



EDUCACIÓN

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA



TECNOLÓGICO
NACIONAL DE MÉXICO

TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE GUASAVE

TESIS

**Diseño e implementación de un modelo de gestión de
calidad para la optimización de procesos administrativos
en un hospital de Guasave, Sinaloa**

presentada por

Osiris Aylenh López Molina

como requisito para la obtención del grado de

Ingeniería en Gestión Empresarial

Director(a) de tesis

Dr. Juan Héctor Alzate Espinoza

Guasave, Sinaloa. Febrero 2025



DEDICATORIA

A mis maestros, por estar dispuestos a compartir sus conocimientos, por tener el don de la empatía y, sobre todo, la paciencia, dentro y fuera del aula.

A Alzate, por ser mi asesor, amigo y confidente, por apoyarme, y por siempre creer en mí.

A los amigos que hice durante mi recorrido por esta institución.

Principalmente a Marialy, por ser mi compañera desde el primer día, por jamás soltar mi mano, por enseñarme el significado de la amistad, y porque todos los días decide seguir siendo mi persona.

A Marco, por enseñarme que encuentras las mejores amistades en quien menos te lo esperas.

A mi fiel compañero, Maximiliano, por estar presente en las noches de desvelo, y por ser capaz en su inocencia, de brindarme paz en los momentos más estresantes.

A mi familia, por su cariño y apoyo.

A mi hermano, por ser mi inspiración y mi ejemplo a seguir.

Especialmente, dedico esto a mi mamá, por guiarme, educarme, ser un ejemplo de resiliencia, y ser mi mayor fuente de amor y sostén en mis mejores momentos, pero sobre todo en los peores.

A ustedes, a Dios, y a la vida, gracias.

RESUMEN (ASBTRACT)

RESUMEN

Esta tesis presenta el diseño e implementación de un modelo de gestión de calidad enfocado en los procesos administrativos de AR Hospitales Guasave SC, con el objetivo de optimizar la gestión de los recursos humanos y financieros mediante la estandarización y mejora continua. A través de un enfoque mixto, se integraron herramientas de calidad para diagnosticar, documentar, capacitar, implementar y evaluar los procesos clave, garantizando un impacto tangible en la organización.

El diagnóstico inicial permitió identificar ineficiencias y áreas de mejora mediante el análisis GAP y el Diagrama de Ishikawa, destacando problemas como la falta de documentación de procesos, limitada capacitación del personal y carencia de indicadores clave de desempeño. Estos hallazgos sirvieron como base para diseñar un modelo adaptado a las características del hospital, alineando los objetivos estratégicos con las operaciones administrativas mediante la metodología Hoshin Kanri.

Se desarrolló un sistema de control documental que alcanzó un nivel de estandarización del 80% en los procesos prioritarios, acompañado de un programa de capacitación dirigido al personal administrativo, quienes fortalecieron sus competencias para operar el modelo. La implementación inicial en áreas piloto permitió ajustes efectivos antes de su integración completa. Finalmente, la evaluación del impacto mostró un cumplimiento positivo de indicadores clave, como la realización de auditorías internas y la mejora en la satisfacción del personal administrativo.

Los resultados validan que el modelo de gestión diseñado no solo optimizó los procesos administrativos, sino que también fomentó una cultura organizacional

orientada a la mejora continua, estableciendo una base sólida para futuros desarrollos en otras áreas del hospital.

Palabras clave: calidad, gestión, mejora, capacitación, análisis, objetivos.

ABSTRACT

This thesis presents the design and implementation of a quality management model focused on the administrative processes of AR Hospitales Guasave SC, with the aim of optimizing the management of human and financial resources through standardization and continuous improvement. Through a mixed approach, quality tools were integrated to diagnose, document, train, implement and evaluate key processes, ensuring a tangible impact on the organization.

The initial diagnosis allowed identifying inefficiencies and areas for improvement through GAP analysis and the Ishikawa Diagram, highlighting problems such as lack of process documentation, limited staff training and lack of key performance indicators. These findings served as a basis for designing a model adapted to the characteristics of the hospital, aligning strategic objectives with administrative operations through the Hoshin Kanri methodology.

A document control system was developed that reached a standardization level of 80% in priority processes, accompanied by a training program aimed at administrative staff, who strengthened their skills to operate the model. Initial implementation in pilot areas allowed for effective adjustments before full integration. Finally, the impact assessment showed positive compliance with key indicators, such as the performance of internal audits and improved administrative staff satisfaction.

The results validate that the designed management model not only optimized administrative processes, but also fostered an organizational culture oriented toward continuous improvement, establishing a solid foundation for future developments in other areas of the hospital.

Keywords: quality, management, improvement, training, analysis, objectives.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS O DEDICATORIA	3
RESUMEN (ABSTRACT)	4
ÍNDICE	7
ÍNDICE DE CUADROS, TABLAS O FIGURAS	9
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2. JUSTIFICACIÓN	14
1.3. HIPÓTESIS	16
1.4. OBJETIVOS.....	17
1.4.1. GENERAL	17
1.4.2. ESPECÍFICOS.....	17
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	18
2.1. CONCEPTO DE GESTIÓN DE CALIDAD	18
2.2. MODELOS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL SECTOR SALUD.....	20
2.3. IMPORTANCIA DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN EL SECTOR HOSPITALARIO.....	22
2.4. ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS	23
2.5. PRINCIPIOS DE MEJORA CONTINUA (KAIZEN) EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO.....	25
2.6. USO DE HERRAMIENTAS DE CALIDAD PARA LA OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS	29

2.7. IMPACTO DE LA GESTIÓN DE CALIDAD EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES.....	35
2.8. NORMATIVAS Y ESTÁNDARES DE CALIDAD EN EL SECTOR SALUD	38
2.9. ESTUDIOS DE CASOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE MODELOS DE CALIDAD EN EL SECTOR SALUD	43
2.10. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD	45
CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS	48
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	51
4.1. DIAGNÓSTICO ISO 9001	51
4.2. DIAGRAMA DE ISHIKAWA	53
4.3. FODA ESTRATÉGICO NIVEL 3	54
4.4. ANÁLISIS GAP Y BENCHMARKING	58
4.5. POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD	60
4.5.1. JUSTIFICACIÓN	60
4.5.2. OBJETIVOS DE CALIDAD	60
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
5.1. CONCLUSIONES	62
5.2. RECOMENDACIONES	63
CAPÍTULO VI. REFERENCIAS.....	65
CAPÍTULO VII. ANEXOS	69

ÍNDICE DE CUADROS, TABLAS O FIGURAS

Figura 1. Gráfica de los resultados del diagnóstico de evaluación del sistema de gestión de calidad.....	51
Figura 2. Resultados del análisis de diagnóstico de evaluación del sistema de gestión de calidad.....	51
Figura 3. Conclusión obtenida representada por el diagrama de ishikawa.	53
Figura 4. Portada y contenido del análisis foda.....	54
Figura 5. Visión, misión y valores de la empresa.	55
Figura 6. Matriz foda.	55
Figura 7. Matriz de evaluación de factores internos.	56
Figura 8. Foda cruzado (estrategias).	56
Figura 9. Plan de acción en base al análisis foda.	57
Figura 10. Gráficos de resultados del análisis gap con benchmarking.....	58
Figura 11. Resultados tabulados obtenidos del análisis gap con benchmarking.....	58
Figura 12. Formato para cronograma de trabajo.....	69
Figura 13. Formato para matriz de planificación de objetivos.	69
Figura 14. Formato para cumplimiento de planes de acción.....	70
Figura 15. Formato para matriz de análisis de oportunidades.	71
Figura 16. Formato para informe de auditoría interna.	71
Figura 18. Formato para acta de revisión de documentos.	72
Figura 17. Formato para solicitud de creación, modificación o eliminación de documentos.....	72

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La calidad en los servicios de salud es un factor clave para garantizar el bienestar de la sociedad. En este sentido, los hospitales enfrentan el desafío constante de optimizar sus procesos internos, no solo en la atención médica, sino también en sus áreas administrativas. La implementación de un modelo de gestión de calidad enfocado en los procesos administrativos puede marcar una diferencia significativa en la eficiencia operativa de estas instituciones. En el caso del Hospital de Guasave, Sinaloa, la necesidad de optimizar sus procesos administrativos resulta fundamental para mejorar la gestión de recursos y asegurar una operación más efectiva.

La decisión de abordar este tema surge de la importancia que tiene la administración eficiente de los recursos dentro de un hospital, donde las áreas administrativas juegan un papel crucial en el funcionamiento global de la institución. Diversos antecedentes muestran que los hospitales que implementan modelos de gestión de calidad logran mejoras sustanciales en la optimización de sus procesos, lo que contribuye a la mejora continua de sus operaciones y, en última instancia, a una mejor atención al paciente.

El objetivo de esta investigación es diseñar e implementar un modelo de gestión de calidad que permita optimizar los procesos administrativos del Hospital de Guasave, Sinaloa. A través de la aplicación de herramientas de calidad, se busca mejorar la eficiencia operativa, reducir tiempos innecesarios y fortalecer la toma de decisiones en el área administrativa.

Este estudio aborda la relevancia de la gestión de calidad en el ámbito hospitalario, con un enfoque específico en la administración de recursos y la mejora continua de los procesos. La investigación analiza el estado actual de los procesos administrativos en el hospital y propone la implementación de un

modelo que permita optimizar dichas actividades, asegurando un impacto positivo tanto en la operación como en el servicio prestado.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, los hospitales desempeñan un rol crucial en la sociedad al proporcionar servicios de salud esenciales. Sin embargo, muchos de ellos enfrentan desafíos importantes en la gestión de sus recursos administrativos, lo que repercute negativamente en su eficiencia operativa. AR Hospitales Guasave SC, no es la excepción. Los procesos administrativos en esta institución presentan ineficiencias que se traducen en tiempos de respuesta prolongados, duplicidad de tareas, falta de control adecuado de recursos y dificultades para cumplir con los estándares de calidad requeridos en un entorno hospitalario moderno.

Estas deficiencias generan un impacto directo tanto en la operación interna del hospital como en la experiencia de los pacientes, quienes esperan recibir un servicio ágil y eficiente. La falta de optimización en los procesos administrativos no solo afecta la gestión de los recursos financieros, sino también la coordinación entre departamentos, lo que resulta en una administración menos efectiva y más costosa. Este problema debe ser abordado de manera urgente, ya que un sistema de administración eficiente es indispensable para garantizar un servicio hospitalario de calidad, además de optimizar el uso de recursos que son cada vez más limitados en el sector salud.

El problema radica en que el hospital no cuenta con un modelo de gestión de calidad que permita estructurar, estandarizar y optimizar los procesos administrativos, lo cual es fundamental para mejorar la eficiencia de la institución. Actualmente, los procedimientos administrativos no están alineados con las mejores prácticas de gestión de calidad, lo que impide identificar y corregir los cuellos de botella que obstaculizan el flujo de trabajo. La implementación de un modelo de gestión de calidad resulta necesaria para

garantizar una mejora continua en los procesos administrativos del hospital, con el fin de reducir costos, eliminar redundancias y mejorar la toma de decisiones. Este problema debe ser solucionado para que el hospital pueda operar de manera más eficiente, permitiendo no solo mejorar la administración de recursos, sino también la calidad del servicio ofrecido a los pacientes. El desarrollo de un modelo de gestión de calidad adaptado a las necesidades del hospital es el primer paso hacia una administración más eficiente y una mejor prestación de servicios de salud.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La administración eficiente de los procesos dentro de un hospital es crucial para garantizar que los servicios de salud se brinden de manera oportuna y con altos estándares de calidad. En este sentido, la implementación de un modelo de gestión de calidad en el área administrativa de AR Hospitales Guasave SC no solo es conveniente, sino también necesaria, para optimizar el uso de los recursos y mejorar la eficiencia operativa de la institución. La falta de un sistema estructurado que permita la estandarización y mejora continua de los procesos ha generado ineficiencias que impactan negativamente en la administración de recursos y, por ende, en la atención a los pacientes.

