiría una mayor eficiencia en los recursos del Policlínico de Santa Ana.

9. ¿Cómo califica usted el servicio que le brinda el Policlínico de Santa Ana?

70 respuestas

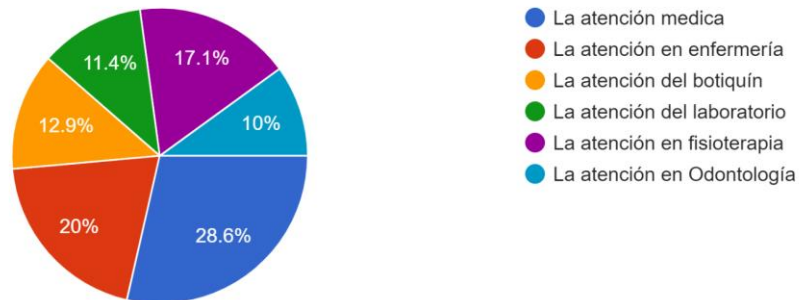


El servicio que el Policlínico brinda a los usuarios es eficiente lo que se ve reflejada en un 62.9% de las respuestas de los usuarios, 8.6% considera que es muy eficiente, el 25.7% considera que el servicio es deficiente, y el 2.8% considera que el servicio es muy deficiente;

deben hacerse mejoras al Policlínico de Santa Ana, en cuanto a todos los servicios que se prestan a nivel general a los usuarios.

10. ¿Qué le gustaría que mejorara el Policlínico de Santa Ana?

70 respuestas



Se consultó a los usuarios del ISBM, Policlínico de Santa Ana, que servicio les gustaría que mejorara y las respuestas fueron diversas, el 28.6% respondió que la atención médica en general, el 20% comentó que el servicio de enfermería, el 17.1%, la atención en fisioterapia, el 12.9%, la atención del botiquín, el 11.4% la atención de laboratorio y un 10% el servicio odontológico, lo que reafirma la necesidad de una mejora en todos los servicios que presta el ISBM, Policlínico de Santa Ana, visto desde la perspectiva de los usuarios, lo que nos proporciona una mayor información sobre la importancia de la implementación de una cultura de calidad y posteriormente implementación de la ISO 9001:2015.

En resumen, se realizaron 10 interrogantes a una muestra de 70 usuarios del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial del Policlínico Santa Ana (ISBM), en las que se pudo obtener la información sobre el nivel de satisfacción que les generan las visitas al ISBM, el 55.7% considera que el tiempo de espera a la hora de consultar es moderado, seguido por el 25.7% que lo considera lento un 11.4% rápido y el 7.1% lo considera muy lento.

En cuanto a la experiencia que han adquirido para obtener citas con los especialistas respondieron 69 personas y 1 se abstuvo de responder o fue error voluntario que se le olvidó responder, las repuestas que se obtuvieron arrojan que un 44.9% considera que son tardadas,

seguido de un 37.7% que considera que son moderadas, un 14.5%, comenta que son muy tardadas y por último un 2.9% considera que son rápidas.

Al responder la interrogante sobre el tiempo de espera para que su expediente físico sea encontrado en los archivos el 47.10%, consideran que es rápido, seguido por un 42.9% que considera que es moderado, una mínima porción considera que es muy lento y muy lento, lo que deja a la luz, que el área administrativa a la que le corresponde ejecutar este procedimiento lo ejecuta de una forma bastante eficiente.

En cuanto a la atención que los usuarios reciben del personal, un 37.1%, concuerdan que es muy bueno, seguido por el 27.1% que considera que es bueno, el 21.4% considera que necesita mejorar y el 14.3% concluye que la atención es excelente.

Al consultar sobre la solución que se les brinda como usuarios del ISBM, en tramites como otorgamiento de medicamentos, lentes y tramites en general, el 50% considera que la solución es inmediata, el 30.3% comenta que de vez en cuando le resuelven inmediatamente, al 13.6%, le resuelven sus trámites inmediatamente y el 6.1% comenta que nunca le resuelven prontamente; estos resultados revelan que a nivel de procedimientos en cuanto a trámites administrativos necesitan ser mejorados y establecer indicadores de acuerdo a la realidad.

Al consultar sobre las existencias del botiquín de medicamentos con respecto a los que les son recetados a los usuarios el 56.5%, comentan que casi siempre encuentran los medicamentos recetados, el 26.1% comentan que de vez en cuando encuentran los medicamentos y el 17.4% responden que siempre los encuentran, esto deja a entre ver la deficiencia que existe en cuanto a las existencias de medicamentos, y la importancia de establecer procedimientos en esa área.

En cuanto a la limpieza del edificio del Policlínico de Santa Ana, el 57.1% comento que es muy bueno, el 27.1% que es excelente el 12.9%, que es bueno y una pequeña porción correspondiente al 2.6% que necesita mejorar, lo que indica que a grandes rasgos la limpieza se cumple; sin embargo, siempre hay mejoras que deben hacerse.

De acuerdo a las respuestas de los usuarios, la información que reciben sobre enfermedades prevenibles y crónicas es suficiente en un 11%, el 25.7% considera que la información no es suficiente, el 32.9% considera que de vez en cuando le dan la información necesaria y el 30% considera que casi siempre le dan la información suficiente; el mantener a la

población informada permitiría una mayor eficiencia en los recursos del Policlínico de Santa Ana.

El servicio que el Policlínico brinda a los usuarios es eficiente lo que se ve reflejada en un 62.9% de las respuestas de los usuarios, 8.6% considera que es muy eficiente, el 25.7% considera que el servicio es deficiente, y el 2.8% considera que el servicio es muy deficiente; deben hacerse mejoras al Policlínico de Santa Ana, en cuanto a todos los servicios que se prestan a nivel general a los usuarios.

Se consultó a los usuarios del ISBM, Policlínico de Santa Ana, que servicio les gustaría que mejorara y las respuestas fueron diversas, el 28.6% respondió que la atención médica en general, el 20% comentó que el servicio de enfermería, el 17.1%, la atención en fisioterapia, el 12.9%, la atención del botiquín, el 11.4% la atención de laboratorio y un 10% el servicio odontológico, lo que reafirma la necesidad de una mejora en todos los servicios que presta el ISBM, Policlínico de Santa Ana, visto desde la perspectiva de los usuarios, lo que nos proporciona una mayor información sobre la importancia de la implementación de una cultura de calidad y posteriormente implementación de la ISO 9001:2015.

4.4. Análisis de información de jefa médica del ISBM

Este es el cuestionario que se le entregó a la directora del Policlínico de Santa Ana del ISBM para que lo respondiera, posteriormente se realizó una interpretación de sus respuestas comparadas con la información recolectada con los formularios virtuales que se enviaron al resto del personal: médicos, personal paramédico, personal administrativo y cotizantes.

CUESTIONARIO SOBRE CULTURA DE CALIDAD EN POLICLINICO DE SANTA ANA.

NOMBRE DE LA INSTITUCION: INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL.

PROFESION U OFICIO: jefe médico Policlínico y consultorios de Santa Ana

Objetivo: Obtener la mayor información posible sobre los conocimientos e importancia de la cultura de calidad del jefe médico del ISBM del Policlínico de Santa Ana.

Indicaciones: A continuación, se presenta el siguiente cuestionario en el cual se debe de encerrar en un círculo 1 opción, la que a usted más le parezca adecuada de las opciones planteadas. No existen respuestas buenas ni malas, lo que se pretende es que se exprese su opinión de acuerdo a su criterio y así mejorar los procesos.

1. ¿Tiene algún conocimiento sobre la cultura de calidad, relacionada con la prestación de servicios de salud?

Sí, tengo conocimiento sobre la cultura de calidad relacionada con la prestación de servicios de salud. La cultura de calidad en el ámbito de la atención médica se centra en la mejora continua de la atención al paciente, la seguridad del paciente, la eficiencia en la entrega

de servicios y la satisfacción del paciente. Se enfoca en la idea de que la atención médica debe ser segura, efectiva, centrada en el paciente, oportuna, eficiente y equitativa. La implementación de prácticas de gestión de calidad, protocolos de seguridad del paciente y la medición y evaluación constante son elementos clave para lograr una cultura de calidad en los servicios de salud. La cultura de calidad también se relaciona con la necesidad de fomentar la transparencia, la comunicación efectiva y el trabajo en equipo entre los profesionales de la salud para brindar una atención de alta calidad.

2. ¿Cómo cree que la cultura de calidad influye en la prestación de atención médica y en la seguridad de los pacientes en el Policlínico de Santa Ana?

La cultura de calidad tiene un impacto significativo en la seguridad de los pacientes y la prestación de atención médica de alta calidad. Esto se logra a través de la mejora continua, el enfoque en el paciente y la adhesión a normativas y estándares de calidad.

-Mejora en la Seguridad del Paciente: La cultura de calidad se enfoca en identificar y mitigar los riesgos para la seguridad del paciente. Esto incluye la prevención de errores médicos, la promoción de prácticas seguras y la notificación de incidentes para aprender de ellos y evitar su repetición.

-Mejora en la Experiencia del Paciente: Una cultura de calidad se centra en el paciente, lo que resulta en una atención más centrada en las necesidades y preferencias del paciente. Esto conduce a una mayor satisfacción del paciente y una mejor relación médico-paciente.

-Cumplimiento de Normativas y Estándares: Una cultura de calidad promueve el cumplimiento de normativas y estándares de calidad en la atención médica, lo que es esencial para la seguridad del paciente.

3. ¿Cómo fomenta la comunicación efectiva y la colaboración entre los miembros de su equipo para mejorar la calidad de las actividades diarias?

Para fomentar la comunicación efectiva y la colaboración entre los miembros de un equipo y mejorar la calidad de las actividades diarias, es fundamental

-Comunicación Abierta: Fomento un ambiente de comunicación abierta en el que todos los miembros se sientan cómodos compartiendo ideas, inquietudes. Esto incluye la disposición para escuchar a los demás y considerar sus opiniones.

-Definir Roles y Responsabilidades: Establezco roles y responsabilidades claros para cada miembro del equipo. Esto asegura que todos sepan lo que se espera de ellos y reduce la duplicación o la falta de acción.

-Reuniones Regulares: Programo reuniones regulares para mantener al equipo actualizado sobre los avances, los desafíos y las oportunidades. Estas reuniones se enfocan en la resolución de problemas y la toma de decisiones conjuntas.

-Comunicación Escrita: Utilizo herramientas de comunicación escrita, como correo electrónico o aplicaciones de mensajería, para compartir información importante, documentos y recordatorios.

-Transparencia: Promuevo la transparencia al compartir información relevante con el equipo. Esto incluye compartir metas, métricas de rendimiento y resultados de proyectos.

-Enfoque en Objetivos Comunes: Subrayo la importancia de los objetivos comunes y aseguro que todos los miembros del equipo comprendan cómo su trabajo contribuye a esos objetivos.

-Resolución de Conflictos: Establezco un proceso claro y equitativo para la resolución de conflictos dentro del equipo, asegurando que los desacuerdos se aborden de manera constructiva.

-Premiar y Reconocer: Reconozco y premio los esfuerzos y logros del equipo, lo que motiva a los miembros a mantener un alto nivel de compromiso y colaboración.

4. ¿Cómo integra la retroalimentación y las sugerencias de mejora de los usuarios(as) o personal a su cargo dentro de la institución?

La integración de la retroalimentación y las sugerencias de mejora de los usuarios y el personal a mi cargo dentro de la institución es un proceso fundamental para la mejora continua de la calidad de los servicios. Aquí hay algunas formas en las que suelo abordar este proceso:

-Escuchar Activamente: Presto atención a las opiniones y preocupaciones de los usuarios y del personal a mi cargo. Esto incluye escuchar activamente durante reuniones, encuestas de satisfacción, y también estar disponible para conversaciones informales.

-Recopilar Datos: Utilizo encuestas, formularios de retroalimentación para recopilar información sobre las experiencias y perspectivas de los usuarios y el personal. Esta información se analiza para identificar patrones y áreas de mejora.

-Priorizar y Planificar: Después de la evaluación, priorizo las sugerencias de mejora en función de su importancia y su capacidad para impulsar mejoras significativas. Luego, planifico cómo implementar las sugerencias seleccionadas.

-Comunicación Abierta: Informo a los usuarios y al personal sobre las decisiones tomadas con respecto a las sugerencias. Explico por qué se han priorizado algunas sugerencias y cómo se implementarán.

-Implementación de Cambios: Trabajo en estrecha colaboración con los equipos relevantes para implementar los cambios sugeridos. Esto puede incluir la revisión de políticas, procedimientos, capacitación o cualquier otra acción necesaria.

-Seguimiento y Evaluación: Realizo un seguimiento de la implementación de los cambios y monitoreo su impacto. Esto puede incluir la recopilación de datos posteriores a la implementación y la revisión continua de los resultados.

-Reconocimiento y Agradecimiento: Reconozco y agradezco a quienes aportaron sugerencias y retroalimentación valiosas. Esto incentiva la participación continua y demuestra que se valoran sus contribuciones.

-Ciclo de Retroalimentación Continua: Mantengo un ciclo continuo de retroalimentación, evaluación y mejora, de modo que el proceso sea constante y se adapte a las necesidades cambiantes de los usuarios y del personal.

-Capacitación y Desarrollo: Si es necesario, proporciono capacitación y desarrollo al personal para abordar las áreas de mejora identificadas.

5. ¿Qué acciones específicas ha tomado para promover la cultura de calidad en su equipo o departamento?

Para promover una cultura de calidad en un equipo o departamento, es importante implementar una serie de acciones específicas. Aquí tienes algunas de las acciones que puedes llevar a cabo:

-Establecer Normas de Calidad: Definir estándares claros de calidad y asegurarse de que todos los miembros del equipo los comprendan y sigan.

-Formación y Capacitación: Proporcionar formación y capacitación regular a los miembros del equipo para mejorar sus habilidades y conocimientos en áreas relevantes para la calidad.

-Fomentar la Responsabilidad Individual: Fomentar la responsabilidad individual de cada miembro del equipo para garantizar la calidad en su trabajo.

-Comunicación Abierta: Promover una comunicación abierta y efectiva para que los miembros del equipo se sientan cómodos compartiendo sus preocupaciones y sugerencias sobre la calidad.

-Resolución de Problemas: Fomentar la identificación y resolución de problemas de manera efectiva, centrandó la atención en la raíz de los problemas y no solo en soluciones temporales.