La relevancia de esta investigación radica en que aborda una problemática concreta y urgente: la necesidad de mejorar la gestión de los procesos administrativos en un hospital que presta un servicio esencial para la comunidad. La optimización de estos procesos no solo permitirá reducir costos operativos, sino que también contribuirá a una mejor asignación de recursos humanos y financieros, facilitando la toma de decisiones informadas y oportunas. Además, la implementación de un modelo de gestión de calidad contribuirá a elevar los estándares de servicio, beneficiando tanto al personal del hospital como a los pacientes que acuden en busca de atención médica.

Desarrollar esta investigación es conveniente porque permite aplicar conocimientos de gestión empresarial y calidad en un entorno crítico como es el sector salud. La investigación proporcionará una metodología clara para mejorar los procesos internos del hospital, sirviendo de ejemplo para otras instituciones que enfrentan retos similares en la administración de sus recursos. Los beneficios de solucionar esta problemática son múltiples: una mayor eficiencia en la operación del hospital, una mejor experiencia para los pacientes y un uso más eficiente de los recursos disponibles. Todo esto contribuirá a que

AR Hospitales Guasave SC cumpla de manera más efectiva con su misión de brindar servicios de salud de calidad a la comunidad de Guasave, Sinaloa.

1.3. HIPÓTESIS

La implementación de un modelo de gestión de calidad en los procesos administrativos de AR Hospitales Guasave SC optimizará la utilización de los recursos humanos y financieros, lo que resultará en una mejora significativa en la eficiencia operativa del hospital. Al estandarizar los procedimientos administrativos y aplicar herramientas de calidad, se reducirá el tiempo empleado en tareas redundantes, se minimizarán los errores y se facilitará una mejor toma de decisiones. Esto, a su vez, permitirá que el hospital ofrezca un servicio más ágil y eficiente, beneficiando tanto al personal como a los pacientes.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. GENERAL

Diseñar e implementar un modelo de gestión de calidad que optimice la gestión de los recursos humanos y financieros en AR Hospitales Guasave SC, promoviendo la estandarización y mejora continua de las actividades administrativas mediante el uso de herramientas de calidad.

1.4.2. ESPECÍFICOS

- Analizar la situación actual de los procesos administrativos en AR Hospitales Guasave SC, identificando inefficiencias y áreas prioritarias de mejora en la gestión de recursos humanos y financieros.
- Diseñar un modelo de gestión de calidad adaptado a las características y necesidades del hospital, utilizando estrategias basadas en el uso de herramientas de calidad para mejorar la estandarización y la eficiencia administrativa.
- Ejecutar un programa de capacitación dirigido al personal administrativo, enfocado en desarrollar las competencias necesarias para implementar y operar el modelo de gestión de calidad utilizando herramientas de calidad.
- Implementar el modelo de gestión de calidad en los procesos administrativos prioritarios, asegurando la coordinación y el aprovechamiento óptimo de los recursos disponibles.
- Evaluar el impacto del modelo de gestión de calidad implementado a través de indicadores clave de desempeño, considerando la eficiencia administrativa, el grado de estandarización alcanzado y la satisfacción del personal.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. CONCEPTO DE GESTIÓN DE CALIDAD

- **DEFINICIÓN Y EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO**

La Sociedad Americana de Calidad define un SGC como un “sistema formal que documenta la estructura, procesos, roles, responsabilidades y procedimientos requeridos para lograr una gestión de calidad efectiva” (American Society for Quality, 2018). Se podría deducir que un sistema de gestión de calidad es un conjunto de acciones, que busca la satisfacción de los clientes y la calidad de los productos o servicios mediante una documentación formal, procesos, roles y responsabilidades. (Murrieta Saavedra, Ochoa Ávila, & Carballo Mendivil, 2020). La calidad ha sido un elemento inherente a todas las actividades realizadas por el hombre desde la concepción misma de la civilización humana. Teniendo como base el proceso de evolución cronológica de la calidad, se observa que el concepto de calidad propiamente dicho, inicia en la etapa de la administración científica, específicamente con la aparición del control de calidad por inspección, que da comienzo formal al concepto de calidad, ya que en este punto empiezan a definirse los criterios para catalogar si un producto es bueno o malo de acuerdo con las especificaciones previamente establecidas. La evolución del proceso de control de calidad, evidenciada por el cambio de un proceso de control realizado por inspección a todas las unidades a un proceso de control realizado con criterios y herramientas estadísticas, determina el punto de partida para la aparición de una definición formal de calidad. A través de la historia hay bastante que mencionar acerca de personajes estudiosos de la calidad, reconocidos mundialmente por sus aportaciones académicas de disciplinas; entre los gurús de la calidad se encuentran William Edwards Deming, quien conceptualiza la calidad como “una serie de cuestionamientos hacia una

mejora continua”, y que fue pionero de la calidad total (TQM, Total Quality Management). Joseph M. Juran, quien dice que la calidad se define como “la aptitud para el uso, satisfaciendo las necesidades del cliente”, y quien aportó la trilogía de procesos de Juran, los cuales se interrelacionan con la planeación, el control y la mejora de la misma calidad. Y Kaoru Ishikawa define el control de la calidad como “desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el útil y siempre satisfactorio para el consumidor”, y aportó, además, sus siete herramientas básicas: gráfica de Pareto, diagrama de causa-efecto, estratificación, hoja de verificación, histograma, diagrama de dispersión, y gráfica de control de Shewart. En conclusión, el enfoque de calidad ha evolucionado tanto cronológicamente como conceptualmente desde 1920 hasta hoy, siendo un concepto complejo, difícil de observar, y de medir, pero, que ha creado cambios sustanciales, organizando desde personas, departamentos, facultades, actividades y procesos, donde identifican, controlan y mejoran los grados de calidad bajo su responsabilidad. (Cubillos Rodriguez & Rozo Rodriguez, 2009)

- **IMPORTANCIA DE LA GESTIÓN DE CALIDAD EN ORGANIZACIONES DE SALUD**

La calidad de los servicios que se brindan en el sector hospitalario es crucial para garantizar el bienestar y la salud de las personas, por lo tanto, la calidad en el sector salud debe ser una prioridad para cualquier gobierno o institución que tenga responsabilidades en esta área. La calidad es esencial para garantizar que los pacientes reciban el tratamiento adecuado, que se eviten errores médicos y que se promueva un ambiente seguro y de confianza. Para lograr una alta calidad en la atención médica, es necesario

implementar políticas y prácticas que fomenten la mejora continua y la innovación en la prestación de servicios de salud, así como la formación y capacitación de los profesionales de la salud en las mejores prácticas y enfoques. Aun cuando existen importantes desafíos en el sector salud, como la accesibilidad, el financiamiento insuficiente y la gestión y supervisión inadecuadas, se busca superar estos desafíos y mejorar la calidad colaborando todas las partes interesadas, desde los gobiernos, las instituciones de salud, los profesionales y los pacientes. En resumen, la mejora continua y la innovación son fundamentales para garantizar la calidad en la atención médica.

2.2. MODELOS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL SECTOR SALUD

- PRINCIPALES MODELOS DE GESTIÓN DE CALIDAD APLICADOS EN HOSPITALES (ISO 9001, EFQM, SIX SIGMA)

Norma ISO 9001: Es un estándar internacional que establece los requisitos mínimos para implementar un Sistema de Gestión de Calidad en una organización. La norma ISO 9001 en el sector salud establece un sistema de gestión de la calidad que mejora la eficiencia y la seguridad en los hospitales. Al implementar esta norma, los centros de salud pueden estandarizar sus procesos, reducir errores, mejorar la satisfacción de los pacientes y cumplir con las regulaciones. También ayuda a gestionar mejor los recursos y adoptar nuevas tecnologías, lo que promueve una atención más consistente. Además, facilita la auditoría y la mejora continua de los procedimientos, fomentando una cultura de calidad en toda la institución.

European Foundation for Quality Management (EFQM): Es un marco de referencia para la gestión de calidad que ayuda a las organizaciones a

mejorar su rendimiento y alcanzar la excelencia. Se utiliza como una herramienta para evaluar y mejorar la calidad de las instituciones sanitarias. Facilita la evaluación de la gestión organizativa y promueve la mejora continua y la innovación. Las organizaciones de salud aplican este modelo para identificar áreas de mejora, desarrollar estrategias y obtener resultados positivos tanto para los pacientes como para el personal. El enfoque abarca liderazgo, estrategia, procesos y resultados, buscando una visión integral de la excelencia en la atención y gestión.

Lean Six Sigma: Es una metodología cuyo objetivo es mejorar los procesos, con el propósito de incrementar la rentabilidad y productividad de estos. En el sector salud se utiliza para mejorar la eficiencia, reducir errores y optimizar la atención al paciente. Esta metodología une los principios de Lean, que busca eliminar desperdicios y hacer más eficientes los procesos, con Six Sigma, que se enfoca en disminuir la variabilidad y los errores a través del análisis de datos. En hospitales y clínicas, ayuda a mejorar el flujo de pacientes, gestionar inventarios y reducir tiempos de espera, generando mejores resultados clínicos y una experiencia más satisfactoria para el paciente.

- **COMPARACIÓN ENTRE MODELOS DE GESTIÓN DE CALIDAD**

Los modelos de gestión de calidad en el sector salud son esenciales para asegurar la seguridad y satisfacción del paciente. Estas herramientas permiten estandarizar procesos, minimizar errores y aumentar la eficiencia operativa. Al adoptar un sistema de gestión de calidad, las instituciones pueden optimizar recursos, cumplir con regulaciones y fomentar una cultura de mejora continua. Esto no solo mejora la atención médica, sino que

también fortalece la confianza de los pacientes en los servicios de salud. En este caso, la ISO 9001 se enfoca en la estandarización y cumplimiento de normas de calidad, EFQM es un modelo de excelencia global que fomenta la innovación y el liderazgo, y Lean Six Sigma se concentra en la eficiencia y la eliminación de errores a través de técnicas analíticas y de mejora continua.

2.3. IMPORTANCIA DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN EL SECTOR HOSPITALARIO

- **ROL DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN LA EFICIENCIA OPERATIVA**

Los procesos administrativos son esenciales para lograr la eficiencia operativa en las organizaciones, ya que aseguran una gestión efectiva de los recursos, mejoran la comunicación interna y facilitan la toma de decisiones. Al estandarizar los procedimientos y establecer flujos de trabajo adecuados, se reducen los errores y se incrementa la productividad. Según Daft (2016), "una administración eficiente permite a las organizaciones adaptarse rápidamente a cambios en el entorno y satisfacer mejor las necesidades de los clientes". (Daft, 2016)

- **IMPACTO DE LA ADMINISTRACIÓN EN LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD**

La administración es esencial para garantizar un servicio de salud de calidad, ya que facilita la coordinación eficiente de recursos, la creación de equipos de trabajo efectivos y la implementación de estándares de atención. Una gestión adecuada permite adaptarse a cambios y mejorar

continuamente los procesos, lo que influye directamente en la satisfacción del paciente. Donabedian (1988) señala que “la calidad de la atención médica no solo depende de los profesionales, sino también de la organización y gestión del sistema de salud”. (Donabedian, 1988)

2.4. ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS

- **DEFINICIÓN Y VENTAJAS DE LA ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS**

Se define a la estandarización de procesos como “una técnica que persigue instrucciones detalladas escritas o gráficas para mostrar la mejor manera de hacer las cosas”. (Ocampo, Jared; Hernández, Juan Carlos; Vizán, Antonio, 2017). Entre sus beneficios destaca lo siguiente (Fuentes Rojas, Ever Ángel; Cordero Useche, Fabio Andrés; Gómez Arévalo, Ingrid Daniela, 2020):

- › Mejora la experiencia del cliente. Si la experiencia positiva de sus clientes es la misma, una y otra vez, entonces puede construir más fácilmente una base de clientes leales y recomendar sus productos o servicios a otros. No hay nada más eficaz que la publicidad de boca en boca.
- › Logre la eficiencia operativa. Las operaciones proporcionarán constantemente los mismos resultados, lo que se traduce en optimización y control de las operaciones. Al optimizar el proceso, podrá comprender su tiempo y costos con mayor precisión.
- › Evitar errores. Reducir los costosos errores al evitar fallas en el proceso que fueron previamente descubiertas y documentas.