-Reconocimiento y Recompensas: Reconocer y recompensar los logros y contribuciones de los miembros del equipo en relación con la calidad.

-Evaluación y Mejora Continua: Implementar procesos de evaluación y revisiones regulares para identificar áreas de mejora y realizar ajustes según sea necesario.

-Promoción de la Colaboración: Fomentar la colaboración entre los miembros del equipo para abordar desafíos de calidad y trabajar juntos en soluciones.

-Transparencia y Rendición de Cuentas: Fomentar la transparencia en la toma de decisiones y la rendición de cuentas por parte de los miembros del equipo.

-Gestión de Riesgos: Identificar y gestionar riesgos relacionados con la calidad de manera proactiva.

-Compromiso con el Usuario: Colocar al usuario en el centro de todas las decisiones relacionadas con la calidad.

-Documentación y Mejores Prácticas: Documentar y compartir las mejores prácticas dentro del equipo para estandarizar y mejorar la calidad.

En resumen, es importante que en un centro de atención de salud sea primordial que el director o la directora en este caso el segundo tenga voluntad de llevarla a cabo y ponerla en práctica, además que tenga la mentalidad que la mejora continua es el camino a seguir para tener una atención oportuna con calidad y calidez en un centro asistencial como es el Policlínico de Santa Ana. Lo cual se puede concluir con las diferentes preguntas que se le realizaron como son tener conocimiento de la calidad en la prestación de servicios de salud, la influencia que esta tiene en la atención médica en incluye la prevención de errores médicos, la promoción de prácticas seguras y la notificación de incidentes para aprender de ellos y evitar su repetición, la comunicación efectiva es muy importante en un centro asistencial donde existen personas con diferentes formas de pensar y actuar, el escuchar a los usuarios(as) es otro factor principal porque ellos son los que reciben el servicio por lo tanto su evaluación es de gran valor porque representan la contraparte y como se pudo reflejar con la última pregunta que se les realizó a los usuarios el personal médico(28.6%) y paramédico conformado por enfermería(20%) y fisioterapia(17.1%) necesita mejorar principalmente en sus competencias según se pudo interpretar al cotejar con otras preguntas realizadas

CAPITULO V: CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS Y ENTREGABLES.

5.1 Plan operativo

En este capítulo en base a la información obtenida previamente se hizo una propuesta de cómo mejorar la calidad en la atención en el Policlínico de Santa Ana, en él se propone realizar un plan operativo, un cuadro de mando integral, un cuadro de indicadores.

Además de propuestas como un proceso de selección de auditores de calidad internos, diseño de auditorías de calidad, plan anual de capacitaciones, una propuesta de un plan manual de funciones y procesos, y una estrategia para implantar una cultura de calidad.

En la siguiente tabla 9 se describen las acciones estratégicas, metas, indicadores, actividades, tiempo, responsable de las actividades a realizar, para este no hay presupuesto.

Tabla 9. Plan Operativo.

| Acciones estratégicas | Metas o resultados esperados | Indicadores | Actividades | Tiempo | Responsable | Presupuesto |
|---|---|---|--|-----------------|---|--------------------|
| Brindar atención integral y humanizada. | Disminución de quejas para el 2023 | Número de quejas en el mes | Capacitación sobre relaciones interpersonales | Enero-diciembre | Todo el personal del Policlínico de Santa Ana | N/A |
| Contribuir al objetivo de los logros institucionales | Disminución de tiempos de espera | Tiempo de atención | Supervisión médica | Enero-diciembre | Supervisor(a) médico y jefe(a) medico | N/A |
| Contribuir al objetivo de los logros institucionales | Disminución de ausentismo laboral | Numero de incapacidades medicas | Capacitaciones sobre concientización del personal del Policlínico | Enero-diciembre | Supervisor(a) médico y jefe(a) medico | N/A |
| Contribuir al objetivo de los logros institucionales | Incremento en educación en salud en la población. | Número de casos sobre enfermedades contagiosas y no contagiosas (enfermedades crónicas) | Charlas intramurales y extramurales a los cotizantes y beneficiarios | Enero-diciembre | Personal médico y paramédico | N/A |

| | | | | | | |
|---|--|--|---|------------------------|--|------------|
| Contribuir al objetivo de los logros institucionales | Disminución de casos avanzados de cáncer de mama y próstata | Numero de detección temprana de cáncer de mama y próstata | Tamizaje a los usuarios | Enero-diciembre | Personal médico y paramédico | N/A |
| Contribuir al objetivo de los logros institucionales | Disminución de infecciones nosocomiales en Centro de Hemodiálisis | Número de casos de infecciones nosocomiales | Monitoreo de limpieza y esterilización del Centro de Hemodiálisis. | Enero-diciembre | Jefe(a) medico | N/A |
| Contribuir al objetivo de los logros institucionales | Disminución de casos de enfermedad renal crónica en usuarios | Número de casos de pacientes con ERC | Manejo adecuado de hipertensión y diabetes tipo I y II en los usuarios | Enero-diciembre | Medico magisteriales, Internista, Nefrólogo(a) | |
| Contribuir al objetivo de los logros institucionales | Disminución de enfermedades infectocontagiosas (diarreas, IRAS: COVID) | Número de consultas en el mes | Consulta médica. Supervisión médica. Charlas (uso de equipo de protección personal) | Enero-diciembre | Médicos magisteriales y Especialistas, personal paramédico | N/A |
| Contribuir al objetivo de los logros institucionales | Cobertura del 80% | Número de consultas en el mes | Consulta médica. Supervisión medica | Enero-diciembre | Médicos magisteriales y Especialistas | N/A |

Fuente: elaboración propia.

5.2 Plan estratégico:

El pensamiento estratégico (misión, visión, principios y valores); están basados en la manera que el Instituto espera brindar los servicios a los docentes cotizantes y su grupo familiar, quienes son la razón de ser del ISBM y para quienes se trabaja día a día, para realizar un cambio real en la forma de brindar servicios de salud.

Misión:

Administrar el Programa Especial de Salud con transparencia, eficiencia, eficacia y calidez, con cobertura de riesgos profesionales y otras prestaciones económicas y sociales a favor del servidor público docente y sus beneficiarios

Administrar el Programa Especial de Salud con transparencia, eficiencia, eficacia y calidez, con cobertura de riesgos profesionales y otras prestaciones económicas y sociales a favor del servidor público docente y sus beneficiarios

Visión:

Ser una Institución de Seguridad Social eficiente, con cobertura nacional en la prestación de servicios de asistencia médico hospitalaria con énfasis en la prevención, atención a la salud mental, cobertura de riesgos profesionales, prestaciones y beneficios, con calidad y calidez a maestras y maestros cotizantes y sus grupos familiares.

Ser una Institución de Seguridad Social eficiente, con cobertura nacional en la prestación de servicios de asistencia médico hospitalaria con énfasis en la prevención, atención a la salud mental, cobertura de riesgos profesionales, prestaciones y beneficios, con calidad y calidez a maestras y maestros cotizantes y sus grupos familiares.

Valores:

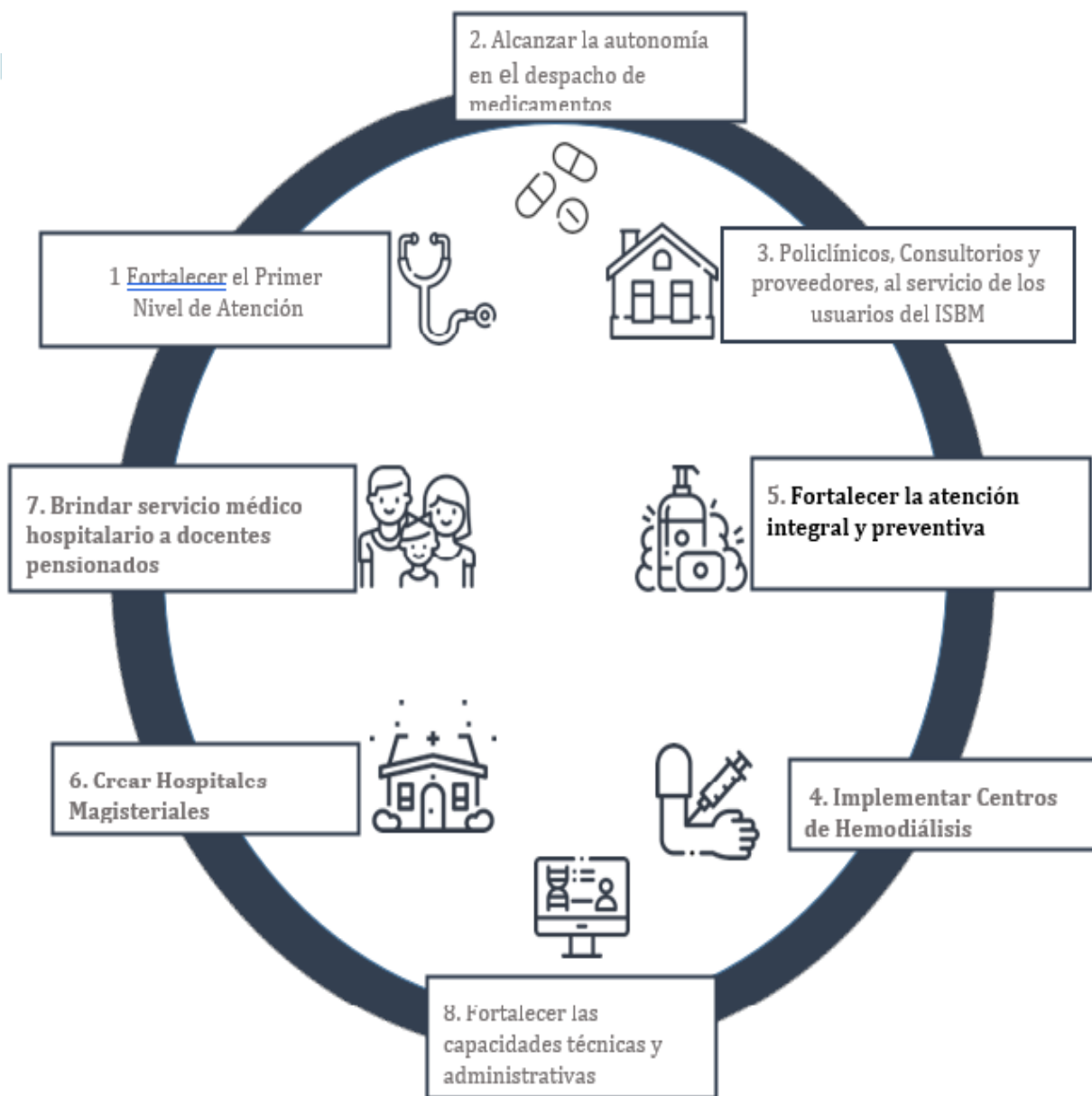
Figura 5. Valores del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial



Fuente: www.isbm.gob.sv

5.2.1 Ejes estratégicos institucionales.

Figura 6. Ejes estratégicos institucionales.



Fuente: www.isbm.gob.sv

En la figura 6 se encuentran los diferentes objetivos del plan estratégico dentro de los cuales están las diferentes líneas estratégicas para que se logren cumplir los objetivos incluidos en el plan.

5.2.2 Objetivos y líneas estratégicas.

Figura No. 7. Objetivos y líneas estratégicas de ISBM.



Fuente: www.isbm.gob.sv

5.3 Cuadro de mando integral (BSC):

De acuerdo con Gutiérrez Agudelo, S. (citado en Kaplan y Norton,1996) el BSC es un modelo de direccionamiento estratégico que integra la estrategia con la operación de la organización y pretende ofrecer una perspectiva general de la marcha de la empresa, de las estrategias implementadas y canalizar las energías, habilidades y conocimientos específicos de todos los colaboradores de la organización para la consecución de los objetivos estratégicos de largo plazo. (Gutiérrez Agudelo, S. A.,2017).

El cuadro de mando integral es muy utilizado ahora en la actualidad en las empresas para ver cómo va el desempeño de sus compañías tomando en cuenta cuatro categorías: finanzas, clientes, procesos, aprendizaje y desarrollo o innovación.

Según Benavente F. (s.f.) menciona que el BSC sirve como una herramienta de gestión estratégica que proporciona una visión integrada y balanceada de la organización, el cual obliga a definir estrategias corporativas, además permite revisar los procesos clínicos y administrativos, la definición de los objetivos estratégicos que servirán de guía a los equipos directivos en sus logros y rendimientos.

Teniendo esta información se puede decir que el BSC servirá a facilitar el trabajo en el campo de la salud pues se puede aplicar perfectamente en esta área tanto en los procesos clínicos como los administrativos, y que se puede aplicar a una unidad de atención medica como es el Policlínico de Santa Ana e incluso instituciones más grandes y complejos como son hospitales.

Como ya se mencionó anteriormente uno de los ejes estratégicos para ISBM(2020) en su Plan Operativo Institucional 2020 es fortalecer el sistema de salud garantizando la mejora continua de sus servicios, optimizar y fortalecer el primer nivel de atención y centrarlo en el cotizante y sus beneficiarios, por lo que en la tabla 10 se propone este BSC con indicadores de gestión para medir como está posicionado el Policlínico de Santa Ana con respecto a la calidad de atención que está proporcionando.

Antes del BSC se presentará el pensamiento estratégico de ISBM en el cual se describen la misión, visión, los valores, los objetivos estratégicos y las líneas estratégicas que están descritos en el plan estratégico Plan operativo institucional 2020 de ISBM.

Es importante mencionarlo porque se considera que existe una correlación con las perspectivas presentadas en el BSC como son la financiera, los clientes, los procesos, aprendizaje y desarrollo o innovación con la misión, visión, valores de la Institución de tal manera que de origen a una estrategia consistente y coherente.

Tabla 10. Cuadro de Mando Integral recomendado a utilizar en el Policlínico de Santa Ana.