- › Reducir la frustración. Al seguir un proceso de trabajo eficaz, sus empleados se sentirán extremadamente frustrados y el trabajo será mejor y más rápido.
- HERRAMIENTAS PARA LA ESTANDARIZACIÓN Y CONTROL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS

Para lograr una correcta estandarización, se deben considerar todos los aspectos de cualquier organización, porque están directamente relacionados con la misión de la organización, tales como: metas, políticas, sistemas, procedimientos, métodos, estándares, presupuestos, planes, manuales, etc. Las metas guían las acciones, los sistemas, procedimientos y métodos indican las actividades que deben llevarse a cabo para lograr las metas; las políticas y regulaciones ayudan a observar el comportamiento para lograr las metas; El presupuesto es la vitalidad de una organización, entendida como un presupuesto económico que se puede poner en marcha. Estandarizar el trabajo en una organización significa invertir en materiales y recursos humanos, pero este es un gasto que puede ayudar a reducir el riesgo de fallas en la calidad, ayudar a mejorar la productividad y la seguridad y reducir el desperdicio de materiales y tiempo. Además, en el campo de los servicios, la estandarización es fundamental para asegurar la simplicidad del producto final, pues la mayoría de los procesos son altamente susceptibles a la influencia de los operadores, y su salida es intangible, por lo que la forma de brindar los servicios será diferente. Luego de revisar y actualizar la forma de realizar mejor la jornada laboral, la estandarización no debe verse como una herramienta fija impuesta al estilo de trabajo, sino como una herramienta de respaldo para orientar el trabajo actual y capturar los avances realizados. (Gamarra Trujillo, 2022)

2.5. PRINCIPIOS DE MEJORA CONTINUA (KAIZEN) EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO

- APLICACIÓN DE LA MEJORA CONTINUA EN LA GESTIÓN DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS

Kaizen es una palabra japonesa que se entiende como “mejoramiento”. Para el profesor Imai (1989), “Kaizen significa mejoramiento continuo que involucra a todos, gerentes y trabajadores por igual”. En términos sencillo, el Kaizen puede ser entendido como una serie de principios personales que te hacen crecer como persona, y que suponen que nuestra forma de vida - sea nuestra vida de trabajo, vida social o vida de familia- merece ser mejorada de manera constante; es decir, regando nuestro árbol interno. Dean y Bowen (1994) lo definen como una serie de prácticas, las cuales se establecen para conducir un cambio en la organización. En ese mismo orden de ideas, Cheser (1994) indica que el Kaizen se diferencia de la mejora continua (en su visión occidental) en los propios principios rectores que lo delimitan. Y aunque el profesor Imai (1989, 1997) no se refiere directamente a un grupo de principios rectores, indica que el Kaizen puede ser delimitado por, al menos, tres tipos o formas: 1) el *Kaizen management*, que es el más importante de todos de acuerdo con su apreciación, ya que es el que se enfoca en la estrategia organizacional (políticas y objetivos) y en el sistema de gestión, e involucra a todos y cada uno de los directivos y empleados de la organización; 2) el *Kaizen grupal*, es aquel centrado en los equipos de mejora o círculos de calidad, orientado a la solución de los problemas que ocurren en el día a día; y 3) el *Kaizen individual*, centrado en el diseño organizacional del tipo *bottom up*, es decir, las propuestas de mejora para la solución de problemas que surgen de los propios empleados que se

encuentran en el área de trabajo; aquellos trabajadores que, según el autor, conocen mejor los procesos de trabajo, y, por ende, pueden proponer soluciones más efectivas a los problemas que surgen en la operación de los mismos. En esta misma línea, y sustentándose en la contribución de Imai (1986), Berger (1997) propone tres principios rectores para el Kaizen: 1) el *Kaizen orientado a los procesos*, referido a la mejora de los procesos con el fin de mejorar los resultados de los mismos; 2) el *Kaizen orientado al mantenimiento y a la mejora de los estándares*, es decir, sostener el rendimiento del trabajo cotidiano implica mantener los estándares de trabajo, los cuales pueden ser mejorados a través de un esfuerzo continuo de la organización; y, finalmente, 3) el *Kaizen orientado a los individuos*, sustentado en la tipología de Imai del *Kaizen grupal e individual*; este principio se centra en la generación de ideas de mejora por parte de los empleados. (Suaréz Barraza & Miguel Dávila, 2014)

- CICLOS PDCA (PLAN-DO-CHECK-ACT) Y SU RELEVANCIA EN LA ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

Se propuso de manera explícita que para operar el Kaizen es necesario una serie de principios rectores que puedan servir de base teórica a la hora de implementar los conceptos teóricos del mismo. En este caso, sustentado en los trabajos anteriores de Imai (1989,1997), Cheser (1994), Berger (1997) y Besant y Caffyn (1997), el *Principio rector 2*, se refiere al *Mantenimiento y mejoramiento de los estándares*. Mismo que explica, que “la mejora continua tiene como requisito fundamental el establecimiento de estándares” mediante la aplicación del ciclo PDCA, utilizando herramientas como:

- › Hojas de planes de negocio y planes de calidad (PDCA a nivel organizacional).
- › Hoja de despliegue de políticas (Hoshin Kanni).
- › Hoja de objetivos en los tres niveles organizacional, de procesos e individual.
- › Hoja de propósito, objetivos e indicadores de los procesos de trabajo (PDCA a nivel de procesos).
- › Formato de ideas de mejora (PDCA a nivel individual), también conocido como mini-píldoras de mejora (Suárez Barraza, 2008).

El ciclo PDCA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar), es una herramienta que se puede aplicar en el sector hospitalario para mejorar la gestión de la calidad y estandarizar los procesos de enfermería. Debe ser visto como un proceso de autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes. Procura convertir en cultura organizacional el mejoramiento de los procesos: hace esfuerzos para trabajar en las personas, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, el trabajo en equipo, el compromiso y la disciplina. Es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. El hecho de no lograr los resultados indica que hay una falla en el proceso. Es responsabilidad de la gerencia identificar y corregir los errores debidos al proceso. En este método gerencial básico se fundamenta el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en la salud, donde:

- Planear (P): Esta fase está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (qué). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.
- Hacer (H): Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en las formas o “cómos” establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución de lo planeado, pero tiene que ver, adicionalmente, con la recolección de los datos.
- Verificar (V): Esta es la fase de verificación de los resultados. Aquí, sobre la base de la evaluación del comportamiento de los indicadores que se han construido o de la aplicación de los métodos de evaluación de la calidad, incluidos aquellos que forman parte de la auditoría para el mejoramiento de la calidad, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos.
- Actuar (A): En esta cuarta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Existen básicamente dos posibilidades; en el caso de que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso. La otra opción es que no se haya cumplido con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.

2.6. USO DE HERRAMIENTAS DE CALIDAD PARA LA OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS

- HERRAMIENTAS CLAVE: DIAGRAMA DE FLUJO, PARETO, ISHIKAWA, Y 5S

- › Diagrama de flujo: Un diagrama de flujo es una representación visual que ilustra el orden de los pasos o actividades dentro de un proceso, utilizando símbolos y flechas para indicar la dirección del flujo. Es una herramienta clave para comprender, analizar y optimizar procesos, permitiendo identificar inefficiencias, redundancias o áreas que requieren mejoras. Los diagramas de flujo son ampliamente utilizados en campos como la ingeniería, la administración, la informática y la gestión de proyectos para representar la ejecución de tareas y decisiones dentro de un sistema. Entre sus principales elementos destacan:
 - Símbolos: Representan acciones, decisiones, entradas o salidas.
 - Flechas: Señalan la secuencia y el flujo del proceso.
 - Puntos de decisión: Muestran bifurcaciones o caminos alternativos en el flujo.

- › Diagrama de Pareto: Toda empresa se enfrenta a menudo a una serie de problemas que resolver. El análisis de Pareto es una de las herramientas que ayuda a determinar las prioridades, es decir, el orden de solución de cada problema (Abrantes, 2008). El diagrama de Pareto y su análisis se utilizan para las prioridades de corrección de defectos. Las causas y defectos son investigados y colocados en tablas, que facilitan la visualización de la participación de cada causa

en el total de defectos (Abrantes, 2008). Finalmente, la información se distribuye en un gráfico (Diagrama de Pareto) que también se puede conocer como la curva ABC. Alves (2012), presenta los pasos para el montaje del Diagrama de Pareto, ellos son: identificación del problema; estratificación del problema, es decir, el descubrimiento de sus causas; recopilación de datos relacionados con la misma; descubrimiento de prioridades, a través del diagrama de Pareto; y atribución de responsabilidad en la resolución de problemas, es decir, definir quién resolverá cada problema y cuándo.

- › Ishikawa: Creado para demostrar cómo se interconectan los diversos factores de un proceso dentro de una industria, este diagrama fue desarrollado por Kaoru Ishikawa, profesor de la Universidad de Tokio, en 1943. Siendo una de las siete herramientas básicas de la calidad, el diagrama consiste en un gráfico, cuya función es organizar el razonamiento de las discusiones de un problema prioritario, proveniente de diferentes procesos, principalmente en la producción industrial. Por tanto, su objetivo es simplificar el reconocimiento de las causas de los problemas, para que sean subsanados, considerando que las causas de los problemas se clasifican en 6 tipos, conocidas como las 6Ms: Método, Máquina, Medida, Otros Factores (Ambiente), Mano de Obra y Material. (García Narcizo, 2022)
- › 5S: Se describen como una metodología de mejora que se originó en Japón. Esta consiste en la clasificación, el orden y limpieza del área, la estandarización de procesos y la disciplina del personal, de modo que sean hábitos en las áreas de trabajo y se logre una cultura de mejora

laboral. Este método se puede desarrollar en cualquier rubro y en todas las áreas de trabajo de una empresa. (Barcia y Hidalgo, 2013)

- *Seiri: Seleccionar.* Consiste en determinar y diferenciar lo que realmente es necesario o imprescindible para nuestro lugar de trabajo. Se retienen los elementos necesarios, para después clasificarlos y eliminar lo innecesario. Se reducen los elementos del puesto de trabajo, de modo que solo queden los imprescindibles para completar los procesos y tareas del área con la máxima eficacia y eficiencia (Aldavert, Vidal, y Lorente, 2017).
- *Seiton: Organizar.* Consiste en colocar lo necesario en un lugar fácilmente accesible, colocar las cosas útiles por orden según criterios de Seguridad/Calidad/Eficacia (Vargas. 2004).
- *Seiso: Limpieza.* Pretende incentivar la actitud de limpieza del sitio de trabajo y la conservación de la clasificación y el orden de los elementos. El proceso de implementación se debe apoyar en un fuerte programa de entrenamiento y suministro de los elementos necesarios para su realización, como también del tiempo requerido para su ejecución (Vargas, 2004).
- *Seiketsu: Estandarizar.* Consiste en lograr mantener constantemente el orden, limpieza e higiene del sitio de trabajo. Se logra limpiando con la regularidad establecida, manteniendo todo en su sitio y en orden, estableciendo procedimientos y planes para mantener el orden y la limpieza (Vargas, 2004).
- *Shitsuke: Disciplina.* Consiste en lograr tener el hábito de aplicar las 5 S en el área de trabajo, respetando y haciendo respetar las normas del área de trabajo, usando siempre los implementos de protección y manteniendo el aseo y limpieza, de modo que estos detalles se

conviertan en hábitos diarios y frecuentes (Vargas, 2004). (Vargas Crisóstomo & Camero Jiménez, 2021)