CUADRO DE MANDO INTEGRAL(BSC)

| PERSPECTIVAS | FACTORES A ESTUDIAR | OBJETIVOS | QUE SE HA HECHO HASTA AHORA | RESULTADO ACTUALES |
|---------------------------------|-------------------------------|---|---|---|
| FINANCIERO | Beneficio a largo plazo | Reducción de costos | Adquisición de edificios propios | Reducción de alquiler de inmuebles en 27.02% |
| | Beneficio a corto plazo | Beneficios | Aumento en el monto para compra de medicamentos | Ampliación de medicamentos del cuadro básico |
| CLIENTE | Necesidades cubiertas | Ser un único proveedor | Concentración de los servicios en un solo lugar | Laboratorios clínicos propios |
| | Satisfacción del cliente | Buena calidad y calidez en la atención | Encuestas de satisfacción | Retroalimentación en facebook |
| | Coherencia | Se ajusta a las necesidades del usuario | Respuesta a las peticiones de los usuarios | Adquisición de ambulancias para traslado de pacientes |
| PROCESOS | Capacidades internas | Contratación de médicos/personal paramédico | Contratación limitada | Personal médico y paramédico insuficiente |
| | Sinergia | Asignación de responsabilidades | Revisión de manual de funciones | Falta de conocimiento del personal de sus funciones |
| | Lo que debería de mejorar | Reducción del tiempo de citas de subespecialistas | Contratación limitada de subespecialistas | Tiempo de espera 4 a 6meses |
| APRENDIZAJE Y DESARROLLO | Índice de innovación | Usar de manera eficiente los recursos | Adquisición de hardware nuevo | Expedientes clínicos en línea |
| | Satisfacción de los empleados | Evitar la fuga de personal capacitado | Muy poco | Satisfacción del 55% |
| | Certificaciones por periodo | Reconocimiento de usuarios | Muy poco | 10% al 15% |
| | Capacitaciones al personal | Fortalecer los procesos de calidad | Poca capacitación al personal | Personal poco capacitado |

Fuente: Elaboración propia

5.4 Indicadores

Tabla 11. Indicadores a utilizar en el Policlínico de Santa Ana

| | INDICADORES | META | INACEP TABLE | 1 mes | 2 mes | 3 mes | 4 mes | 5 mes | 6 mes | 7 mes | 8 mes | 9 mes | 10 mes | 11 mes | 12mes | TOTAL |
|--------------------------------|----------------------------------|-------|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|-------|--------|
| PACIENTES | Satisfaccion de los pacientes | >=80% | <60% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 60.00% |
| | Solucion oportuna a problemática | >=80% | <60% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 60.00% |
| | Cobertura de necesidades | >=80% | <60% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 60.00% |
| | Reclamos o quejas | <=20% | >30% | 1% | 1% | 1% | 1% | 4% | 5% | 1% | 5% | 2% | 1% | 5% | 5% | 32.00% |
| INTERNO | Productividad | >=90% | <60% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 60.00% |
| | Cumplimiento de programas | >=80% | <60% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 60.00% |
| | Cumplimiento de normativas | >=80% | <60% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 60.00% |
| | Porcentaje de casos resueltos | >=85% | <60% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 60.00% |
| DESARROLLO Y APRENDIZAJE | Eficacia de las capacitaciones | >=90% | <60% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 60.00% |
| | Satisfaccion de los empleados | >=80% | <60% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 60.00% |
| | Capacitaciones al personal | >=80% | <60% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 60.00% |
| | Certificaciones | >=60% | <60% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 60.00% |

Fuente: Elaboración propia

Indicadores

Los indicadores de la tabla 11 muestra todos los indicadores de 3 perspectivas, la cual permite conocer el comportamiento de estos en un período específico (1 año), ésta fue diseñada en Excel y creada con rangos de aceptación para proporcionarle al usuario un aviso de alerta donde existe un problema de acuerdo al porcentaje alcanzado o no alcanzado.

En la de los pacientes se propone los siguientes:

- ✓ Satisfacción de los pacientes (KPI)
- ✓ Solución oportuna a problemática (KPI)
- ✓ Cobertura de necesidades (PI)
- ✓ Reclamos o quejas (PI)

A nivel interno se propone los siguientes:

- ✓ Productividad (KPI)
- ✓ Cumplimiento de programas (PI)
- ✓ Cumplimiento de normativas (PI)
- ✓ Porcentaje de casos resueltos. (KPI)

En desarrollo y aprendizaje se propone los siguientes

- ✓ Eficacia de las capacitaciones (KPI)
- ✓ Satisfacción de los empleados (PI)
- ✓ Capacitación al personal (PI)
- ✓ Certificaciones (KPI)

Es importante la satisfacción de los pacientes, solución oportuna a problemáticas que se presentan en las actividades diarias, cobertura de necesidades de los usuarios, disminución de quejas o reclamos por parte de los cotizantes y beneficiarios(as).

Es necesario conocer la productividad que tiene el Policlínico de Santa Ana con respecto a las atenciones que éste proporciona llámese consulta médica, atención psicológica, fisioterapia, consulta odontológica, inyecciones, curaciones, emergencias, etc.

El cumplimiento de programas principalmente los preventivos como son esquemas de vacunación, control de niño sano, control prenatal, embarazo de alto riesgo, etc.

El apego a cumplimiento de las normas establecidas por Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial es importante conocer porque aquí está la guía de los pasos a seguir ante una determinada situación de cualquier índole.

La capacidad de resolución tanto en el área administrativa como el área médica es importante conocerla.

Es importante conocer la eficacia que tienen las capacitaciones en el personal de la institución, al igual la satisfacción de los empleados con el cargo que desempeñan pues una persona satisfecha con su puesto de trabajo va a desempeñarse mejor en sus funciones.

La capacitación del personal es importante conocerla porque con estas se generan nuevas competencias o se mejoran, lo cual magnifica más cuando se le proporciona una certificación.

Como ya se mencionó anteriormente uno de los ejes estratégicos para ISBM (2020) en su Plan Operativo Institucional 2020 es fortalecer el sistema de salud garantizando la mejora continua de sus servicios, optimizar y fortalecer el primer nivel de atención y centrarlo en el cotizante y sus beneficiarios, por lo que en la tabla 12 se propone estos indicadores de gestión para medir como está posicionado el Policlínico de Santa Ana con respecto a la calidad de atención que está proporcionando.

Tabla 12. Indicadores con su porcentaje recomendados a utilizar en el Policlínico de Santa Ana.


| Indicador | Porcentaje |
|---|-------------------|
| Población afiliada al programa de salud de ISBM | 80-97% |
| Reducción del tiempo de cita con subespecialistas | 10-18% |
| Calidad de atención | 80-90% |
| Eficiencia en la atención | 40-80% |
| Satisfacción del paciente | 40-80% |
| Satisfacción del empleado | 40-80% |
| Medicamentos suministrados por el Policlínico de Santa Ana | 60-80% |

Fuente: elaboración propia

Se proponen los anteriores indicadores con sus porcentajes de cumplimiento porque se considera que son los que pueden reflejar como es la calidad de los servicios de salud que el Policlínico de Santa Ana está proporcionando, donde están involucrados los stakeholders (partes interesadas): usuarios (cotizantes y beneficiarios) y personal de la Institución que brinda los servicios.

5.5 Propuesta de plan anual de capacitaciones.

Cuadro No.1 Plan Anual de Capacitaciones

|  | | PLAN ANUAL DE CAPACITACIONES | | |
|---|---|---|---------------------|---|
| | | FECHA | VERSION | CODIGO |
| | | PAGINA | | |
| | | | | |
| PLAN ANUAL DE FORMACION | | | | |
| AÑO | | | | |
| TEMA | OBJETIVOS | DESTINATARIOS | MES PREVISTO | RESPONSABLE |
| Seguridad de pacientes | Conocer los protocolos para prevenir errores medicos, infecciones y caidas de pacientes. | Medicos, paramedicos, Personal administrativo y jefaturas | ENERO | Supervisor medico, Jefe medico |
| Evaluación de riesgos | Identificar y gestionar riesgos potenciales en la atención médica, incluyendo situaciones de emergencia y desastres. | Medicos, paramedicos, Personal administrativo y jefaturas | FEBRERO- FEBRERO | Subdirector de Salud, Supervisor medico |
| Cumplimiento normativo | Conocer regulaciones en materia de salud y contribuir a su cumplimiento. | Medicos, paramedicos, Personal administrativo y jefaturas | FEBRERO-MARZO | Supervisor medico |
| Gestión de datos y registros médicos | Verificar el nivel de conocimiento y gestión de políticas de registros médicos electrónicos y privacidad de datos. | Medicos, paramedicos, Personal administrativo y jefaturas | ABRIL-MAYO | Jefe medico |
| Uso de herramientas informáticas | Actualizar los conocimientos en registros electrónicos y otras herramientas | Medicos, paramedicos, Personal administrativo y jefaturas | MAYO-JUNIO | Jefe medico |
| Comunicación interna y externa asertiva | Mejorar la comunicación entre el personal y con los pacientes, proveedores así como la coordinación interdepartamental. | Medicos, paramedicos, Personal administrativo y jefaturas | JULIO-AGOSTO | Jefe medico |
| Gestión de emergencias internas | Conocer sobre planes de respuesta a emergencias médicas, incluyendo incendios, terremotos u otras situaciones críticas. | Medicos, paramedicos, Personal administrativo y jefaturas | AGOSTO-SEPTIEMBRE | Supervisor medico, Jefe medico |
| Manejo de tiempo | Contribuir a mejorar la eficiencia en la gestión de tiempo | Medicos, paramedicos, Personal administrativo y jefaturas | SEPTIEMBRE- OCTUBRE | Jefe medico |
| Etica profesional | Conocer sobre la ética en la toma de decisiones clínicas y en la relación con los | Medicos, paramedicos, Personal administrativo y jefaturas | OCTUBRE- NOVIEMBRE | Jefe medico |

COORDINADOR DE FORMACION

FIRMA

FECHA



5.6 Propuesta de un manual de funciones para el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, Policlínico Santa Ana.

INDICE

| | |
|---|----|
| 1.Introduccion | 90 |
| 2. Objetivos del manual..... | 91 |
| 3.Pensamiento estratégico..... | 92 |
| 4.Organigrama funcional Policlínico de Santa Ana ISBM | 94 |
| 5.Presentacion y alcance..... | 95 |
| 6.Normas para el uso del manual | 96 |
| .. | |
| 7. Lineamientos para la implementación del manual..... | 97 |
| 8. Descripción de los puestos existentes | 98 |

1. Introducción

El presente manual de funciones para EL ISBM es un documento que constituye una herramienta de gestión, guía y consulta para cumplir con el manejo de las diferentes tareas que se realizan por el personal. Para alcanzar los objetivos del instituto, es de suma importancia tener una constancia de la existencia de la estructura organizacional y funcional, que con precisión y claridad exponga las responsabilidades, obligaciones, niveles de autoridad y de coordinación que deben guardar todos los que integran la organización. Este instrumento administrativo orientara el trabajo que desempeñan los colaboradores de ISBM.

2. Objetivos del manual

Objetivo General

Proporcionar un instrumento administrativo que defina las responsabilidades, y los diferentes cargos en el POLICLINICO SANTA ANA.

Objetivos Específicos

- Establecer los requisitos básicos y las funciones inherentes de cada puesto de trabajo.
- Mejorar el proceso de reclutamiento, selección e inducción del personal.
- Proponer insumos necesarios para realizar una adecuada medición del desempeño laboral y capacitación del personal.

3. Pensamiento estratégico

Misión

Administrar del Programa Especial de Salud con transparencia, eficiencia, eficacia y calidez con cobertura de riesgos profesionales y otras prestaciones económicas y sociales a favor del servidor público docente y sus beneficiarios.

Visión

Ser una Institución de Seguridad Social eficiente, con cobertura nacional en la prestación de servicios de asistencia medico hospitalaria con énfasis en la prevención, atención a la salud mental, cobertura de riesgos profesionales, prestaciones y beneficios con calidad y calidez a maestras y maestros cotizantes y su grupo familiar.

Valores Corporativos

Los valores que se promueven en la institución principalmente son:

- a) Solidaridad
- b) Respeto
- c) Compromiso
- d) Honestidad
- e) Honradez
- f) Integridad

Generalidades

- Contratos de trabajo

En los contratos individuales de trabajo se estipula que los primeros treinta días serán un periodo de prueba. Dentro de este término cualquiera de las partes podrá dar por terminado el contrato sin expresión de causa. Vencido este lapso de tiempo si ninguna de las partes ha manifestado su voluntad de dar por terminado el contrato, este podrá continuar por tiempo indefinido en el instituto.

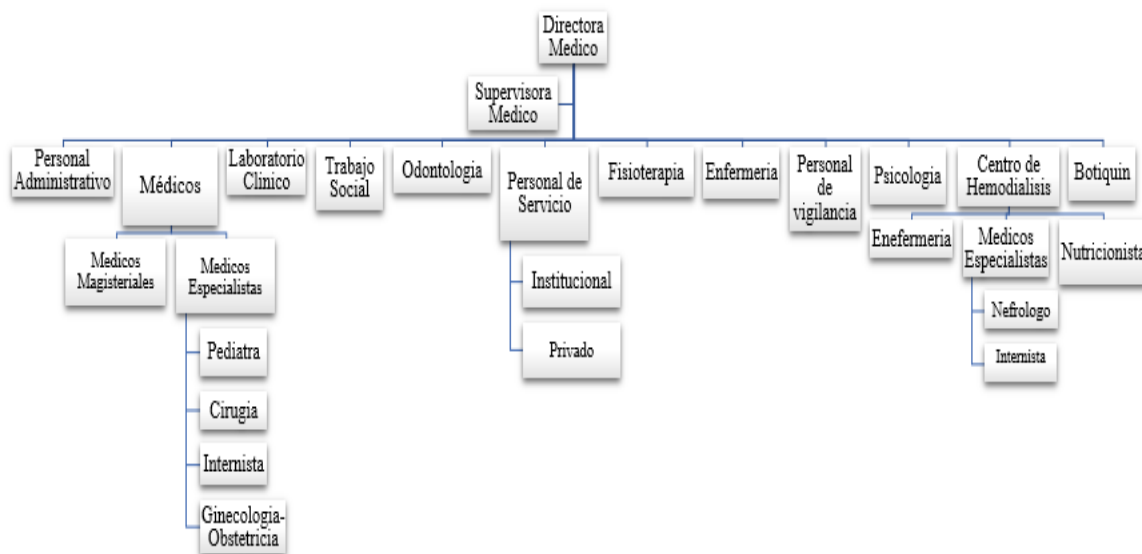
En dicho contrato se especifica:

- Jornada laboral, incluyendo las horas destinadas para la comida.
- Lugar, día y hora para el pago de los salarios, comprobantes de pago.
- Descanso semanal, asuetos, vacaciones anuales, aguinaldos.
- Derechos, obligaciones y prohibiciones de los trabajadores.