- IMPLEMENTACIÓN DE ESTAS HERRAMIENTAS EN ÁREAS ADMINISTRATIVAS DE SALUD

No hay reglas fijas para elegir un método de análisis determinado. Lo importante es que el método o métodos elegidos se adapten al problema y permitan alcanzar los objetivos del análisis. La única limitación radica en la disponibilidad o carencia de datos que cuantifiquen las subáreas o las causas del problema. Cuando no tenemos datos, podemos analizar básicamente el problema con tres tipos de herramientas: el Diagrama de flujo, el Diagrama de causa-efecto (Ishikawa) o las 5S. Y cuando tenemos datos podemos utilizar el Diagrama de Pareto. (Saturno Hernández, 2015)

- › Diagrama de flujo: Es una de las herramientas más útiles para analizar problemas organizacionales o de procesos que incluyen numerosas tareas secuenciadas a lo largo del tiempo (por ejemplo, la organización de los distintos profesionales en el seguimiento de un paciente crónico, los circuitos de petición de pruebas complementarias, etc.). Con él simplificamos un proceso complejo dividiéndolo en actividades definidas, en las que sea más fácil apreciar en cuál de ellas o en qué paso entre ellas puede haber problema. De hecho, la percepción directa de procesos complejos sería análoga a captar, en una sola toma instantánea, un objeto en movimiento, con la consiguiente pérdida de información. Median te el flujograma conseguiremos apreciar a cámara lenta este

movimiento para identificar cada tarea del mismo y apreciar así las interconexiones y relaciones existentes.

- › Diagrama de Pareto: En general lo podemos aplicar para determinar en qué grado contribuyen las distintas causas o estratos de un problema en el mismo. En ambos casos lo que tenemos es un cierto número de categorías o de grupos y la frecuencia de su presencia o ausencia (variable cualitativa). Una vez medida la frecuencia con que se produce cada categoría, podemos ordenarlas de mayor a menor frecuencia y focalizar nuestra atención en las categorías más frecuentes. El diagrama de Pareto consiste básicamente en un diagrama de barras, en el que cada barra es una de las categorías, criterios o estratos considerados, y en el que las barras se ordenan de mayor a menor frecuencia. De esta forma se hace gráficamente evidente qué es prioritario analizar. El ejemplo de la estratificación de las radiografías por tipo de patología o cualquier otra estratificación por variables categóricas (variables con varias categorías o posibilidades excluyentes) pueden ser presentados gráficamente con diagrama de Pareto.
- › Ishikawa: El análisis de una oportunidad de mejora mediante el diagrama de causa-efecto es probablemente lo más frecuente e incluso lo aconsejable cuando no disponemos de datos del problema. En la mayoría de las situaciones en las que se identifica un problema es posible apreciar, de forma más o menos inmediata, un reducido número de causas. Pero, si no se examina con más profundidad, pueden pasar inadvertidos otros factores que, aunque no sean tan evidentes, sí son esenciales para comprender el origen del problema. Con esta herramienta podemos descomponer una oportunidad de mejora en elementos identificables, medibles y operativos para la intervención

(causas potenciales del problema). Una vez que se han identificado las causas, trasladaremos la reflexión sobre el grado de conocimiento del problema en conjunto, a la reflexión sobre el grado de conocimiento de sus causas potenciales. En este nivel de acercamiento estamos en mejores condiciones para conocer la frecuencia o cuantificar parte de sus causas. Cuando se tiene este conocimiento, el curso de acción más oportuno (diseño de intervención o estudio) aparece con mucha mayor claridad. El diagrama de causa-efecto se conoce también como diagrama de Ishikawa (su inventor) o “diagrama de espina de pescado” (por el aspecto que tiene). Es probablemente una de las herramientas más sencillas y, sin embargo, más eficientes para determinar las causas de un problema de calidad o para detectar subáreas problemáticas. Representa la relación entre un problema de calidad determinado (efecto) y sus causas potenciales.

- › 5S: Aplicar las “5S” implica que al estar lo necesario ordenado en un ambiente despejado y limpio, se requiere menos tiempo para realizar las tareas. En su implementación cada grupo de trabajo establece qué es lo necesario para realizar las tareas (1ra. “S”) cómo se ordena lo necesario (2da. “S”) y cómo se mantienen limpios y en buenas condiciones de uso los lugares de trabajo, equipos, etc. (3ra. “S”), lo cual lleva a una comunicación activa con intercambio de experiencias y aporte de ideas para cumplir con los requerimientos. En los tiempos actuales, las organizaciones conseguirán integrar y satisfacer a su personal en la medida en que ofrezcan un trabajo que sea fuente directa de satisfacción para quien lo ejecute. De esta manera todo el personal hará uso de un lugar de trabajo limpio y ordenado, todos tendrán responsabilidades y tareas para lograr un objetivo común (mantener los estándares del 5S),

lo que conlleva un sentido de trabajo en equipo y visión compartida. Específicamente las “5S” representa una herramienta que se utiliza para establecer y mantener mejoras con el compromiso de toda la organización. Los resultados se miden tanto en productividad como en satisfacción del personal respecto a los esfuerzos que han realizado para mejorar las condiciones de trabajo. La aplicación de las 5S puede ser uno de los primeros pasos del cambio hacia la mejora continua y tiene un impacto a largo plazo, aunque la implementación de esta herramienta de calidad requiere que en la organización exista un alto grado de disciplina, algo que requerirá el esfuerzo y concientización de todos los componentes de la Institución. (Briozzo, 2016)

2.7. IMPACTO DE LA GESTIÓN DE CALIDAD EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

- **CÓMO LA MEJORA EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS REPERCUTE EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE**

La Gestión Hospitalaria es la función básica del proceso administrativo hospitalario que permite optimizar la oferta hospitalaria a una demanda de necesidades de atención de salud, en la que una gestión objetiva y una adecuada planeación, posibilita la toma de decisiones y gestión administrativa de manera eficiente y oportuna. (Florez Mostacero, 2019)

La administración en salud es un área de conocimiento de las ciencias sociales que se encarga de planificar, organizar, dirigir y controlar las entidades públicas y privadas del sector (Poveda y Morales, 2017; Otazu, 2019; Ugalde et al., 2018). Su función es coordinar y evaluar los recursos y procedimientos para satisfacer las necesidades de atención médica y un entorno saludable mediante la prestación de servicios a los pacientes

(Ferreira y Porto, 2018). Una institución hospitalaria es una entidad compleja que provee varios servicios y contiene numerosas actividades, tareas y procesos conectados entre sí. Es debido a ello que resulta importante coordinar la gestión de sus procesos para proveer un servicio de calidad a la población (Naranjo-Gil, 2016). Una adecuada gestión hospitalaria y el empleo de herramientas para su implementación facilita la toma de decisiones y permite que la organización tenga un funcionamiento más eficiente (Jara y Vintimilla, 2019). La gestión hospitalaria no permite especular o asumir que las cosas marchan bien en la institución, sobre todo si lo que se desea es ser productivos y proveer servicios con un elevado nivel de calidad (González y Barrios, 2007). La gestión hospitalaria requiere de formación y habilidades adecuadas. Cubre las actividades de planificación y las operativas del hospital, incluido el desarrollo y la implementación de estrategias organizacionales para asegurar la calidad y cantidad del capital humano capacitado, la gestión financiera eficaz, la respuesta ante desastres, el acceso a la atención médica, la gestión de residuos, la ingeniería biomédica, los servicios de apoyo y otras actividades (Farias y Araujo, 2017; Sharma y Zodpey, 2011; Rabbani et al., 2015). La gestión hospitalaria se identifica como uno de los aspectos claves para la correcta administración de una institución. De ella depende que la organización sea exitosa, al igual que depende de sus directivos, los cuales son los máximos responsables de llevar a cabo los procesos y de lograr que se involucren todos los miembros de la institución. En la investigación, la gestión hospitalaria hace alusión a la administración de los hospitales, dígase planificar, organizar, dirigir y controlar los procesos que se desarrollan en los mismos. Estos procesos son los que se basan en la atención al paciente, sobre los cuales se plantean objetivos y se desarrollan

planes estratégicos con acciones que permitan sus logros. (Morejón Valdés, 2022)

- INDICADORES DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Los indicadores proporcionan datos valiosos sobre el desempeño de los servicios y las características de la organización. Según diversos autores consultados (Camacho-Rui et al., 2016; Morosini et al., 2016; Santana, et al., 2016; Wang, Tsui y Miao, 2017), los indicadores permiten:

- › Comunicar y analizar información.
- › Describir características y comportamientos de una variable.
- › Analizar las desviaciones de actividades.
- › Controlar, monitorear y evaluar el cumplimiento de los objetivos definidos por la entidad.
- › Crear información para mejorar el proceso de toma de decisiones.
- › Valorar el estado de salud actual de la entidad y sus componentes críticos. Monitorear el cumplimiento acciones.
- › Analizar el desempeño organizacional y su comportamiento a futuro.
- › Cuantificar los cambios surgidos durante una situación determinada.
- › Supervisar planes, programas o proyectos para tomar las medidas correctivas adecuadas para aumentar la eficacia y eficiencia de los procesos. (Morejón Valdés, 2022)

Algunos ejemplos de los indicadores para evaluar la satisfacción de un paciente hospitalario son:

- Encuestas de satisfacción: evaluar la experiencia general del paciente en el hospital, en cuanto a la calidad de atención, la amabilidad del personal, limpieza de las instalaciones, tiempo de espera, opiniones sobre la comida y la comodidad de la habitación.
- Tasa de reingresos: calcular el porcentaje de pacientes que son readmitidos en un período determinado posterior a su alta, ya que, un alto porcentaje podría reflejar problemas en la calidad de atención hospitalaria.
- Buzón de quejas: cantidad de quejas formales presentadas por los pacientes. Un aumento de este número podría evidenciar deficiencias en el servicio.
- Comunicación: evaluar cómo los médicos y enfermeros se comunican con los pacientes sobre su estado de salud, tratamientos y procedimientos.
- Experiencia de alta: medir la claridad de la información proporcionada al paciente sobre su alta y el manejo de cuidados posteriores.
- Participación del paciente: evaluar si los pacientes se sintieron incluidos en la toma de decisiones sobre su tratamiento y atención.
- Observaciones directas: evaluaciones hechas por observadores capacitados sobre las interacciones entre el personal y los pacientes. (Choi, 2016)

2.8. NORMATIVAS Y ESTÁNDARES DE CALIDAD EN EL SECTOR SALUD

- REVISIÓN DE LAS NORMATIVAS NACIONALES E INTERNACIONALES QUE REGULAN LA CALIDAD EN LOS HOSPITALES

Las normativas y estándares en el sector salud son fundamentales para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los servicios sanitarios. Estas directrices abarcan aspectos legales, éticos y técnicos que regulan la prestación de servicios de salud, asegurando que se cumplan criterios mínimos de calidad y se protejan los derechos de los pacientes.

› Marco Jurídico en el Sector Salud

En México, el marco legal que rige las instituciones públicas de salud está diseñado para facilitar la integración funcional y mejorar el desempeño del Sistema Nacional de Salud (SNS). Sin embargo, López-Santibáñez y Vázquez-García (2013) identificaron deficiencias y contradicciones en este marco que limitan su eficacia. Aunque existen convenios para la coordinación entre instituciones públicas, el Padrón General de Salud carece de sustento legal necesario para convertirse en una herramienta efectiva para la integración, lo que sugiere la necesidad de actualizar el marco legal para promover una coordinación más armónica y efectiva dentro del SNS.

› Estándares de Interoperabilidad y Codificación

La interoperabilidad en los sistemas de información de salud es esencial para mejorar la calidad de la atención médica. Según Redalyc (2020), los estándares de codificación, como el Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR), facilitan el intercambio de datos clínicos entre diferentes sistemas y aplicaciones. Además, la adopción de estándares internacionales, como la ISO 13485:2016, que especifica los requisitos para un sistema de gestión de calidad en dispositivos médicos, contribuye a la

armonización de prácticas y garantiza la calidad en la fabricación de estos dispositivos (Organización Internacional de Normalización, 2016).

› Certificación y Calidad en los Servicios de Salud

La certificación de los establecimientos de atención médica es un mecanismo clave para asegurar la calidad de los servicios de salud. El Consejo de Salubridad General (2019) implementa modelos de certificación que evalúan el cumplimiento de estándares específicos, aunque su participación ha sido variable. La implementación efectiva de estos modelos es crucial para garantizar que los servicios de salud cumplan con los estándares de calidad y seguridad requeridos.

› Bioseguridad y Normativas en la Atención Médica

Las normas de bioseguridad son lineamientos operativos esenciales para prevenir accidentes laborales y reducir el riesgo de infecciones cruzadas. Según Rodríguez-Martínez y Martínez-Villalpando (2018), factores como la falta de capacitación y la sobrecarga laboral pueden llevar al incumplimiento de estas normas, lo que resalta la importancia de la formación continua y la supervisión adecuada en los entornos clínicos. Las normativas y estándares en el sector salud son pilares fundamentales para asegurar una atención médica de calidad, segura y equitativa. La actualización constante de los marcos legales, la adopción de estándares internacionales y la promoción de la certificación de los servicios de salud son estrategias clave para fortalecer los sistemas de salud y garantizar el bienestar de la población. (Rodríguez Martínez, 2018)

- CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS ISO EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA HOSPITALARIA

La implementación de normas ISO en la gestión administrativa hospitalaria es esencial para garantizar la calidad y seguridad en la atención sanitaria. Estas normas proporcionan un marco estructurado que permite a las organizaciones de salud optimizar sus procesos, mejorar la satisfacción del paciente y cumplir con regulaciones legales y éticas.

Normas ISO Relevantes en el Sector Salud

Varias normas ISO son aplicables al ámbito sanitario, entre las cuales destacan:

- › ISO 9001: Establece los requisitos para un sistema de gestión de la calidad, enfocándose en la satisfacción del cliente y la mejora continua. Su implementación en hospitales ayuda a estandarizar procesos y asegurar servicios de alta calidad (Daruma Software, s. f.).
- › ISO 13485: Específica para dispositivos médicos, esta norma asegura que las organizaciones cumplan con los requisitos regulatorios y del cliente, garantizando la seguridad y eficacia de los productos sanitarios (Daruma Software, s. f.).
- › ISO 45001: Orienta sobre sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo, ayudando a prevenir riesgos laborales y promoviendo un entorno seguro para el personal hospitalario (Daruma Software, s. f.).
- › ISO 7101: Publicada en 2023, es la primera norma internacional que establece requisitos para la gestión de la calidad en organizaciones

sanitarias, promoviendo una atención centrada en las personas y la mejora continua de los procesos asistenciales (ISO, 2023).

Beneficios de Implementar Normas ISO en Hospitales

La adopción de estas normas en la gestión administrativa hospitalaria ofrece múltiples ventajas:

- › Mejora de la Calidad Asistencial: La estandarización de procesos y la implementación de sistemas de gestión de calidad contribuyen a una atención más efectiva y segura para los pacientes (Revista Portales Médicos, s. f.).
- › Eficiencia Operacional: La optimización de recursos y la reducción de errores operativos se traducen en una gestión más eficiente y rentable (Daruma Software, s. f.).
- › Cumplimiento Normativo: Las normas ISO ayudan a las organizaciones a mantenerse al día con las regulaciones sanitarias, evitando sanciones y garantizando prácticas éticas (ISO, s. f.).
- › Satisfacción del Paciente: Un alto grado de satisfacción indica calidad en los servicios sanitarios, reflejando tratamientos adecuados y eficaces (ISO, s. f.).

Desafíos en la Implementación

A pesar de los beneficios, la implementación de normas ISO en hospitales enfrenta desafíos como:

- › Resistencia al Cambio: La adopción de nuevos sistemas puede encontrar oposición por parte del personal, requiriendo estrategias de gestión del cambio efectivas (Daruma Software, s. f.).
- › Recursos Limitados: La inversión en capacitación y adaptación de procesos puede ser significativa, especialmente en instituciones con recursos financieros limitados.
- › Complejidad de Procesos: La diversidad de servicios y procedimientos en un hospital puede complicar la estandarización y documentación requeridas por las normas ISO.

La implementación de normas ISO en la gestión administrativa hospitalaria es una estrategia clave para mejorar la calidad de los servicios de salud, garantizar la seguridad del paciente y cumplir con las regulaciones vigentes. Aunque existen desafíos en su adopción, los beneficios a largo plazo en términos de eficiencia operativa, satisfacción del paciente y reputación institucional justifican el esfuerzo y la inversión necesarios.

2.9. ESTUDIOS DE CASOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE MODELOS DE CALIDAD EN EL SECTOR SALUD

- EJEMPLOS DE HOSPITALES QUE HAN IMPLEMENTADO MODELOS DE GESTIÓN DE CALIDAD EXITOSAMENTE
 - › Hospital Exequiel González Cortés, Chile: Este hospital público logró la acreditación de calidad sanitaria mediante la identificación de elementos clave en su gestión. Saavedra Venegas (2014) destaca la importancia de factores como el liderazgo comprometido, la formación continua del personal y la implementación de procesos estandarizados para alcanzar la acreditación.

- › Consorcio Sanitario de Granollers, España: La adopción de la metodología Lean permitió a este hospital mejorar sus procesos operativos. Según la Asociación Catalana de Contabilidad y Dirección (2018), las claves del éxito incluyeron la selección adecuada de proyectos iniciales, la identificación de agentes de cambio y la formación específica del personal.
- › Hospital General Universitario de Elche, España: La Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos implementó la norma ISO 9001:2015, convirtiéndose en un referente nacional en calidad y gestión. Desde su certificación en 2018, la unidad ha revalidado esta acreditación en dos ocasiones, demostrando mejoras continuas en la atención al paciente (Cadena SER, 2024).
- RESULTADOS OBTENIDOS Y LECCIONES APRENDIDAS
 - › Compromiso del Liderazgo: El apoyo activo de la alta dirección es esencial para impulsar cambios y asegurar la sostenibilidad de los modelos de calidad (Saavedra Venegas, 2014).
 - › Formación y Capacitación: La educación continua del personal garantiza la correcta aplicación de nuevas metodologías y estándares, facilitando la adaptación a cambios en los procesos (Asociación Catalana de Contabilidad y Dirección, 2018).
 - › Selección de Proyectos Piloto: Iniciar con proyectos específicos y manejables permite demostrar resultados positivos rápidamente, generando confianza y motivación en el equipo (Asociación Catalana de Contabilidad y Dirección, 2018).

- › Participación del Personal: Involucrar a los empleados en la identificación de problemas y soluciones fomenta una cultura de mejora continua y facilita la implementación de cambios (Revista Médica, 2023a).
- › Monitoreo y Evaluación Constantes: La revisión periódica de los procesos y resultados permite identificar áreas de mejora y ajustar estrategias según sea necesario (Revista Médica, 2023b).

2.10. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD

- MÉTODOS PARA EVALUAR EL IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN
 - › Evaluación de Impacto: Este método utiliza técnicas rigurosas para identificar cambios en indicadores de resultados atribuibles a la ejecución de un programa o modelo de gestión. Implica comparar grupos que han recibido la intervención con aquellos que no, permitiendo aislar los efectos específicos del modelo implementado (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], s.f.).
 - › Matrices y Diagramas de Interacción: Herramientas como las matrices de impacto y los diagramas de interacción son comúnmente empleadas en evaluaciones de impacto ambiental, pero también son aplicables en la gestión administrativa. Estas herramientas ayudan a identificar y visualizar las interacciones entre diferentes componentes del sistema y los posibles impactos de las intervenciones (International Institute for Sustainable Development [IISD], 2016).
 - › Análisis de Indicadores Clave de Desempeño (KPI): La definición y monitoreo de KPIs específicos permite medir el rendimiento de los

procesos antes y después de la implementación del modelo de gestión, facilitando la evaluación cuantitativa de su impacto.

- HERRAMIENTAS PARA EL MONITOREO CONTINUO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y SU MEJORA
 - › Ciclo PDCA (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar): Este ciclo es fundamental en la mejora continua, permitiendo planificar cambios, implementarlos, verificar sus resultados y actuar en consecuencia para optimizar los procesos (AhaSlides, 2022a).
 - › Mapeo de Procesos: También conocido como mapeo del flujo de valor, esta herramienta permite representar visualmente los procesos actuales, identificar cuellos de botella y áreas de mejora, facilitando la comprensión y optimización de los flujos de trabajo (Lean Six Sigma Institute, 2022).
 - › Análisis de Causa Raíz: Métodos como el diagrama de Ishikawa o los "Cinco Porqués" ayudan a identificar las causas fundamentales de los problemas en los procesos, permitiendo abordar las raíces de las ineficiencias (AhaSlides, 2022b).
 - › Kanban: Esta herramienta visual gestiona el flujo de trabajo, ayudando a equilibrar la demanda con la capacidad actual y a identificar áreas de mejora en tiempo real (AhaSlides, 2022a).
 - › Software de Gestión de Procesos Empresariales (BPM): Estas plataformas permiten la automatización, monitoreo y análisis de procesos administrativos, facilitando la identificación de ineficiencias y la implementación de mejoras.

La combinación de métodos de evaluación de impacto y herramientas de monitoreo continuo es crucial para garantizar que los modelos de gestión

implementados en los procesos administrativos generen los resultados deseados y se ajusten de manera efectiva a las necesidades cambiantes de la organización.

CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se desarrolló utilizando un enfoque mixto, que combinó métodos cuantitativos y cualitativos con el objetivo de diseñar e implementar un modelo de gestión de calidad en los procesos administrativos de AR Hospitales Guasave SC. Este enfoque permitió analizar de manera integral la situación actual de los procesos administrativos y establecer estrategias orientadas a la mejora continua y la optimización de recursos.

El proyecto se llevó a cabo en seis fases principales, que abordaron los objetivos específicos de manera secuencial:

En la primera fase, con una duración de 0.5 meses, se realizó un diagnóstico de los procesos administrativos del hospital. Durante este periodo, se identificaron ineficiencias y áreas prioritarias de mejora en la gestión de recursos humanos y financieros. Para ello, se aplicaron herramientas de calidad como el análisis GAP, que permitió identificar brechas entre el estado actual y el deseado de los procesos, y el diagrama de Ishikawa, utilizado para analizar las causas raíz de las deficiencias detectadas. Adicionalmente, se realizaron entrevistas y encuestas al personal administrativo, cuyos resultados complementaron el análisis inicial.

La segunda fase, que tuvo una duración de 1 mes, se enfocó en el desarrollo de un sistema de control documental. En esta etapa, se elaboró un manual preliminar de procedimientos administrativos, en el cual se documentaron los procesos clave del hospital. Asimismo, se diseñaron flujogramas que describieron las actividades y responsables de cada proceso administrativo. Los documentos generados fueron revisados y validados por el Comité de Calidad del hospital, asegurando su pertinencia y aplicabilidad.

En la tercera fase, con una duración de 1 mes, se diseñó el modelo de gestión de calidad. Este modelo fue adaptado a las características y necesidades del hospital, incorporando estrategias de estandarización y mejora continua. Además, se definieron indicadores clave de desempeño que permitieron monitorear la implementación del modelo en etapas posteriores. La herramienta Hoshin Kanri fue fundamental para alinear los objetivos estratégicos con las operaciones administrativas, garantizando un enfoque integral y ordenado.