4. Organigrama funcional Policlínico de Santa Ana de ISBM.

Se presenta la estructura orgánica interna, en la que se muestra la relación que guardan entre las diferentes áreas. La figura 4 se desarrolló en el capítulo 2 como parte de la estructura organizativa del Policlínico de Santa Ana por lo cual se le puso la misma numeración para no crear confusión al lector.

Figura 4. Organigrama del Policlínico de Santa Ana.



Fuente: elaboración propia.

5. Presentación y alcance

Alcance

El presente Manual, incluye la estructura funcional del POLICLINICO DE SANTA ANA DE ISBM siendo su ámbito de aplicación todo el personal que labora en las distintas áreas, incluye a la Jefa médica, personal administrativo, enfermería, Médicos, y personal que labora en los distintos niveles operativos.

NORMAS DE ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL

1. El Manual de funciones deberá actualizarse cada 2 años o por causas relevantes derivadas a la dinámica institucional.
2. Las causas en el cambio del Manual podrán ser: fusión, unificación, supresión o modificaciones esenciales en las funciones de la empresa.

3. Se debe dejar constancia de cada cambio en la estructura organizacional de igual forma en el organigrama para dejar un registro histórico de los cambios al final del documento.

4. Para cambios se utilizará el siguiente formato:

Naturaleza del cambio: _____

Justificación del cambio: _____

Revisión por junta directiva: _____

Fecha de modificación: _____

6. Las modificaciones que se realicen al Manual de Funciones deberán estar de acuerdo a la dinámica del policlínico de Santa Ana y tienen que quedar por escrito.

F. _____ Sello:

6. Normas para el uso del manual

Como parte de la comunicación interna institucional el Manual de Puestos y Funciones deberá ser conocido por todos los niveles jerárquicos que conforman la institución; debe ser usado exclusivamente por Policlínico de Santa Ana.

En aquellos puestos de jefatura El Manual debe ser incorporarlo en los procesos de reclutamiento y selección de personal.

El Manual de Funciones deberá ser incluido dentro del proceso de inducción las nuevas contrataciones, para que tengan un conocimiento amplio de la unidad a la pertenecerán y de toda la organización.

7. Lineamientos para la implementación del manual

- Para que entre en vigencia el Manual de Puestos y Funciones deberá ser aprobado en consenso por Junta Directiva
- La gerencia administrativa será responsable de analizar la información, comunicar, cambiar, aprobar y autorizar el Manual de Funciones.
- El Manual de Funciones deberá ser una representación del organigrama de la empresa.

ESTRUCTURA DE PUESTOS

| <u>Puesto de Trabajo.</u> | <u>Código.</u> |
|----------------------------|----------------|
| 1. Jefe medico | JM01 |
| 2. Enfermera | EN02 |
| 3. Auxiliar administrativo | AA03 |
| 4. Medicos | ME04 |

Descripción de Los Códigos.

Las primeras dos letras del código son las iniciales del nombre del puesto de trabajo, en el caso de los puestos que solo tienen una palabra, se tomaron en cuenta las dos primeras consonantes del nombre del puesto de trabajo.

8. Descripción de los puestos existentes

| | | |
|--|---------------|---------------------------------|
| 1. IDENTIFICACIÓN | | |
| Título del Puesto: Jefe Medico | Código: JM 01 | POLICLINICO SANTA ANA DE ISBM |
| Reporta a: Subdirección de salud y Junta Directiva | | Fecha de Revisión: Octubre 2023 |
| 2. MISIÓN DEL PUESTO | | |
| Es la persona responsable de la dirección y representación legal, judicial y extrajudicial; debe establecer políticas generales que rigen la Institución, tiene que desarrollar y definir los objetivos organizacionales, presentar a subdirección de salud, cumplimientos de programas de salud, programas de trabajo y otras obligaciones. | | |

3. ENTORNO DE RELACIÓN

Internamente se relaciona con la junta directiva, área administrativa, Médicos, enfermeras y encargados de áreas.

4. HABILIDADES

- Capacidad de planificar y organizar
- Orientado a logros y resultados
- Toma de decisiones oportunas y coordinadas
- Habilidades técnicas y conceptuales
- Capacidad de generar informes
- Capacidad de negociación y persuasión

5. PRINCIPALES RESPONSABILIDADES

1. Realizar la administración global de las actividades de la empresa buscando su mejoramiento institucional, técnico y financiero.
2. Garantizar el cumplimiento de las normas, reglamentos, políticas, instructivos internos y los establecidos por entidades de regulación y control nacional.
3. Participar en reuniones convocadas por la Subdirección de Salud o la Dirección, para analizar y coordinar las actividades de la institución en general.
4. Coordinar y controlar la ejecución del cumplimiento del plan estratégico y operativo.
5. Verificar el cumplimiento de regulaciones en materia tributaria, arancelaria y demás obligaciones legales.

6. REQUISITOS DEL PUESTO

Nivel Académico: Título médico, inscripción y solvencia de la JVPM para ejercer la medicina. De preferencia con alguna especialización.

Experiencia: contar con 1 a 2 años de experiencia clínica.

7. COMPETENCIAS

Competencias: Habilidades comunicación, liderazgo, competencias técnicas y administrativas, persuasivo, negociador, ordenado, critico, analítico.

Comportamientos: Respeto al personal, confiable, actitud positiva, buenas relaciones interpersonales.

Autorizado por:

Fecha:

Cambios:

| | | |
|---|---------------|---------------------------------|
| 1. IDENTIFICACIÓN | | |
| Título del Puesto: Auxiliar administrativo(o)a | Código: AA 03 | POLICLINICO SANTA ANA DE ISBM |
| Reporta a: Jefe administrativo | | Fecha de Revisión: Octubre 2023 |
| <p>2. MISIÓN DEL PUESTO</p> <p>Es la persona responsable de garantizar una atención eficiente y de calidad a los pacientes, identificar los problemas administrativos y de atención al cliente de manera oportuna, Colaborar estrechamente con el personal médico, contribuir a que la gestión del policlínico sea eficiente, llevar un adecuado registro y atención a proveedores, gestionar eficientemente la firma de planillas, manejo eficiente de los recursos de caja asignados.</p> | | |
| <p>3. ENTORNO DE RELACIÓN</p> <p>Internamente se relaciona con la junta directiva, área administrativa, Médicos, enfermeras y encargados de áreas, proveedores y pacientes.</p> | | |
| <p>4. HABILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de organización • Detallista y observador • Habilidad numérica • Manejo de hojas de cálculo • Orientado al trabajo en equipo • Capacidad de controlar y dirigir | | |

5. PRINCIPALES RESPONSABILIDADES

1. Recepción de documentación del área de compras, así como el ingreso al sistema de inventarios.
2. Gestión de notas de crédito por faltantes y/o diferencias de precios con los proveedores locales, además de la emisión y entrega de quedan.
3. Ordenar facturas con su respectivo Boucher para ser procesado por pagaduría.
4. Corroborar físicamente los productos recibidos
5. Revisión de facturas y de remisiones.
6. Reportar cualquier anomalía observada en proceso de ingresos de mercaderías para su posterior venta.
7. Manejar eficientemente los fondos de caja chica asignados.

6. REQUISITOS DEL PUESTO

Nivel Académico: Administrador de Empresas, Contador o Bachiller

Experiencia: 1 a 2 años de experiencia en el área administrativa, manejo de fondos.

7. COMPETENCIAS

Competencias: Buena comunicación, competencias técnicas alusivas al manejo del sistema informático, organizado adaptabilidad, ordenado, analítico.

Comportamientos: Respeto al personal, confiable, actitud positiva y buenas relaciones con interpersonales.

Autorizado por:

Fecha:

Cambios:

| | | |
|--|---------------|---------------------------------|
| 1. IDENTIFICACIÓN | | |
| Título del Puesto: Enfermeras | Código: EN 02 | POLICLINICO SANTA ANA DE ISBM |
| Reporta a: Jefe medico | | Fecha de Revisión: Octubre 2023 |
| <p>2. MISIÓN DEL PUESTO</p> <p>Es la persona responsable de la Proporcionar atención de excelencia en los servicios prestados a los usuarios del Policlínico, mediante acciones humanísticas, científicas y tecnológicas, fomentando los valores para el desarrollo de nuevos prototipos en la práctica profesional.</p> | | |
| <p>3. ENTORNO DE RELACIÓN</p> <p>Internamente se relaciona con la junta directiva, área administrativa, Médicos, enfermeras y encargados de áreas y pacientes.</p> | | |

4. HABILIDADES

- Capacidad de planificar, organizar y comunicarse.
- Orientado a logros y resultados
- Toma de decisiones oportunas y coordinadas
- Habilidades técnicas y conceptuales
- Trabajo en equipo
- Habilidades interpersonales

5. PRINCIPALES RESPONSABILIDADES

- Proporcionar atención médica y cuidados a los pacientes, incluyendo la administración de medicamentos.
- Colaborar con el equipo médico de tal forma que garantice la atención integral a los pacientes
- Capacitaciones a los pacientes, con el fin de informar sobre la prevención de enfermedades y educarlos sobre síntomas y condiciones de salud.
- Mantener registros precisos de la atención brindada a cada paciente, lo que debe incluir, notas de enfermería, medicamentos recetados y registros de procedimientos realizados en las fechas indicadas.
- Garantizar la seguridad del paciente, en la prevención de infecciones y la administración de medicamentos.
- Proveer el suministro de medicamentos y equipo médico, así como garantizar la limpieza de los consultorios.
- Respetar las normas éticas y legales en la requeridos en la atención médica.

5. PRINCIPALES RESPONSABILIDADES

- Proporcionar atención médica y cuidados a los pacientes, incluyendo la administración de medicamentos.
- Colaborar con el equipo médico de tal forma que garantice la atención integral a los pacientes
- Capacitaciones a los pacientes, con el fin de informar sobre la prevención de enfermedades y educarlos sobre síntomas y condiciones de salud.
- Mantener registros precisos de la atención brindada a cada paciente, lo que debe incluir, notas de enfermería, medicamentos recetados y registros de procedimientos realizados en las fechas indicadas.
- Garantizar la seguridad del paciente, en la prevención de infecciones y la administración de medicamentos.
- Proveer el suministro de medicamentos y equipo médico, así como garantizar la limpieza de los consultorios.
- Respetar las normas éticas y legales en la requeridos en la atención médica.

6. REQUISITOS DEL PUESTO

Nivel Académico:

- Poseer una formación académica en enfermería, ya sea una licenciatura o un diploma de enfermería aprobado.
- Estar inscrita y solvente ante la JVPE(Junta de Vigilancia para Enfermería)
- Contar con alguna especialización si la posición lo requiere.

Experiencia: 1 a 2 años de experiencia en el área de enfermería.

7. COMPETENCIAS

Competencias: Comprender y ejecutar procedimientos médicos, habilidades de comunicación, comunicación, competencias técnicas alusivas al manejo del sistema informático, organizado adaptabilidad, ordenado, analítico.

Comportamientos: Respeto al personal, confiable, actitud positiva y buenas relaciones con interpersonales, asertivo.

Autorizado por:

Fecha:

Cambios:

| | | |
|--|---------------|---------------------------------|
| 1. IDENTIFICACIÓN | | |
| Título del Puesto: Medico | Código: ME 04 | POLICLINICO SANTA ANA DE ISBM |
| Reporta a: Jefe medico | | Fecha de Revisión: Octubre 2023 |
| 2. MISIÓN DEL PUESTO | | |
| <p>Es la persona responsable de proporcionar servicios médicos a las personas afiliadas al sistema de salud de ISBM.</p> <p>Dentro de sus atribuciones se encuentra proporcionar consulta médica, atender emergencias, promoción de la salud, consejería, etc.</p> | | |
| 3. ENTORNO DE RELACIÓN | | |
| <p>Internamente se relaciona con jefa médica, área administrativa, Médicos, enfermeras y encargados de áreas y pacientes.</p> | | |

4. HABILIDADES

- Poseer la pericia necesaria de acuerdo a la especialidad.
- Mantenerse informado con las nuevas tendencias médicas y otros estudios médicos.
- Capacidad de planificar y organizar
- Orientado a logros y resultados
- Toma de decisiones oportunas y coordinadas
- Habilidades técnicas y conceptuales
- Capacidad de generar informes de actividades y otros.

5. PRINCIPALES RESPONSABILIDADES

1. Cumplimiento de horarios.
2. Evaluación de pacientes.
3. Elaboración de recetario médico.
4. Elaboración de pruebas de laboratorio.
5. Emisión de incapacidades de rango menor de 30 días y mayor a 30 días con visto bueno de jefe médico.
6. Garantizar el cumplimiento de las normas, reglamentos, políticas e instructivos internos y los establecidos por entidades de regulación y control nacional.

6. REQUISITOS DEL PUESTO

Nivel Académico: Título médico, Inscripción y Solvencia en la JVPM para ejercer la medicina. De preferencia con alguna especialización.

Experiencia: contar con 1 a 2 años de experiencia clínica.

7. COMPETENCIAS

Competencias: Habilidades comunicación, liderazgo, competencias técnicas y administrativas, persuasivo, negociador, ordenado, critico, analítico.

Comportamientos: Respeto al personal, confiable, actitud positiva, buenas relaciones interpersonales.