La cuarta fase, con una duración de 1 mes, consistió en la capacitación del personal administrativo. Durante este periodo, se diseñó y ejecutó un programa de formación teórico-práctico que permitió al personal desarrollar las competencias necesarias para operar el modelo de gestión de calidad. Los talleres incluyeron temas relacionados con la implementación de procedimientos documentados y la aplicación de herramientas de calidad.

En la quinta fase, con una duración de 1 mes, se implementó el modelo de gestión de calidad en los procesos administrativos prioritarios. Esta implementación comenzó con una etapa piloto en un área específica del hospital, lo que permitió realizar ajustes iniciales antes de su integración completa. Posteriormente, el modelo fue adoptado de manera progresiva en las áreas administrativas clave, asegurando su adaptación a las necesidades específicas de la organización.

La sexta fase, estuvo dedicada a la evaluación del impacto del modelo implementado. Durante esta etapa, se monitorearon indicadores clave como el porcentaje de procesos documentados, el número de auditorías internas realizadas y el nivel de satisfacción del personal administrativo. Los resultados obtenidos fueron comparados con las metas establecidas, permitiendo concluir que el modelo de gestión de calidad contribuyó

significativamente a la mejora de la eficiencia administrativa y la estandarización de procesos en el hospital.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. DIAGNÓSTICO ISO 9001

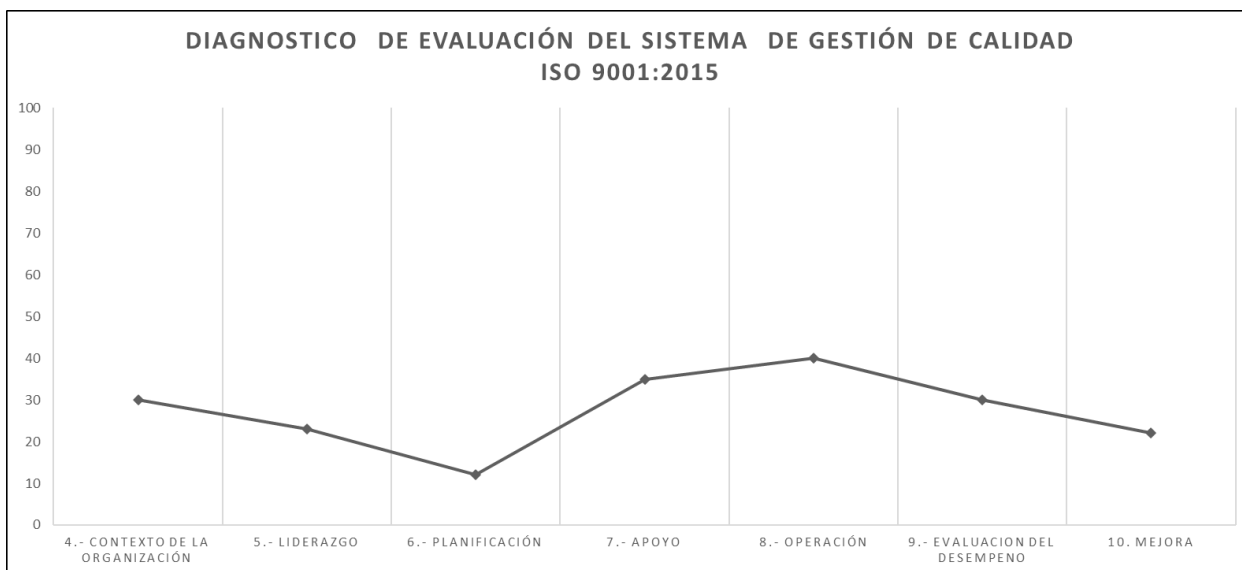


Figura 1. Gráfica de los resultados del diagnóstico de evaluación del sistema de gestión de calidad.

DIAGNOSTICO DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015		RESULTADO GLOBAL
RESULTADOS	% DE CUMPLIMIENTO	
4.- CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	30	27%
5.- LIDERAZGO	23	
6.- PLANIFICACIÓN	12	CALIFICACIÓN GLOBAL EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD
7.- APOYO	35	BAJO
8.- OPERACIÓN	40	
9.- EVALUACION DEL DESEMPEÑO	30	
10. MEJORA	22	

Figura 2. Resultados del análisis de diagnóstico de evaluación del sistema de gestión de calidad.

El diagnóstico realizado al Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 muestra un resultado global bajo, con un cumplimiento promedio del 27%. Esto refleja que hay áreas importantes que necesitan atención inmediata para mejorar el desempeño del sistema. Por ejemplo, la planificación (12%) y la mejora (22%) son los puntos más críticos, lo que sugiere que es necesario reforzar las estrategias y procesos en estos aspectos. Además, áreas como el liderazgo (23%) y el contexto de la organización (30%) también muestran oportunidades claras de crecimiento, especialmente para fortalecer la dirección y la alineación estratégica.

Por otro lado, aunque el apoyo (35%) y la operación (40%) presentan un desempeño relativamente mejor, aún están lejos de un nivel óptimo. Estos resultados dejan en evidencia la importancia de trabajar de manera colaborativa para implementar acciones que impulsen la mejora continua en todas las áreas. La aplicación de este diagnóstico sirvió como una oportunidad para reflexionar, priorizar acciones concretas y renovar el compromiso con la calidad como un eje central para el éxito organizacional.

4.2. DIAGRAMA DE ISHIKAWA

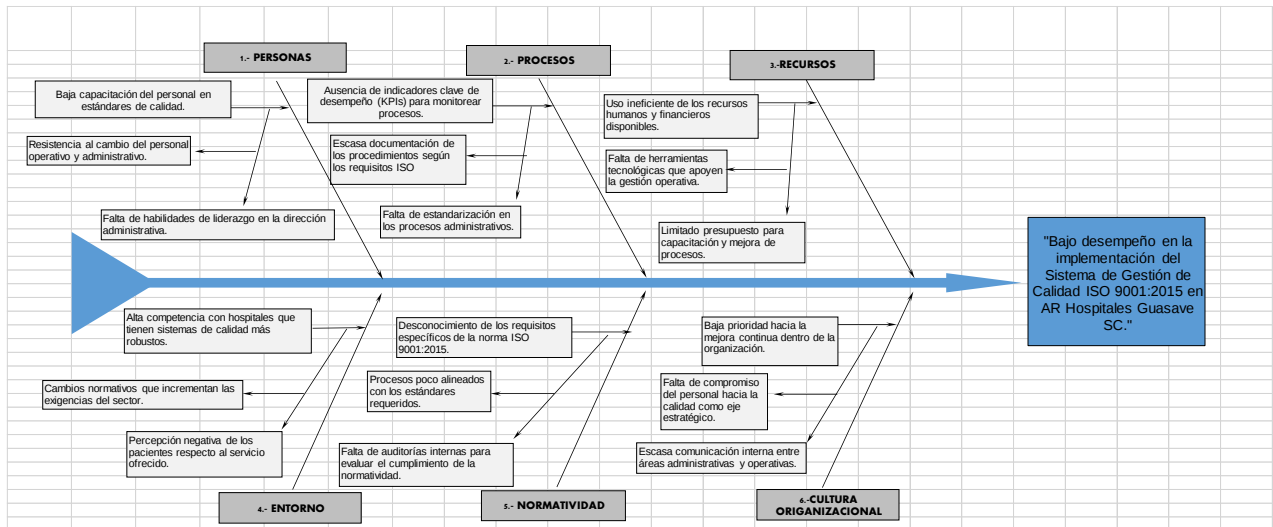


Figura 3. Conclusión obtenida representada por el diagrama de ishikawa.

El Diagrama de Ishikawa permitió identificar las principales causas que explican el bajo desempeño en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 en AR Hospitales Guasave SC, destacando factores clave como la falta de capacitación del personal, un liderazgo débil que limita la dirección estratégica y la resistencia al cambio en los procesos organizativos. Además, se evidenció la ausencia de estandarización y de indicadores clave de desempeño, lo que dificulta la medición de avances y la implementación de mejoras continuas en los procesos administrativos. En términos de recursos, el uso ineficiente de los recursos humanos y financieros, sumado a la carencia de herramientas tecnológicas, afecta la capacidad operativa del hospital. Factores externos como la competencia en el sector salud y las crecientes exigencias normativas

también imponen presiones que deben atenderse. La falta de una cultura organizacional enfocada en la mejora continua y la comunicación interna deficiente representan retos adicionales que limitan el progreso. A partir de este análisis, se justifica la necesidad de desarrollar un análisis FODA que permita estructurar estrategias basadas en las causas identificadas, priorizando acciones que fortalezcan las capacidades del hospital y mitiguen las barreras existentes, con un enfoque claro hacia el cumplimiento de la norma ISO 9001:2015 y la mejora de la calidad del servicio.

4.3. FODA ESTRATÉGICO NIVEL 3

CONTENIDO - PLANTILLA FODA	
N°	DESCRIPCIÓN
1	VISIÓN, MISIÓN, VALORES CORPORATIVOS
2	MATRIZ FODA
3	EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS
4	MATRIZ CRUZADA DE FACTORES (FODA CRUZADO)
5	PLANES DE ACCIÓN

Figura 4. Portada y contenido del análisis foda.

	AR Hospitales Guasave SC	Código:	
	ANÁLISIS FODA	Versión:	
		Página:	
		Fecha	26/08/2024

VISION
Para el año 2025, ser una cadena hospitalaria presente en el noroeste del país, con tecnología de vanguardia y servicios hospitalarios que cubran las necesidades de cada región, apegados a estándares nacionales e internacionales que nos ayuden a brindar procesos de calidad, así como contribuir en la mejora de la economía del país, mediante la generación de nuevos empleos.

MISIÓN
Somos un complejo hospitalario que busca establecerse a lo largo del noroeste del país, mediante la construcción y gestión de hospitales que cumplan con los estándares de calidad establecidos por el grupo de AR HOSPITALES, buscando mejorar los servicios de salud privada, a través de infraestructura, procesos y equipamiento apegados a normas oficiales nacionales e internacionales, con el fin de brindar seguridad durante la atención a nuestros colaboradores, pacientes y familiares.

VALORES CORPORATIVOS
Como lo dice nuestro lema ¡Porque tu salud es lo que importa!, en AR HOSPITALES tenemos como prioridad el brindar atención médica oportuna y de calidad a nuestros pacientes, es por ello que basamos nuestras acciones en cuatro valores principales:
-ÉTICA
-EMPATÍA
-SINERGIA
-RESPONSABILIDAD

Figura 5. Visión, misión y valores de la empresa.

	ANÁLISIS FODA		Código:	0
			Versión:	0
			Página:	1
			Fecha	30/08/2024

MATRIZ FODA			
ANÁLISIS INTERNO	F	FORTALEZAS	D
	F1	Relativa eficiencia operativa (40%): Las actividades principales del hospital tienen una estructura funcional básica que puede optimizarse para mejorar el desempeño.	D1
	F2	Apoyo moderado (35%): Existen recursos humanos y materiales que permiten el funcionamiento del hospital; con una mejor planificación, estos pueden utilizarse de manera más eficiente.	D2
	F3	Base para implementar la norma ISO: Los resultados actuales, aunque bajos, brindan una línea base sobre la cual trabajar para alcanzar los estándares de calidad.	D3
	F4		D4
	F5		D5
ANÁLISIS EXTERNO	O	OPORTUNIDADES	A
	O1	Diseño e implementación de un modelo de calidad adaptado: Existe la posibilidad de desarrollar un modelo que responda directamente a las necesidades administrativas y operativas del hospital.	A1
	O2	Incrementar la satisfacción del paciente: Mejorar los procesos administrativos puede traducirse en una experiencia más positiva para los usuarios del hospital.	A2
	O3	Capacitación del personal: Enfocar esfuerzos en el fortalecimiento de competencias del equipo administrativo y operativo es clave para impulsar el cambio.	A3
	O4	Optimización de recursos: Mejorar la utilización de los recursos humanos y financieros puede reducir costos y aumentar la eficiencia operativa.	A4
	O5		A5

Figura 6. Matriz foda.