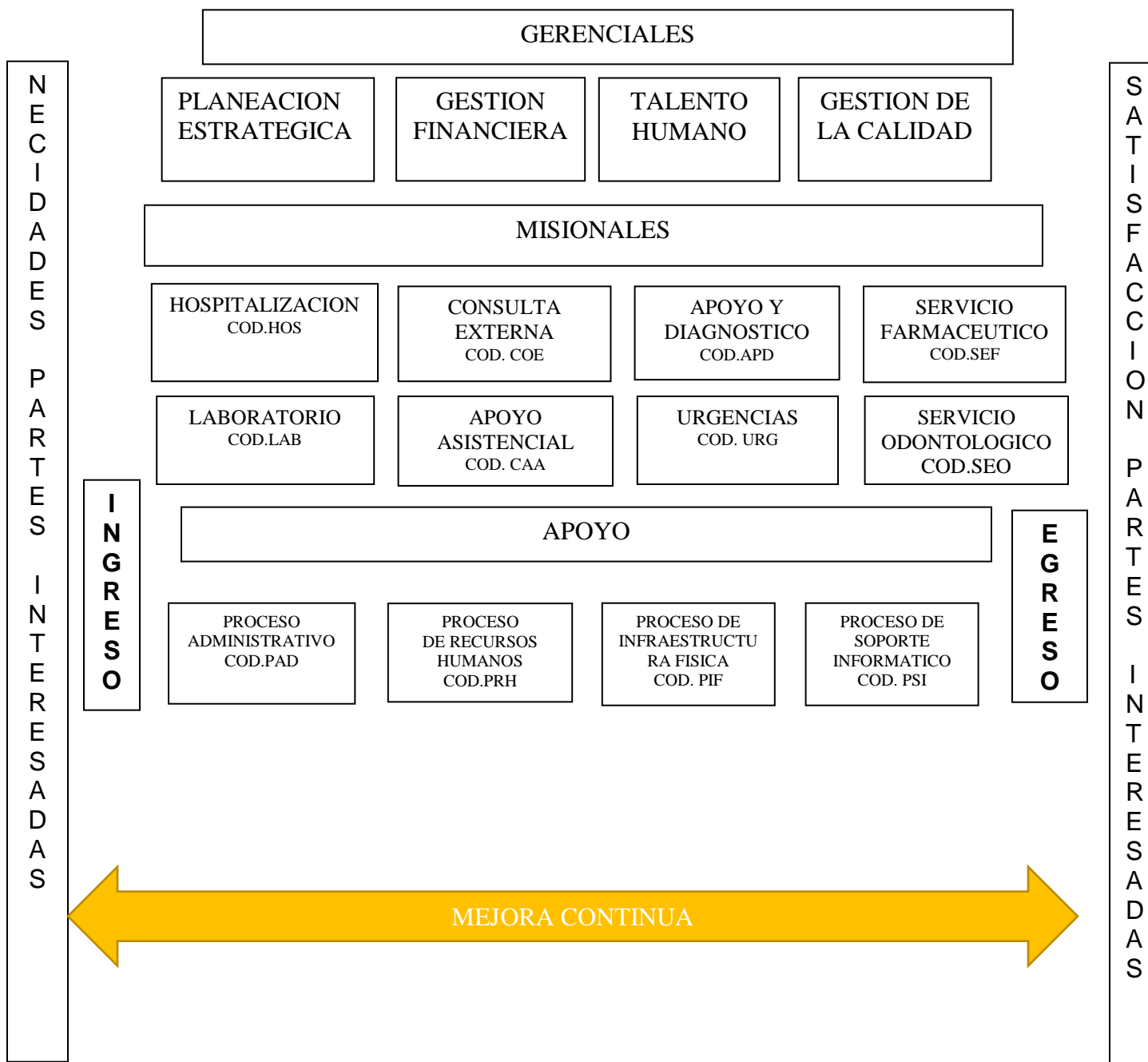
Autorizado por:

Fecha:

Cambios:

5.7 Mapa de procesos.

Figura 8. Mapa de procesos del Policlínico de Santa Ana.



PROCESO CONSULTA EXTERNA(COE)

- ENTRADA DEL PACIENTE (COE01)
- ADMISION GENERAL (COE02)

- REGISTRO EN ARCHIVO (COE03)

- REGISTRO EN ENFERMERIA (COE04)

- TOMA DE SIGNOS VITALES POR ENFERMERIA(COE05)

- REGISTRO DE EXPEDIENTE EN LINEA(COE06)

- EVALUACION MEDICA(COE07)

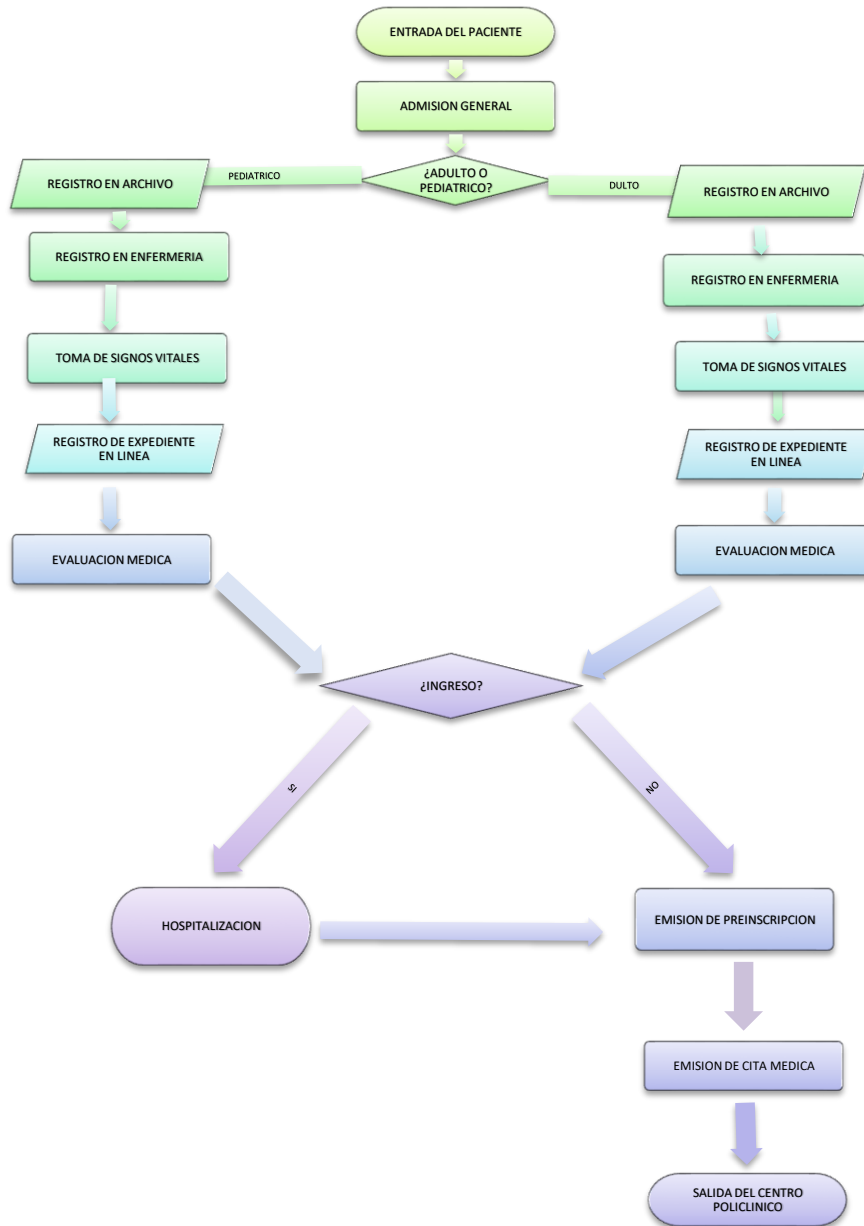
- EMISION DE PRESCRIPCION(COE08)

- EMISION CITA MEDICA (COE 09)

- SALIDA DEL POLICLINICO(COE10)

5.7.1 Proceso de atención de pacientes.

Figura No. 9. Descripción del proceso de atención de pacientes en el policlínico de Santa Ana




Continuando con el mapa de procesos a continuación se describe en la Fig.10 el procedimiento de recursos humanos como son: selección de personal, proceso de reclutamiento, evaluación y desempeño por último incentivos y gratificaciones cada uno identificados con las 3 letras del proceso y con el código de acuerdo al número de procedimientos que salgan de cada uno de los procesos.

Figura 10. Procedimiento de recursos humanos (PRH)



5.7.1.1 Procedimiento para el registro de archivo del paciente de ISBM.

| | | | |
|---|---|-------------------|---------------------------|
|  GOBIERNO DE EL SALVADOR | PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE ARCHIVO DEL PACIENTE DE ISBM | | Código: PPA-01 |
| | Edición: 02 | Fecha: 25/09/2023 | Revisión: 01 |
| | | | Fecha: 17/10/2023 |

| |
|--|
| REDACTADO POR |
| NOMBRE: DR. Juan José Rojas y Licda. Jacqueline Elizabeth Thez |
| FECHA: 13/09/2023 |
| FIRMA: |

| |
|---------------------|
| REVISADO POR |
| NOMBRE: |
| FECHA: |
| FIRMA: |

| |
|---------------------|
| APROBADO POR |
| NOMBRE: |
| FECHA: |
| FIRMA: |

CONTENIDO GENERAL

1. Objetivo General
2. Ámbito de Aplicación
3. Responsabilidades
4. Generalidades
5. Definiciones

6. Descripción del Procedimiento de Control

7. Anexos

CONTROL DEL DOCUMENTO

| Copia No. | DESTINATARIO | Fecha |
|-----------|--------------|-------|
| | | |

OBSERVACIONES:

1. OBJETIVO GENERAL

Implementar un sistema de identificación estandarizado para todos los pacientes que ingresen a los servicios ambulatorios, urgencias, hospitalización y una propuesta de personal médico y paramédico que atenderá a la población docente con sus beneficiarios, con el fin de prevenir la ocurrencia de errores en el proceso de identificación del paciente, atención, desarrollo de procedimientos y toma de muestras en el laboratorio, que conlleven a eventos adversos, incidentes, indicios de atención insegura, fallas de calidad etc.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este procedimiento es obligatorio para todos los servicios prestados en el Policlínico Santa Ana; en servicios de consulta externa, ya sea de urgencias, laboratorio, odontología y farmacia, y apoyo diagnóstico, donde se atienden pacientes que requieran la realización de algún tipo de procedimiento y/o consulta.

3. RESPONSABILIDADES

Es responsabilidad del de la jefa administrativa elaborar y de la junta directiva aprobar el presente procedimiento, así como sus modificaciones futuras.

Es responsabilidad de cada la jefa médica, cumplir y hacer cumplir este procedimiento y controlar su vigencia.

Es responsabilidad del personal médico y de enfermería de los servicios de consulta externa, cumplir con este procedimiento tal como está descrito.

4. GENERALIDADES

Para cumplir con una prestación de servicios clínicos y asistenciales del Policlínico de Santa Ana en la atención brindada a cada usuario en cualquier especialidad, es necesaria la elaboración y divulgación del presente procedimiento, así como también asignar los recursos necesarios a las diferentes áreas y de esa forma se cumplan con los requisitos de calidad requeridos

5. DEFINICIONES

Identificación del Paciente: Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

Verificación Cruzada: Procedimiento mediante el cual el prestador de salud identifica a una persona determinada (paciente) a través de dos mecanismos como mínimo, ej. Verbal y a través de carnet de identificación o Verbal, o través de Historia clínica.

Seguridad del Paciente: Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos.

Evento Adverso: Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de atención.

6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PARA LA APLICACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO VERIFIQUE LOS CUATRO CRITERIOS CORRECTOS DE PROCEDIMIENTO EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, DE URGENCIA, HOSPITALIZACIÓN, RADIOLOGÍA, LABORATORIO CLÍNICO Y TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO.

1. Una vez se establezca la necesidad de realización de un procedimiento, se debe comparar los criterios de identificación en lo siguiente:


- Carnet de identificación si corresponde al usuario.
- Orden Médica
- Historia Clínica.
- Tarjeta de medicamentos.
- Componente sanguíneo.
- Tubo o recipiente de muestras de sangre.
- Muestra patología.
- Ayuda diagnóstica (Imagenología).

CRITERIOS A TENER EN CUENTA.

- Paciente **Correcto**
- Procedimiento **Correcto**
- Sitio **Correcto**
- Momento **Correcto**

Usuario homónimo

- Nombres los dos y los dos Apellidos.
- Número de Documento de Identidad.
- Fecha de Nacimiento. Día / mes/año
- Sexo

| | | | |
|---|--|-------------------|------------------------------------|
|  GOBIERNO DE EL SALVADOR | PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE ARCHIVO DEL PACIENTE POLICLINICO DE SANTA DE ISM | | Código: PPA-01 |
| | Edición: 02 | Fecha: 25/09/2023 | Revisión: 01 |

Primer filtro: Una vez en la unidad del paciente, se debe llamar al paciente por el Nombre completo (dos nombres y dos apellidos si aplica).

Segundo Filtro: Se debe preguntar al paciente el número y tipo de identificación y confrontarla con la historia clínica, la formula u orden médica.

Tercer Filtro: Se debe preguntar la edad al paciente o al familiar para confrontarla con la información que encuentra en la historia clínica, orden Médica o los criterios mencionados anteriormente.

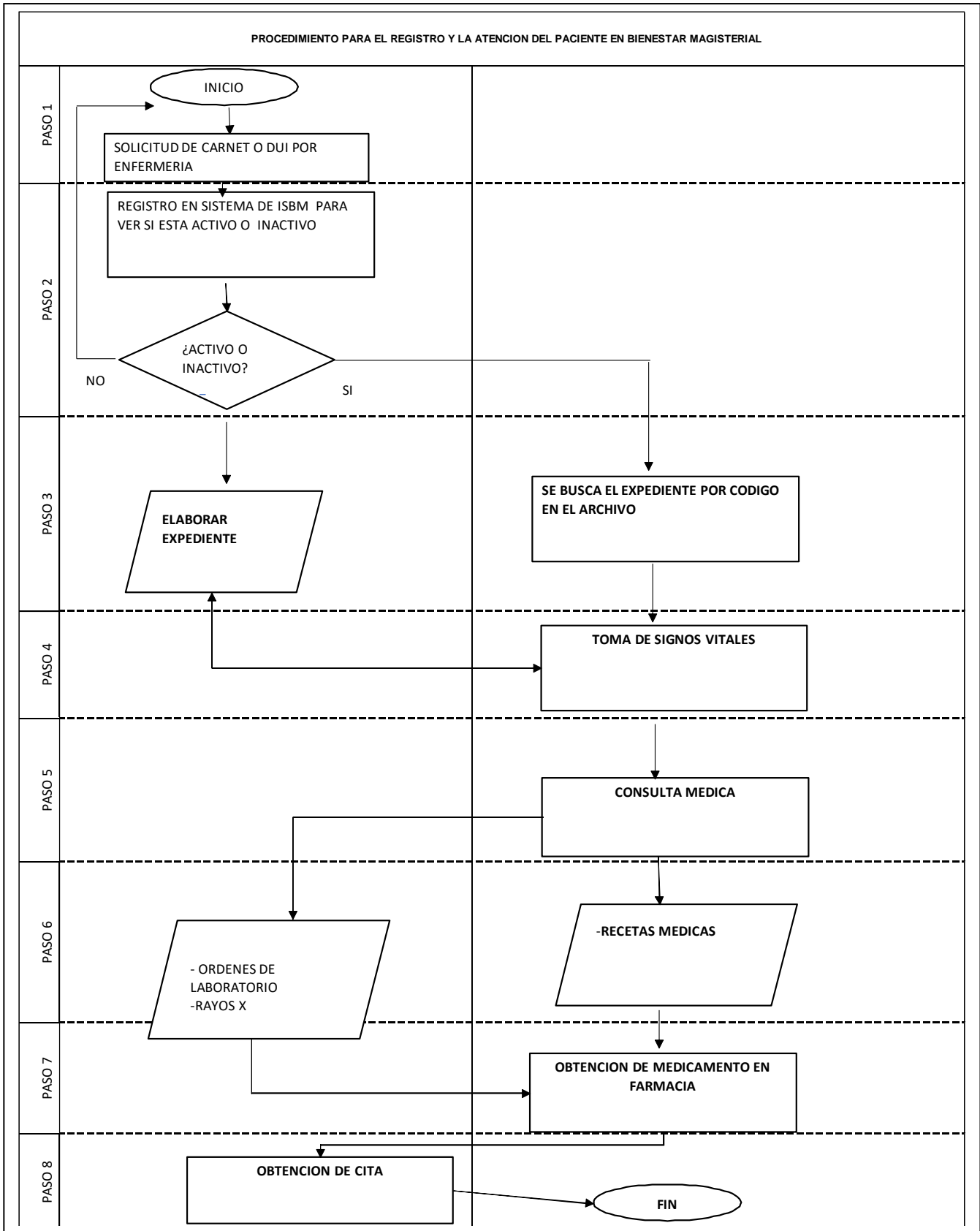
REDUNDANCIA


La correcta identificación del paciente se debe iniciar desde el ingreso. Los datos de identificación obligatorios para el registro de un paciente están conformados por los nombres y apellidos completos del paciente (dos, si los tiene), el tipo de documento de identificación y el número, el sexo, la fecha de nacimiento, la edad, el lugar de residencia habitual y su número telefónico.