		ANÁLISIS FODA		Código: 0 Versión: 0 Página: 2 Fecha: 30/08/2024			
Matriz de Evaluación de Factores internos							
Evaluación	TIPO	N°	Descripción	Importancia	Impacto	Tendencia	Puntuación
Factores internos (FI)	Fortalezas	F1	Relativa eficiencia operativa (40%): Las actividades principales del hospital tienen una estructura funcional básica que puede optimizarse para mejorar el desempeño.	Poco importante	Promedio	Deficiente	12
		F2	Apoyo moderado (35%): Existen recursos humanos y materiales que permiten el funcionamiento del hospital, con una mejor planificación, estos pueden utilizarse de manera más eficiente.	Poco importante	Promedio	Deficiente	12
		F3	Base para implementar la norma ISO: Los resultados actuales, aunque bajos, brindan una línea base sobre la cual trabajar para alcanzar los estándares de calidad.	Poco importante	Promedio	Deficiente	12
Factores internos (FI)	Fortalezas	F4		Poco importante	Promedio	Deficiente	12
Factores internos (FI)	Fortalezas	F5		Poco importante	Promedio	Deficiente	12
Factores internos (FI)	Debilidades	D1	Hospital para establecer objetivos claros y sostenibles.	Poco importante	Promedio	Deficiente	12
Factores internos (FI)	Debilidades	D2	Problemas y proponer soluciones efectivas.	Poco importante	Promedio	Deficiente	12
Factores internos (FI)	Debilidades	D3	Liderazgo débil (23%): La baja calificación en esta área refleja una falta de dirección clara, que puede desmotivar al personal y atrasar las mejoras.	Poco importante	Promedio	Deficiente	12
Factores internos (FI)	Debilidades	D4	de los cambios implementados o las áreas que necesitan ajustes.	Poco importante	Promedio	Deficiente	12
Factores internos (FI)	Debilidades	D5		Poco importante	Promedio	Deficiente	12
Matriz de Evaluación de Factores externos							
Evaluación	TIPO	N°	Descripción	Importancia	Urgencia	Tendencia	Puntuación
Factores externos (FE)	Oportunidades	O1	Diseño e implementación de un modelo de calidad adaptado: Existe la posibilidad de desarrollar un modelo que responda directamente a las necesidades administrativas y operativas del hospital.	Importante	Urgente prom.	Mucha mejora	45
		O2	Incrementar la satisfacción del paciente: Mejorar los procesos administrativos puede traducirse en una experiencia más positiva para los usuarios del hospital.	Importante	Urgente prom.	Mucha mejora	45
Factores externos (FE)	Oportunidades	O3	Capacitación del personal: Enfocar esfuerzos en el fortalecimiento de competencias del equipo administrativo y operativo es clave para impulsar el cambio.	Importante	Urgente prom.	Mucha mejora	45
Factores externos (FE)	Oportunidades	O4	Optimización de recursos: Mejorar la utilización de los recursos humanos y financieros puede reducir costos y aumentar la eficiencia operativa.	Importante	Urgente prom.	Mucha mejora	45
Factores externos (FE)	Oportunidades	O5		Importante	Urgente prom.	Mucha mejora	45
Factores externos (FE)	Amenazas	A1	Competencia en el sector salud: Otros hospitales con sistemas más eficientes pueden atraer a los pacientes y generar presión competitiva.	Importante	Urgente prom.	Mucha mejora	45
Factores externos (FE)	Amenazas	A2	Percepción negativa de calidad: Los resultados bajos pueden afectar la confianza de los pacientes, especialmente si no se implementan mejoras visibles.	Importante	Urgente prom.	Mucha mejora	45
Factores externos (FE)	Amenazas	A3	Inadecuado uso de recursos: La falta de planificación estratégica puede generar desperdicio de recursos humanos y financieros.	Importante	Urgente prom.	Mucha mejora	45
Factores externos (FE)	Amenazas	A4	Normatividad y auditorías: El incumplimiento de estándares puede exponer al hospital a sanciones o pérdida de certificaciones, afectando su operación y reputación.	Importante	Urgente prom.	Mucha mejora	45
Factores externos (FE)	Amenazas	A5		Importante	Urgente prom.	Mucha mejora	45

Valor	Importancia	Intensidad	Tendencia	Urgencia
1	Sin importancia	Muy débil	Mala	No urgente
2	Poco importante	Débil	Deficiente	Algo urgente
3	Importante	Promedio	Se mantiene	Urgente prom.
4	Muy importante	Fuerte	Mejora	Urgente
5	Total importante	Muy fuerte	Mucha mejora	Muy urgente

RESUMEN	PUNTAJE	%
Fortalezas	60	11%
Debilidades	60	11%
Oportunidades	225	39%
Amenazas	225	39%
TOTAL	570	

Figura 8. Matriz de evaluación de factores internos.

		ANÁLISIS FODA		Código: 0	
				Versión: 0	
				Página: 3	
				Fecha: 30/08/2024	
FODA CRUZADO (ESTRATEGIAS)					
FACTORES EXTERNOS	O	OPORTUNIDADES (O)		AMENAZAS (A)	
	O1	Diseño e implementación de un modelo de calidad adaptado: Existe la posibilidad de desarrollar un modelo que responda directamente a las necesidades administrativas y operativas del hospital.		A1	Competencia en el sector salud: Otros hospitales con sistemas más eficientes pueden atraer a los pacientes y generar presión competitiva.
	O2	Incrementar la satisfacción del paciente: Mejorar los procesos administrativos puede traducirse en una experiencia más positiva para los usuarios del hospital.		A2	Percepción negativa de calidad: Los resultados bajos pueden afectar la confianza de los pacientes, especialmente si no se implementan mejoras visibles.
	O3	Capacitación del personal: Enfocar esfuerzos en el fortalecimiento de competencias del equipo administrativo y operativo es clave para impulsar el cambio.		A3	Inadecuado uso de recursos: La falta de planificación estratégica puede generar desperdicio de recursos humanos y financieros.
	O4	Optimización de recursos: Mejorar la utilización de los recursos humanos y financieros puede reducir costos y aumentar la eficiencia operativa.		A4	Normatividad y auditorías: El incumplimiento de estándares puede exponer al hospital a sanciones o pérdida de certificaciones, afectando su operación y reputación.
FACTORES INTERNOS	ESTRATEGIAS OFENSIVAS (F-O) ¿Cómo podemos usar una fortaleza para explotar una oportunidad?		ESTRATEGIAS DEFENSIVAS (F-A) ¿Cómo podemos usar una fortaleza para minimizar o neutralizar una amenaza?		
	F0				
FORTALEZAS (F)					
F1	Relativa eficiencia operativa (40%): Las actividades principales del hospital tienen una estructura funcional básica que puede optimizarse para mejorar el desempeño.	F1.O1	Aprovechar la estructura operativa existente (F1) para implementar un modelo de gestión de calidad (O1) que permita mejorar los procesos administrativos y operativos.	F1.A1	Aprovechar la base funcional operativa (F1) para competir con hospitales rivales (A1), diferenciándose a través de la implementación de estándares de calidad.
F2	Apoyo moderado (35%): Existen recursos humanos y materiales que permiten el funcionamiento del hospital, con una mejor planificación, estos pueden utilizarse de manera más eficiente.	F2.O3	Utilizar los recursos disponibles (F2) para capacitar al personal (O3), enfocándose en desarrollar habilidades que fortalezcan la planificación y el liderazgo.	F2.A2	Fortalecer los recursos humanos existentes (F2) para mejorar la percepción de calidad (A2), priorizando una experiencia más positiva para los pacientes.
F3	Base para implementar la norma ISO: Los resultados actuales, aunque bajos, brindan una línea base sobre la cual trabajar para alcanzar los estándares de calidad.	F3.O4	Basarse en el diagnóstico inicial (F3) para optimizar la utilización de recursos humanos y financieros (O4), creando planes de acción que prioricen la eficiencia y la satisfacción del paciente.	F3.A4	Usar el diagnóstico como base (F3) para responder mejor a los requisitos normativos (A4) y evitar sanciones o pérdida de confianza.
DEBILIDADES (D)		ESTRATEGIAS DE REORIENTACIÓN (D-O) ¿Cómo podemos corregir una debilidad para poder aprovechar una oportunidad?		ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA (D-A) ¿Cómo vamos a trabajar una debilidad para minimizar el efecto de una amenaza?	
D1	Baja planificación (12%): La ausencia de un enfoque estructurado afecta la capacidad del hospital para establecer objetivos claros y sostenibles.	D1.O1	Desarrollar un plan estratégico (D1) como parte del modelo de gestión de calidad (O1) para establecer objetivos claros y sostenibles.	D1.A3	Priorizar la planificación estratégica (D1) para evitar el desperdicio de recursos y la ineficiencia (A3), creando mecanismos de control y seguimiento.
D2	Falta de mejora continua (27%): Se carece de un enfoque sistemático para identificar problemas y proponer soluciones efectivas.	D2.O2	Mejorar el enfoque en la mejora continua (D2) para aumentar la satisfacción del paciente (O2) y fomentar una cultura de calidad en el hospital.	D2.A2	Fortalecer la cultura de mejora continua (D2) para mitigar la percepción negativa de calidad (A2) y diferenciar al hospital en el sector.
D3	Liderazgo débil (23%): La baja calificación en esta área refleja una falta de dirección clara, que puede desmotivar al personal y atrasar las mejoras.	D3.O3	Fortalecer el liderazgo (D3) a través de la capacitación del personal (O3) para alinear los esfuerzos hacia la eficiencia operativa.	D4-A4	
D4	Evaluación del desempeño limitada (30%): Sin indicadores sólidos, es difícil medir el impacto de los cambios implementados o las áreas que necesitan ajustes.	D4.O4	Establecer indicadores de desempeño sólidos (D4) para optimizar recursos humanos y financieros (O4) y medir los avances hacia la calidad.		

Figura 7. Foda cruzado (estrategias).