Componentes a indagar:

- Solicitar y revisar Documento de Identidad Ejemplo, Registro Civil, Tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía (DUI), carnet si posee, teniendo en cuenta la edad del paciente.

- Verificar afiliación a EPS, bases de datos y demás medios electrónicos y con historia clínica previa si aplica.




| | | | |
|--|--|---------------------------|-------------------|
|  <p>GOBIERNO DE EL SALVADOR</p> | PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE ARCHIVO DEL PACIENTE POLICLINICO DE SANTA DE ISBM | Código: PPA-01 | |
| Edición: 02 | Fecha: 25/09/2023 | Revisión: 01 | Fecha: 17/10/2023 |

LISTA DE CHEQUEO IDENTIFICACION DEL PACIENTE

FECHA: _____

SERVICIO EVALUADO: _____

EVALUADOR: _____

| | | | |
|---|--|-------------------|---------------------------|
|  GOBIERNO DE EL SALVADOR | PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE ARCHIVO DEL PACIENTE POLICLINICO DE SANTA DE ISBM | | Código: PPA-01 |
| | Edición: 02 | Fecha: 25/09/2023 | Revisión: 01 |

TEST - PROCESO DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRE _____

FECHA _____

Marque con una X
según corresponda


1. Los datos registrados en su expediente impreso y en línea son:
 - a. Nombres y apellidos completos, numero de documento, edad
 - b. Nombre y apellido, numero de documento.
 - c. Nombre completo, documento, fecha de ingreso, edad
 - d. Ninguna de los anteriores.

2. Los datos registrados en su carnet de afiliación son:
 - a. Nombres y apellidos completos, numero de documento, edad
 - b. Nombre y apellido, numero de documento.
 - c. Nombre completo, documento, fecha de ingreso, edad
 - d. Ninguna de los anteriores.

3. Los datos registrados en su DUI son:
 - a. Nombres y apellidos completos, numero de documento, edad

- b. Nombre y apellido, numero de documento.
 - c. Nombre completo, documento, fecha de ingreso, edad
 - d. Ninguna de los anteriores.
4. Los cuatro correctos para la aplicación de procedimientos en laboratorio o medios diagnósticos son:
- a. Paciente Correcto
 - b. Procedimiento correcto
 - c. Sitio Correcto
 - d. Momento Correcto
 - e. Todos los anteriores

ANEXOS

| | | | |
|---|--|-------------------|---------------------------|
|  GOBIERNO DE EL SALVADOR | PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE ARCHIVO DEL PACIENTE POLICLINICO DE SANTA ANA DE ISBM | | Código: PPA-01 |
| | Edición: 02 | Fecha: 25/09/2023 | Revisión: 01 |


ANEXO 1. FORMULARIO DE ASIGNACIONES DE CONSULTAS MEDICAS

DIA MES

| No. | JVPM | GRUPO DE TURNO | AREA ASIGNADA | DIAS | HORARIO | ESPECIALIDAD ASIGNADA |
|-----|------|----------------------|------------------|------|---------|--------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Elaborado por:

Aprobado por:

| | | | |
|---|--|-------------------|---------------------------|
|  GOBIERNO DE EL SALVADOR | PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE ARCHIVO DEL PACIENTE POLICLINICO DE SANTA ANA DE ISBM | | Código: PPA-01 |
| | Edición: 02 | Fecha: 25/09/2023 | Revisión: 01 |

ANEXO 2. FORMULARIO DE DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES.

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|
| Datos personales: | | | | |
| NOMBRES | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | | |
| Fecha de nacimiento | | | | |
| Lugar de trabajo | | | | |
| Dirección donde trabajo | | | | |
| Dirección de vivienda | | | | |
| Estado civil | Casado | Acompañado | | |
| Teléfonos | fijo | celular | | |
| Datos profesionales | | | | |
| Datos profesionales | Estudios realizados | | | |
| Grado académico | Técnico (Tecnólogo(a)) | Doctor(a) | Licenciado(a) | Ingeniero(a) |
| Título obtenido | | | Universidad | |
| Post grado | Especialidad | Maestría | Doctorado | |
| Título obtenido | | | | |
| Experiencia en años | | | | |
| Experiencia laboral | | Instituciones | | |
| | | Empresas | | |
| Tipo de contrato | | | | |
| Fecha de ingreso | | | | |
| Tipo de contrato | 4 horas | | Tiempo completo(8horas) | Turnos de 12 horas |
| Dependencia | Policlínico de Santa Ana. | | | |

Fecha

Firma

5.8 Estrategia para implementar una cultura de calidad.

| Cuadro 2. Estrategia para implantar una cultura de calidad. | | |
|---|--|--|
| PRINCIPIOS | DESCRIPCION | INSTRUMENTO |
| Liderazgo comprometido | El o los líderes dirigen el rumbo de la institución por es fundamental contar con líderes de salud que complementen la fuerza laboral y estén comprometidos con la calidad | Pan anual de capacitaciones |
| Definición de valores y principios | Orientar valores y principios que enfatizan la seguridad del paciente Alinear los objetivos de la Institución con los intereses del paciente | *Objetivo de calidad *Valores institucionales orientados a la calidad. |
| Establecimiento de políticas y procedimientos | Establecer herramientas de control interno que promuevan la seguridad del paciente, la gestión de riesgos y la atención de alta calidad. | * Manual de calidad *Políticas y normativas internas |
| Formación y desarrollo del personal | Proporcionar capacitación continua en calidad y seguridad a todo el personal del Policlínico, de tal forma que los trabajadores encuentren sentido en el proceso e incorporen a la filosofía de calidad en los procesos. Esto incluye médicos, personal de enfermería, personal de apoyo y administradores | *Pan anual de capacitaciones * plan anual de incentivos *Manual de funciones |
| Comunicación efectiva | Promover una comunicación abierta y efectiva entre los miembros del equipo de atención médica y con los pacientes. | Plan anual de capacitaciones |
| Participación activa de los usuarios | Involucrar a los pacientes en su atención y en la toma de decisiones. Sus experiencias y opiniones para mejorar la calidad. | Instrumentos de recolección de datos, encuestas, seguimiento para control de usuarios post consulta. (habilitar canales de comunicación) |
| Reconocimiento y recompensas a empleados | Reconocer y recompensar a los empleados que contribuyan significativamente a la mejora de la calidad y la seguridad. | *Políticas de incentivos por cumplimiento de indicadores |
| Concientización En los usuarios | Informar a los usuarios sobre la calidad y seguridad de la atención brindada por el policlínico y promover la participación activa. | Plan anual de capacitaciones informativas a usuarios del ISBM |
| Mejora continua | Adoptar un enfoque de progresos constante, contribuirá a establecer herramientas y metodologías para lograr los objetivos deseados. | *Indicadores de desempeño. *Auditorías de Calidad *Instrumentos de recolección de datos, encuestas, seguimiento para control de usuarios post consulta. (habilitar canales de comunicación) |

5.9 Propuesta de proceso de selección de auditores de calidad internos

Es importante adaptar este proceso a las necesidades específicas del ISBM y a los estándares de calidad que deban seguir en los ámbitos desarrollados en la misma, una selección correcta y la capacitación continua de auditores internos son esenciales para mantener y mejorar la calidad en ISBM.

OBJETIVO: Definir las directrices para seleccionar y evaluar personas interesadas en hacer parte del Equipo Auditor, cuyo objetivo es realizar las auditorías internas al Sistema de Gestión de la Calidad.

ALCANCE: Aplica para las distintas convocatorias a que haya lugar para la selección y evaluación de Auditores de Calidad.

MARCO LEGAL: ISO 9001:2015.

DEFINICIONES:

Auditor: persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.

Auditoria: proceso sistemático, Independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el alcance al que se cumplen los criterios de auditoría.

Equipo Auditor: Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoria. Con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.

Convocatoria: Se define como un conjunto de procedimientos utilizados con el fin de atraer a un número suficiente de candidatos idóneos para un puesto específico en una determinada organización o desempeño de determinadas actividades al interior de una organización.

Competencia: Atributos personales y aptitudes demostradas para aplicar conocimientos y habilidades.

Definición de requisitos:

Se debe determinar los requisitos necesarios para ser auditor de calidad interno del ISBM. Esto puede incluir educación, certificaciones, experiencia previa, habilidades de comunicación, conocimiento del sistema de gestión de calidad, entre otros, las competencias necesarias para desempeñar el cargo de auditor de calidad se definen a continuación:

- a) Debe poseer ética, lo que implica ser Imparcial, sincero, honesto y discreto;
- b) De mentalidad abierta, que esté dispuesto a considerar ideas o puntos de vista alternativos;
- c) Con suficientes habilidades interpersonales que le faciliten las relaciones con las personas en todos los niveles de la organización;
- d) Observador de tal forma que mantenga contacto activo y consciente del entorno físico y la actividad;
- e) Perceptivo, es decir, instintivamente consciente y capaz de entender la situación;
- f) Versátil, es decir, se adapta fácilmente a diferentes situaciones;
- g) Tenaz, es decir, persistente, orientado hacia el logro de los objetivos;
- h) Orientado al alcance de conclusiones oportunas basadas en el análisis y razonamiento lógicos.
- i) Independiente: Actúa y funciona de forma independiente a la vez que se relaciona eficazmente con otros.

Es de suma importancia el garantizar la selección de personal adecuado para realizar las auditorías de calidad y así garantizar que se lleven a cabo auditorías internas efectivas.

También se deben tener mecanismos de selección predeterminados que aseguren que la selección es la mejor para la empresa; por lo cual sugerimos tomar en cuenta los siguientes pasos en el proceso.

1. Identificación de posibles candidatos internos:

Si en la entidad nos regimos bajo la mejora continua, esa premisa debe acatarse no solo en la obtención de mejora continua para la entidad; si no también en la mejora continua del empleado, por lo que debe evaluarse si se tiene personal capacitado o que cumpla ciertos aspectos del perfil requerido y que tenga la disposición de aprender los requisitos de los que aún carece.

2. Anuncio de la posición:

Elabore una breve descripción de trabajo detallada y anuncie la posición internamente o externamente.

3. Evaluación de candidatos:

Verifique las solicitudes y currículos de los candidatos en función de los requisitos que deben estar previamente definidos.

4. Realizar entrevistas:

Realice entrevistas para evaluar las competencias de los candidatos. Puede incluir preguntas sobre sus conocimientos, experiencia y habilidades relacionadas con la auditoría y de forma especial con la auditoría de calidad.

5. Pruebas de habilidades:

Se pueden incluir pruebas prácticas o ejercicios supuestos de auditoría para evaluar las habilidades de los candidatos.

6. Valoración de referencias:

Verifique las referencias laborales de los candidatos para obtener una comprensión más clara de su historial laboral y desempeño.

7. Selección y capacitación:

Seleccione a los auditores internos calificados y provéalos de capacitación en el sistema de gestión de calidad de la organización y familiarícelo en las políticas y procedimientos de auditoría interna.

8. Nombramiento:

Designe formalmente a los auditores internos y defina sus roles y responsabilidades, incluyendo las áreas y procesos que auditarán.

9. Monitoreo y mejora continua:

Establezca un sistema para monitorear el desempeño de los auditores internos y garantice que reciban capacitación continua para mantenerse actualizados.

10. Auditorías de calidad:

Los auditores pueden comenzar a llevar a cabo auditorías internas de acuerdo con el plan establecido previamente.

11. Mejora Continua:

Proporcione retroalimentación constante a los auditores y mejore el proceso de selección según de acuerdo a las necesidades de la empresa, Si es necesario.

5.10 Propuesta de diseño de auditorías de calidad

Diseñar auditorías internas de calidad en el área de procesos es de vital importancia para asegurar la eficiencia y mejora continua de una organización.

Para ello se deben tomar en cuenta los siguientes elementos:

1. Definir los objetivos que se pretenden alcanzar.

Es necesario establecer claramente los objetivos de las auditorías internas, así también es importante identificar áreas de mejora y el cumplimiento de estándares de calidad y elaborar un presupuesto real y acorde a las necesidades del área de auditoría para realizarlas de forma eficiente.

2. Define el alcance, especificando qué procesos serán auditados.

Para obtener mejores resultados en los tiempos de auditorías especificados se debe establecer un alcance apropiado en las auditorías.

3. Selección del Equipo Auditor.

Seleccionar un equipo de auditores con experiencia en el área de procesos y formación en auditoría interna de calidad o formar auditores dentro de la unidad lo cual permitirá que haya un mejor conocimiento de procesos.

4. Planificación de Auditorías.

En este elemento se debe elaborar un plan anual de auditorías en el que se detallen las fechas, procesos a auditar, recursos necesarios, personal asignado de acuerdo a su pericia, así como se debe elaborar un listado de verificación o cuestionario de auditoría orientado a los objetivos.

5. Preparación Previa a la ejecución de auditoría

Para obtener mejores resultados es importante tener un profundo conocimiento de documentación relevante, los cuales pueden ser procedimientos y registros de procesos, así como leyes y normativas aplicables al área a auditar.

Se debe comunicar a los responsables de los procesos a auditar sobre la fecha y alcance de la auditoría.

6. Ejecución de Auditorías

En la ejecución de la auditoría en el día uno es importante mantener una reunión con los responsables del área dando aviso que se iniciará con la auditoría y realizar algunas interrogantes que hayan surgido al auditor sobre los procesos. Los auditores deben llevar a cabo las auditorías según el plan establecido.

Durante la ejecución se debe realizar entrevistas, observaciones y revisión de documentos para recopilar evidencia.

Realizar un análisis de resultados, en el cual se evalúa la evidencia recopilada y compara con los estándares y requisitos de calidad establecidos e identifica no conformidades y áreas de mejora.

El último día de la realización de la auditoría es importante tener una reunión con los responsables del área para comunicar los hallazgos de la auditoría.

7. Informe de Auditoría

En este elemento se prepara un informe detallado que incluya hallazgos, no conformidades, áreas de mejora y recomendaciones.

Se comunican los resultados a los responsables de los procesos auditados, mediante el informe de auditoría.

8. Seguimiento y Acciones Correctivas.

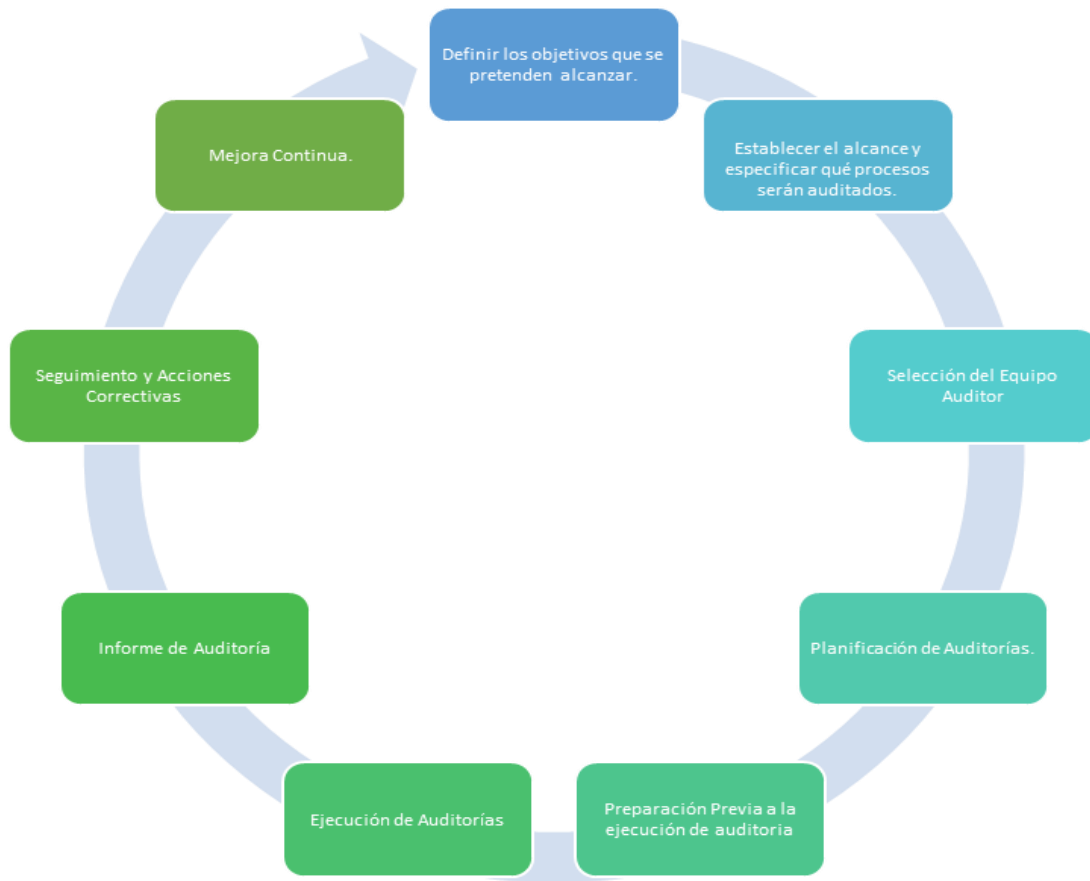
La unidad de auditoria debe realizar un seguimiento para verificar la implementación de acciones correctivas, esta puede ser mediante la programación de una segunda visita de auditoría, con el fin de asegurar que se tomen medidas para abordar las no conformidades.

9. Mejora Continua.

El gerente de auditoria o el auditor delegado debe utiliza los resultados de las auditorías para impulsar la mejora continua en los procesos y utilizarlos para actualizar el plan de auditorías en función de las necesidades cambiantes.

Asegurarse que las documentaciones de auditoria sean adecuadas.

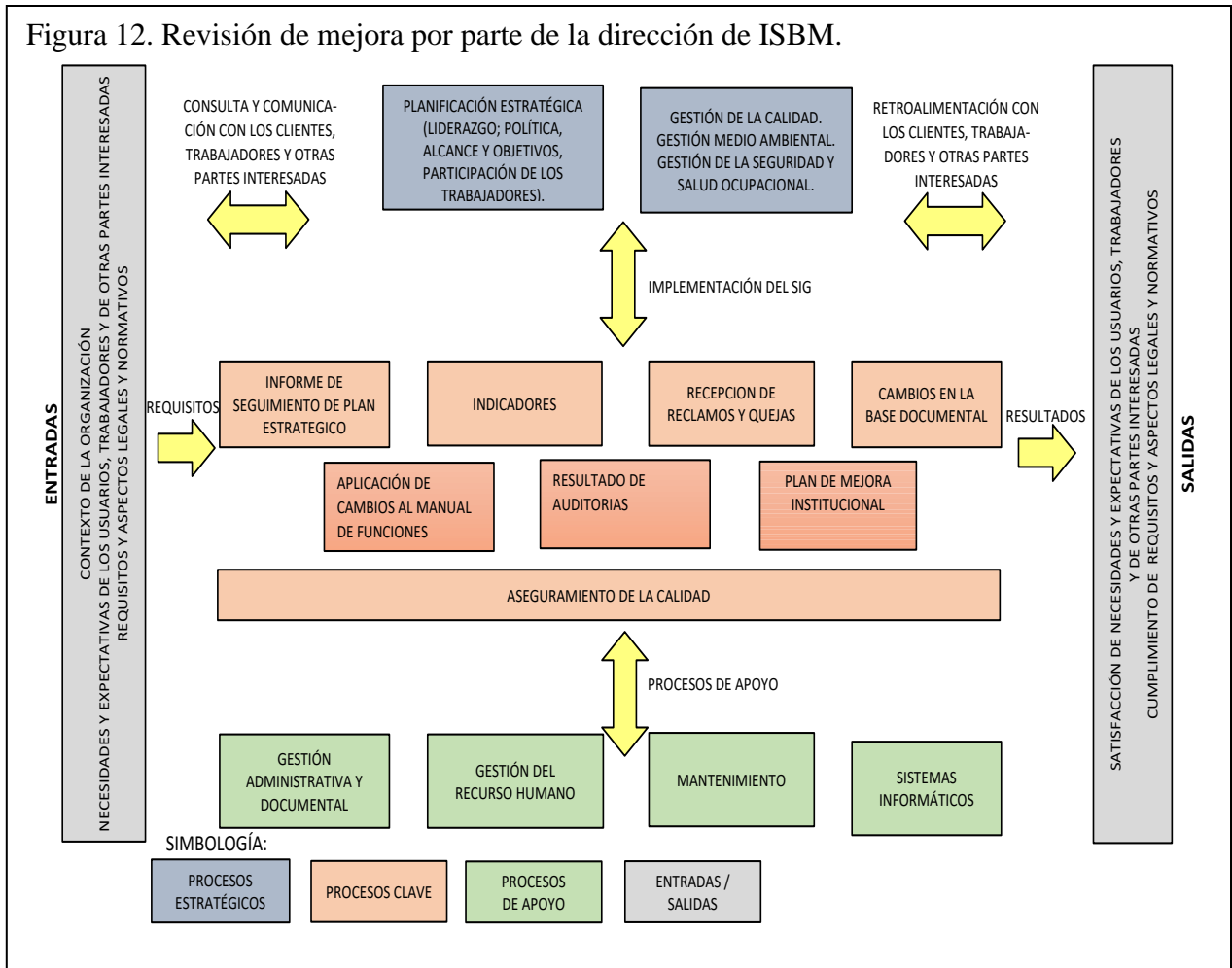
Figura No. 11 Propuesta de diseño de auditoría



Fuente: elaboración propia.

5.11 Revisión de mejora por parte de la Dirección de ISBM.

Figura 12. Revisión de mejora por parte de la dirección de ISBM.



Fuente: elaboración propia.

En la figura 12 se propone dentro de los procesos la Revisión anual por parte de la Dirección de ISBM de la ISO 9001 de tal manera que se pueda obtener como producto final un Plan de Mejora Institucional lo cual queda esquematizado en la figura 12 con los diferentes insumos, insumos previos dado como resultado de salida la satisfacción y necesidades de los usuarios. De tal manera que esto ayuda a hacer realidad la filosofía del pensamiento estratégico que exista un cambio en la forma de brindar salud en ISBM.

5.12 Hallazgos y limitaciones

Durante el trabajo que se realizó se pudo observar y evidenciar que se cuenta con poca documentación para realizar las actividades diarias, solo hay manual de procedimientos de la gestión administrativa del ISBM (2018). Por lo cual la implementación de la cultura de calidad contribuirá a mejorar los procedimientos ejecutados en el Policlínico de Santa Ana, ya que esto implicaría establecer, políticas, normativas, directrices orientadas a la mejora de los servicios de salud. Como lo que se describe a continuación:

- 1- Reglamento Interno de Trabajo;
- 2- Norma Técnica Administrativa de Funcionamiento de los Policlínicos y Consultorios Magisteriales para la Atención de los Usuarios del Programa Especial de Salud del ISBM;
- 3- Manual de Procedimientos y Protocolos de Enfermería para Prestación de Servicios a Usuarios en Policlínicos y Consultorios del ISBM;
- 4- Lineamientos de Servicios de Laboratorio Clínico ISBM;
- 5- Norma Técnica Administrativa para la Recepción, Distribución y Entrega de Medicamentos a través de Botiquines Magisteriales, a los Usuarios del Programa Especial de Salud administrados por el ISBM;
- 6- Norma Técnica Administrativa para el funcionamiento de los Centros de Atención Odontológica Magisterial destinados a la atención de usuarios y usuarias del Programa Especial de Salud del ISBM; y
- 7- Otras guías y lineamientos técnicos aprobados por la Sub Dirección de Salud.

Solo el numeral 2,4,5,6 se pudo encontrar en el Portal de Transparencia del ISBM, las cuales se pudieron constatar son del 2016, el reglamento interno de trabajo y el manual de procedimientos y protocolos de enfermería no se encontró, pues lastimosamente no se pudo

pedir este tipo de información en forma presencial por falta de permiso por parte de autoridades superiores a la dirección del Policlínico.

Por lo cual es importante contar con el compromiso de las autoridades de la alta gerencia para priorizar las mejoras orientadas a la implementación de una cultura de calidad.

Al igual que las encuestas no fueron presenciales en el Policlínico de Santa Ana, sino que fueron de manera virtual para cotizantes, personal médico, personal de enfermería, personal administrativo y directora médico.

Cabe mencionar que la directora medico nos brindó toda la información posible que fue con la cual se trabajó.

CONCLUSIONES

Con el presente trabajo de tesis se puede concluir la importancia de realizar una investigación sobre los servicios que se prestan en los diferentes centros asistenciales llámese ISBM, ISSS, SANIDAD MILITAR, MINSAL, FOSALUD etc. para evaluar si estos están desarrollando sus actividades de una forma apropiada que minimice los tiempos en los procesos, generando mayor satisfacción a los usuarios, reduciendo costos y maximizando recursos.

Se identificó que si bien es cierto que se conoce a manera general lo que es la cultura de calidad, no se tienen bien definidos los procesos y la forma de ejecutarlos; situación que se ve respaldada con la información obtenida mediante las encuestas.

En el análisis de la información obtenida el Policlínico de Santa Ana debe mejorar en su atención en forma general con todo su personal y el único camino que le queda es implementar una cultura de calidad con la cual posteriormente puede aspirar a una certificación de una norma ISO ya sea la ISO 9001:2015 o con las otras dos normas: la de gestión medio ambiental (14001), y la de seguridad y salud en el trabajo (45001).

Es importante que el Policlínico tenga una guía técnica actualizada para realizar sus funciones diarias pues hasta donde se pudo indagar la más vigente es del 2016 y con el paso del tiempo van surgiendo cambios tanto en la forma de abordar enfermedades como quedó evidenciado con la aparición del covid-19 en el 2020, así como también los cambios que se dan en los diferentes grupos etarios dentro de los cuales dos extremos de la vida se vuelven más vulnerables y al Instituto se le ha incrementado la consulta de la tercera edad pues estas personas prefieren quedarse con Bienestar Magisterial que con el ISSS.

De acuerdo a la información obtenida en los diferentes cuestionarios, la muestra seleccionada solicita una mejora en la atención médica, atención de enfermería y fisioterapia; así como una mejora en las citas con los subespecialistas pues las consideran tardadas, es muy

importante agilizar que los pacientes obtengan sus citas con tiempos prudenciales y evitando de esta manera complicaciones en su enfermedad.

El diseño de la estrategia con la finalidad de conseguir una mejor calidad en el ISBM no solo mejoraría atención que se brinda a los cotizantes y beneficiarios de ISBM, sino también a los empleados y demás partes relacionadas, mediante la mejora continua que citaba Deming en su ciclo se obtiene la calidad en los procesos que se quieran realizar.

RECOMENDACIONES.

El ISBM debe aprovechar que tiene una dirección local abierta al cambio, que le da acogida a la implementación de una cultura de calidad pues con ella se puede mejorar las expectativas y exigencias de los usuarios(as) del Policlínico de Santa Ana, por lo tanto, es vital el respaldo y apoyo de la alta dirección.

Capacitar continua a todo el personal del Policlínico para mejorar sus competencias en salud, salud mental, clima laboral, trámites administrativos etc. y si es posible certificar a esas personas.

Elaborar y actualizar la documentación necesaria llámese (normas técnicas, manual de procedimientos, guías etc) ya sea en físico o en forma virtual en una computadora o subido en Dropbox u otra herramienta, para evaluar posteriormente el cumplimiento de estos en una auditoria ya sea interna o externa.

Diseñar un manual de procesos, manual de funciones, un plan operativo anual, ya que por medio de él se puede medir los logros y evaluar cumplimiento de metas.

Se recomienda utilizar un cuadro de mando integral pues por medio de él se analiza el avance del Policlínico de Santa Ana el cual se puede aplicar a consultorios, policlínicos e incluso hospitales.

El recurrir a indicadores como los que se plantearon en el documento son importantes contar con ellos porque con estos se puede medir la calidad de servicios que se está dando a los usuarios(as) de ISBM.

REFERENCIAS

Alvarado A., González C., Muñoz C. (2007). Diseño de un programa de administración de calidad para mejorar la atención a los clientes de la empresa industrias del hogar, s.a. de c.v. ubicada en el municipio de Antigua Cuscatlán, departamento de la libertad.

Aparicio R., López A., Rivas C. (2012). Modelo de prestación de servicios de salud a nivel nacional para los usuarios del Instituto Salvadoreño de Bienestar magisterial. Recuperado de https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/1880/1/Modelo_de_prestaci%C3%B3n_de_servicios_de_salud_a_nivel_Nacional_para_los_usuarios_del_Instituto_Salvare%C3%B1o_de_Bienestar_Magistrial.pdf

ARR(s.f).Investigación Acción. Recuperado de https://recursos.ucol.mx/tesis/investigacion_accion.php

Cantú Delgado, Humberto (2001), *Desarrollo de una cultura de calidad* (2ª Edición), México.

Del Cid M. (13 de enero de 2022). ISBM inauguró el primer Centro de Hemodiálisis en Santa Ana. Diario El Informante. Recuperado de <https://elinformante.com.sv/isbm-inauguro-el-primer-centro-de-hemodialisis-en-santa-ana/>

Díaz L. (2010). *La Observación*. Recuperado de https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf.

Gutiérrez Agudelo, S. A. (2017). *Direccionamiento estratégico en Instituciones de salud de primer nivel de atención en Bogotá a través del Balanced Scorecard* (Doctoral dissertation). Recuperado de <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/59745>.

<https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/8889/1/T-658%20A472a.pdf>

Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (2007). Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. Artículo 8. Recuperado

https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/10227_0.pdf

Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (2021). Ley de Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. Decreto No.485, Diario Oficial No.236, Tomo No.377.(p.2) Recuperado de <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/isbm/documents/ley-principal-que-rige-a-la-institucion>

Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM). (2020). Plan Operativo Institucional 2020. (p.6). Recuperado https://www.isbm.gob.sv/wp-content/uploads/2021/08/Plan_Operativo_2020.pdf

Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM).(2018).Servicios de las clínicas odontológicas. Recuperado de <https://www.isbm.gob.sv/servicios-de-las-clinicas-odontologicas-%EF%BF%BC/>

José Luis Arias Gonzáles, (octubre 2021). Guía para elaborar la operacionalización de variables, , ESPACIO I+D, INNOVACIÓN MÁS DESARROLLO • Vol. x, N° 28,ISSN: 2007-6703

OMS. The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Ginebra: OMS; 2000. (ver [http:// www.who.int/whr/2000/en/](http://www.who.int/whr/2000/en/)).

OPS.(2022).Modelo de Atención en Salud. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/modelos-atencion-salud>

ORI (Oficina de Integridad en la Investigación). (s.f.). Recuperado de <https://ori.hhs.gov/m%C3%B3dulo-4-m%C3%A9todos-de-recaudaci%C3%B3n-de-informaci%C3%B3n>

R. Aparicio, A. López, C. Rivas (2012). Modelo de prestación de servicios de salud a nivel nacional para los usuarios del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.2 de agosto de 2023, Recuperado de: https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/1880/1/Modelo_de_prestaci%C3%B3n_de_servicios_de_salud_a_nivel_Nacional_para_los_usuarios_del_Instituto_Salvare%C3%B1o_de_Bienestar_Magisterial.pdf

Rivera J. (23 de enero de 2015). Docentes recibirán atención médica de calidad. Diario Co Latino. Recuperado de <https://www.diariocolatino.com/docentes-recibiran-atencion-medica-de-calidad/>

ANEXOS

Cuestionario a personal médico y de enfermería.



CUESTIONARIO SOBRE CULTURA DE CALIDAD EN POLICLINICO DE SANTA ANA.

NOMBRE DE LA INSTITUCION: INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL.

PROFESION U OFICIO:

Objetivo: Obtener la mayor información posible sobre el grado de conocimiento que tienen el personal médico y paramédico de ISBM del Policlínico de Santa Ana a cerca de la cultura de calidad en el cumplimiento de los procedimientos para llevar a cabo sus actividades.

Indicaciones: A continuación, se presenta el siguiente cuestionario en el cual se debe de contestar de acuerdo a su criterio y conocimientos sobre el tema, con el propósito de mejorar los procesos.

1. ¿Tiene algún conocimiento sobre la cultura de calidad, relacionada con la prestación de servicios de salud?

Si No

2. ¿Cree que la cultura de calidad influye en la prestación de atención médica y en la seguridad de los pacientes en el Policlínico de Santa Ana?

Si No

3. ¿Toma medidas para garantizar que sus procedimientos diarios se adhieran a los estándares de calidad y seguridad establecidos?

Si No

4. ¿Considera que la comunicación juega un rol importante con los pacientes y sus familias en la promoción de la calidad de la atención médica?

Si No

5. ¿En situaciones de error médico o incidentes adversos conoce como manejarlas?

Si No

6. ¿Toma medidas para prevenir su recurrencia?

Si No

Cuestionario a usuarios



CUESTIONARIO SOBRE CULTURA DE CALIDAD EN POLICLINICO DE SANTA ANA.

NOMBRE DE LA INSTITUCION: INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL.

PROFESION U OFICIO:

Objetivo: Obtener la mayor información posible sobre el grado de satisfacción que tienen los usuarios(as) de ISBM del Policlínico de Santa Ana a cerca de los servicios prestados.

Indicaciones: A continuación, se presenta el siguiente cuestionario en el cual se debe de encerrar en un círculo 1 opción, la que a usted más le parezca adecuada de las opciones planteadas. No existen respuestas buenas ni malas, lo que se pretende es que se exprese su opinión de acuerdo a su criterio y así mejorar los procesos.

1. ¿Como considera que es el tiempo de espera cuando usted consulta en el Policlínico?

Rápido Moderado Lento Muy lento

2. ¿Según su experiencia ¿Como considera que es el tiempo para las citas con los sub-especialistas?:

Rápidas Moderadas Tardadas Muy tardadas

3. ¿Como considera que es el tiempo para que su expediente clínico en físico sea encontrado?

Rápido Moderado Lento Muy lento

4. ¿Como considera que es el trato que usted recibe de parte del personal llámese: vigilancia, personal de limpieza, enfermería, doctores(as), fisioterapia, odontólogos(as), ¿laboratoristas cuando usted solicita algún servicio?

Excelente Muy bueno Bueno Necesita mejorar

5. ¿Considera que el personal administrativo le proporciona solución inmediata, cuando usted hace trámites tales como: Desembolso de medicamentos, ¿lentes u otro tipo de trámite?

Siempre Casi siempre De vez en cuando Nunca

6. ¿Encuentra en el botiquín, los medicamentos que son recetados en su consulta médica?

Siempre Casi siempre De vez en cuando Nunca

7. ¿Como califica la limpieza en el edificio del Policlínico de Santa Ana?

Excelente Muy bueno Bueno Necesita mejorar

8. ¿Considera que usted recibe suficiente información sobre enfermedades prevenibles o enfermedades crónicas en el Policlínico de Santa Ana?

Siempre Casi siempre De vez en cuando Nunca

9. ¿Cómo califica usted el servicio que le brinda el Policlínico de Santa Ana?

Muy eficiente Eficiente Deficiente Muy deficiente

10. ¿Qué le gustaría que mejorara el Policlínico de Santa Ana?

La atención medica La atención en enfermería La atención del botiquín
La atención del laboratorio La atención en fisioterapia La atención en Odontología

¡Muchas gracias!

Cuestionario a personal administrativo



CUESTIONARIO SOBRE CULTURA DE CALIDAD EN POLICLINICO DE SANTA ANA.

NOMBRE DE LA INSTITUCION: INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL.

PROFESION U OFICIO:

Objetivo: Obtener la mayor información posible sobre el grado de conocimiento que tienen el personal administrativo de ISBM del Policlínico de Santa Ana a cerca de la cultura de calidad en el cumplimiento de los procedimientos para llevar a cabo sus actividades.

Indicaciones: A continuación, se presenta el siguiente cuestionario en el cual se debe de contestar de acuerdo a su criterio y conocimientos sobre el tema, con el propósito de mejorar los procesos.

1. ¿Tiene algún conocimiento sobre la cultura de calidad, relacionada con la prestación de servicios de salud?

Si No

2. ¿Considera importante promover la cultura de calidad en su trabajo diario como parte del personal administrativo?

Si No

3. ¿Toma acciones específicas para promover la cultura de calidad en su equipo o departamento?

Si No

4. ¿Ha aplicado alguna vez los principios de calidad en la resolución de problemas o la toma de decisiones en su trabajo?

Si No

5. ¿Fomenta la comunicación efectiva y la colaboración entre los miembros de su equipo para mejorar la calidad de las actividades diarias?

Si No

Cuestionario a jefa medica



CUESTIONARIO SOBRE CULTURA DE CALIDAD EN POLICLINICO DE SANTA ANA.

NOMBRE DE LA INSTITUCION: INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL.

PROFESION U OFICIO: Jefe médico Policlínico y consultorio de Santa Ana

Objetivo: Obtener la mayor información posible sobre el grado de satisfacción que tienen los usuarios(as) de ISBM del Policlínico de Santa Ana a cerca de los servicios prestados.

Indicaciones: A continuación, se presenta el siguiente cuestionario en el cual se debe de encerrar en un círculo 1 opción, la que a usted más le parezca adecuada de las opciones planteadas. No existen respuestas buenas ni malas, lo que se pretende es que se exprese su opinión de acuerdo a su criterio y así mejorar los procesos.

- 1. ¿Tiene algún conocimiento sobre la cultura de calidad, relacionada con la prestación de servicios de salud?**
- 2. ¿Cómo cree que la cultura de calidad influye en la prestación de atención médica y en la seguridad de los pacientes en el Policlínico de Santa Ana?**

- 3. ¿Cómo fomenta la comunicación efectiva y la colaboración entre los miembros de su equipo para mejorar la calidad de las actividades diarias?**

- 4. ¿Cómo integra la retroalimentación y las sugerencias de mejora de los usuarios(as) o personal a su cargo dentro de la institución?**

- 5. ¿Qué acciones específicas ha tomado para promover la cultura de calidad en su equipo o departamento?**

¡Muchas gracias!

Estadístico Cotizantes y parentesco genero

| Fecha: 12 de Mayo 2023 | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|
| Mayo / 2023 | COTIZANTE | | | COMPAÑERO(A) DE VIDA | | | ESPOSO(A) | | | HIJO(A) | | | TOTAL GENERAL | | |
| DEPARTAMENTO | M | F | TOTAL | M | F | TOTAL | M | F | TOTAL | M | F | TOTAL | M | F | Total |
| AHUACHAPAN | 876 | 1345 | 2221 | 50 | 94 | 144 | 252 | 316 | 568 | 795 | 801 | 1596 | 1973 | 2556 | 4529 |
| SANTA ANA | 1469 | 2712 | 4181 | 93 | 113 | 206 | 507 | 495 | 1002 | 1400 | 1263 | 2663 | 3469 | 4583 | 8052 |
| SONSONATE | 911 | 1911 | 2822 | 49 | 78 | 127 | 342 | 298 | 640 | 941 | 965 | 1906 | 2243 | 3252 | 5495 |
| CHALATENANGO | 802 | 1509 | 2311 | 87 | 80 | 167 | 370 | 280 | 650 | 836 | 845 | 1681 | 2095 | 2714 | 4809 |
| LA LIBERTAD | 1222 | 2889 | 4111 | 119 | 98 | 217 | 528 | 368 | 896 | 1223 | 1219 | 2442 | 3092 | 4574 | 7666 |
| SAN SALVADOR | 2769 | 7414 | 10183 | 185 | 208 | 393 | 1270 | 711 | 1981 | 2857 | 2921 | 5778 | 7081 | 11254 | 18335 |
| CUSCATLAN | 457 | 1054 | 1511 | 47 | 45 | 92 | 226 | 137 | 363 | 559 | 530 | 1089 | 1289 | 1766 | 3055 |
| LA PAZ | 884 | 1797 | 2681 | 85 | 80 | 165 | 409 | 285 | 694 | 901 | 943 | 1844 | 2279 | 3105 | 5384 |
| CABAÑAS | 431 | 1104 | 1535 | 68 | 39 | 107 | 235 | 124 | 359 | 578 | 570 | 1148 | 1312 | 1837 | 3149 |
| SAN VICENTE | 617 | 1479 | 2096 | 71 | 74 | 145 | 281 | 151 | 432 | 741 | 750 | 1491 | 1710 | 2454 | 4164 |
| USULUTAN | 1227 | 2345 | 3572 | 101 | 104 | 205 | 526 | 385 | 911 | 1213 | 1299 | 2512 | 3067 | 4133 | 7200 |
| SAN MIGUEL | 1763 | 3756 | 5519 | 148 | 156 | 304 | 849 | 530 | 1379 | 1903 | 1894 | 3797 | 4663 | 6336 | 10999 |
| MORAZAN | 710 | 1273 | 1983 | 57 | 68 | 125 | 328 | 200 | 528 | 820 | 752 | 1572 | 1915 | 2293 | 4208 |
| LA UNION | 435 | 1187 | 1622 | 43 | 36 | 79 | 380 | 138 | 518 | 617 | 682 | 1299 | 1475 | 2043 | 3518 |
| | 14573 | 31775 | 46348 | 1203 | 1273 | 2476 | 6503 | 4418 | 10921 | 15384 | 15434 | 30818 | 37663 | 52900 | 90563 |