	AR Hospitales Guasave SC	Código:	0
		Versión:	0
	ANÁLISIS FODA	Página:	4
		Fecha:	26/08/2024

PLANES DE ACCIÓN

Tipo de estrategia	Descripción estrategia	Planes de acción	Responsable	Fecha Inicio	Fecha Fin	Estado
F1:01	Aprovechar la estructura operativa existente (F1) para implementar un modelo de gestión de calidad (O1) que permita mejorar los procesos administrativos y operativos.	1.- Realizar un análisis detallado de los procesos administrativos y operativos actuales para identificar fortalezas y áreas de mejora. 2.- Diseñar un modelo de gestión de calidad adaptado a las necesidades del hospital, basado en la norma ISO 9001:2015. 3.- Implementar un programa piloto en áreas clave para evaluar la viabilidad del modelo antes de su implementación total. 4.- Monitorear y ajustar los procesos operativos en función de los resultados obtenidos.	Calidad/RRHH	27/08/2024	30/08/2024	Completado
F2:03	Utilizar los recursos disponibles (F2) para capacitar al personal (O3), enfocándose en desarrollar habilidades que fortalezcan la planificación y el liderazgo.	1.- Identificar las competencias clave que el personal necesita para mejorar la planificación y el liderazgo. 2.- Diseñar un programa de capacitación enfocado en habilidades técnicas y de gestión. 3.- Implementar talleres y seminarios de liderazgo, gestión del tiempo y toma de decisiones. 4.- Evaluar periódicamente el impacto de la capacitación en el desempeño del personal.	Director General	02/09/2024	06/09/2024	Completado
F3:04	Basarse en el diagnóstico inicial (F3) para optimizar la utilización de recursos humanos y financieros (O4), creando planes de acción que prioricen la eficiencia y la satisfacción del paciente.	1.- Realizar un análisis detallado de los recursos humanos y financieros actuales para detectar ineficiencias. 2.- Desarrollar un plan de redistribución de recursos alineado con los objetivos estratégicos. 3.- Implementar herramientas tecnológicas para mejorar la gestión y control de los recursos. 4.- Realizar auditorías regulares para asegurar la sostenibilidad de los cambios implementados.	Director Administrativo	09/09/2024	13/09/2024	Completado
F1:A1	Aprovechar la base funcional operativa (F1) para competir con hospitales rivales (A1), diferenciándose a través de la implementación de estándares de calidad.	1.- Identificar las mejores prácticas de hospitales competidores que tengan sistemas de gestión de calidad eficientes. 2.- Diferenciar los servicios del hospital a través de una mejor experiencia para el paciente. 3.- Publicitar los avances logrados en la implementación de estándares de calidad. 4.- Establecer alianzas estratégicas con proveedores de servicios médicos y de tecnología para reforzar la competitividad.	Aux. Administrativo	16/09/2024	30/09/2024	Completado
F2:A2	Fortalecer los recursos humanos existentes (F2) para mejorar la percepción de calidad (A2), priorizando una experiencia más positiva para los pacientes.	1.- Realizar encuestas de satisfacción del paciente para identificar áreas de mejora. 2.- Implementar un programa de reconocimiento para el personal que demuestre compromiso con la calidad. 3.- Mejorar la comunicación interna para fomentar el trabajo en equipo y el sentido de pertenencia. 4.- Diseñar protocolos de atención al paciente que aseguren una experiencia positiva en cada interacción.	Aux. RRHH	01/10/2024	11/10/2024	Completado
F3:A4	Usar el diagnóstico como base (F3) para responder mejor a los requisitos normativos (A4) y evitar sanciones o pérdida de confianza.	1.- Revisar los requisitos normativos aplicables al hospital y alinear los procesos administrativos y operativos con dichos estándares. 2.- Implementar un sistema de gestión documental que facilite el cumplimiento normativo. 3.- Capacitar al personal en el manejo de procesos normativos y auditorías. 4.- Realizar auditorías internas regulares para asegurar la conformidad con los estándares requeridos.	Calidad/RRHH	14/10/2024	31/10/2024	Completado
D1:01	Desarrollar un plan estratégico (D1) como parte del modelo de gestión de calidad (O1) para establecer objetivos claros y sostenibles.	1.- Organizar talleres con la alta dirección y líderes de área para definir la visión, misión y objetivos del plan estratégico. 2.- Priorizar acciones específicas en función de los recursos disponibles y los resultados del diagnóstico. 3.- Definir indicadores clave de desempeño (KPI) para monitorear el progreso del plan estratégico. 4.- Revisar y ajustar el plan de forma periódica para asegurar su relevancia y efectividad.	Director Administrativo	01/11/2024	15/11/2024	Completado
D2:02	Mejorar el enfoque en la mejora continua (D2) para aumentar la satisfacción del paciente (O2) y fomentar una cultura de calidad en el hospital.	1.- Crear un comité interno dedicado a la mejora continua. 2.- Diseñar un sistema de retroalimentación que permita a pacientes y empleados proponer mejoras. 3.- Implementar cambios en procesos clave, como tiempos de espera y atención al paciente, con base en los comentarios recibidos. 4.- Monitorear el impacto de las mejoras implementadas mediante encuestas de satisfacción.	Aux. RRHH	18/11/2024	22/11/2024	Completado
D1:A3	Priorizar la planificación estratégica (D1) para evitar el desperdicio de recursos y la ineficiencia (A3), creando mecanismos de control y seguimiento.	1.- Establecer un cronograma detallado de actividades y asignación de recursos para cada área administrativa. 2.- Implementar software de gestión que facilite la planificación y monitoreo de recursos. 3.- Capacitar a los líderes de área en técnicas de planificación y gestión estratégica. 4.- Realizar evaluaciones trimestrales para identificar y corregir desviaciones del plan.	Aux. Administrativo	25/11/2024	29/11/2024	Completado
D2: A2	Fortalecer la cultura de mejora continua (D2) para mitigar la percepción negativa de calidad (A2) y diferenciar al hospital en el sector.	1.- Fomentar campañas internas de sensibilización sobre la importancia de la mejora continua. 2.- Implementar un sistema de reconocimientos para las iniciativas de mejora presentadas por el personal. 3.- Diseñar un programa de comunicación externa que informe a los pacientes y la comunidad sobre los avances en calidad. 4.- Realizar encuestas periódicas para evaluar cómo se perciben los cambios implementados.	Calidad/RRHH	02/12/2024	13/12/2024	Completado

Figura 9. Plan de acción en base al análisis foda.

4.4. ANÁLISIS GAP Y BENCHMARKING

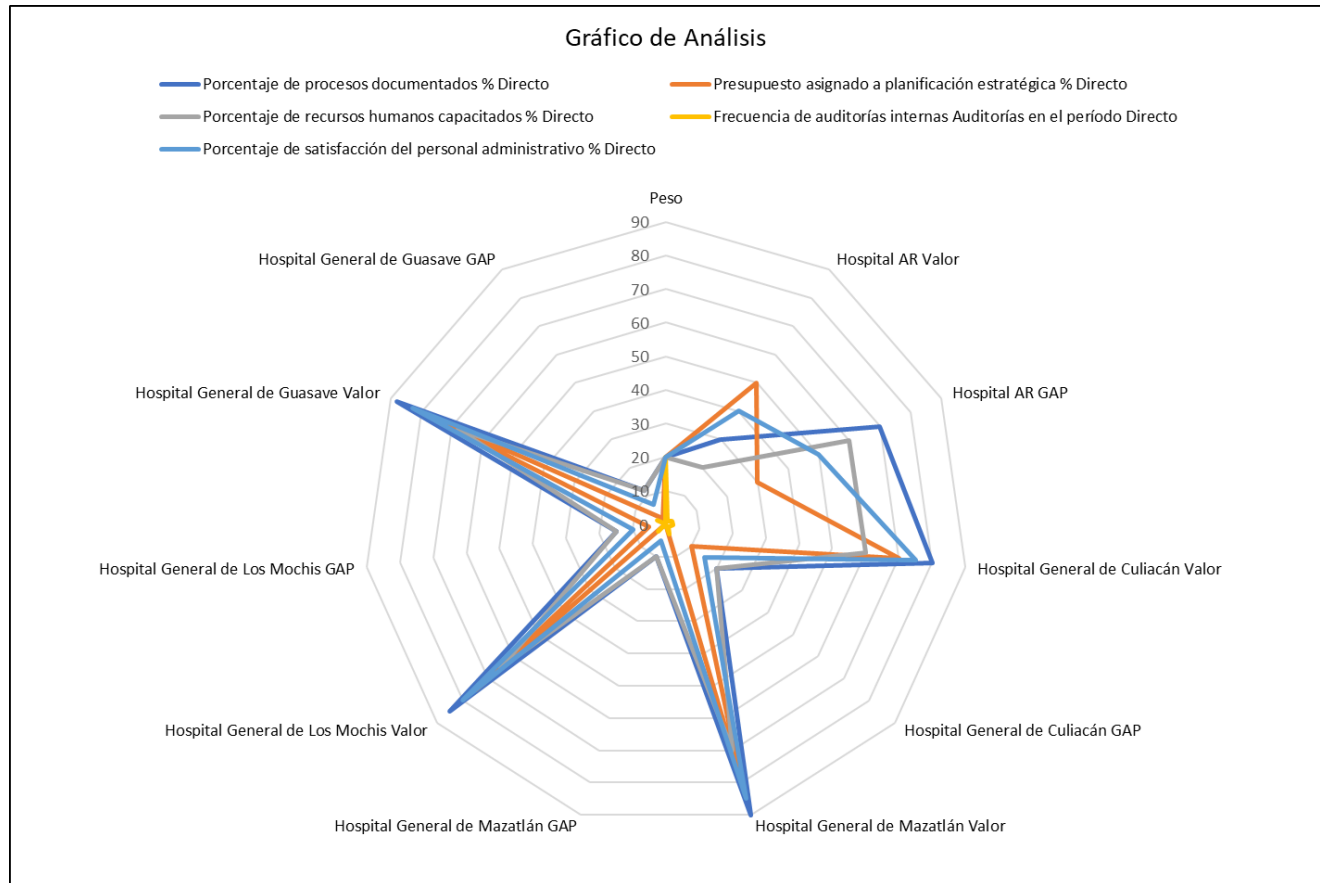


Figura 11. Gráficos de resultados del análisis gap con benchmarking.

Análisis GAP con Benchmarking de Indicadores Administrativos en AR Hospitales Guasave SC y Hospitales de Referencia en Sinaloa													
Indicadores a Evaluar	UM	Tipo	Peso	Hospital AR Valor	Hospital AR GAP	Hospital General de Culiacán Valor	Hospital General de Culiacán GAP	Hospital General de Mazatlán Valor	Hospital General de Mazatlán GAP	Hospital General de Los Mochis Valor	Hospital General de Los Mochis GAP	Hospital General de Guasave Valor	Hospital General de Guasave GAP
Porcentaje de procesos documentados	%	Directo	20	30	70	80	20	90	10	85	15	88	12
Presupuesto asignado a planificación estratégica	%	Directo	20	50	30	70	10	80	0	75	5	78	2
Porcentaje de recursos humanos capacitados	%	Directo	20	20	60	60	20	70	10	65	15	68	12
Frecuencia de auditorías internas	Auditorías en el período	Directo	20	1	2	2	1	3	0	3	0	3	0
Porcentaje de satisfacción del personal administrativo	%	Directo	20	40	50	75	15	85	5	80	10	83	7

Figura 10. Resultados tabulados obtenidos del análisis gap con benchmarking.

Los resultados del análisis radar muestran que AR Hospitales Guasave SC se encuentra por debajo de los hospitales de referencia en todos los indicadores evaluados. Esto evidencia la necesidad urgente de mejorar áreas clave como la documentación de procesos, que actualmente es muy limitada, dificultando la estandarización y eficiencia. Además, la baja inversión en planificación estratégica resalta una falta de enfoque en la coordinación y optimización de los recursos disponibles, algo que otros hospitales han sabido priorizar. También preocupa el bajo nivel de capacitación del personal administrativo, lo que limita su capacidad para implementar herramientas de gestión de calidad de manera efectiva.

La baja frecuencia de auditorías internas deja pocos espacios para identificar y corregir deficiencias, mientras que la insatisfacción del personal administrativo sugiere la necesidad de fortalecer el liderazgo y mejorar las condiciones laborales. Sin embargo, estos resultados no solo revelan las debilidades del hospital, sino que también representan una oportunidad para implementar un modelo de gestión de calidad que transforme sus procesos administrativos. Al tomar como referencia las mejores prácticas observadas en los hospitales de Culiacán, Mazatlán, Los Mochis y Guasave, AR puede dar pasos significativos hacia una operación más eficiente y un servicio de mayor calidad para sus pacientes y personal.

4.5. POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD

4.5.1. JUSTIFICACIÓN

Para establecer la política y los objetivos estratégicos de calidad, se llevó a cabo una sesión de lluvia de ideas con los actores clave del hospital, incluyendo la dirección general, líderes administrativos y personal involucrado en los procesos. Este ejercicio permitió identificar de manera colaborativa las áreas de mayor impacto en los procesos administrativos, priorizando aquellos aspectos que presentaban mayores brechas según los resultados del diagnóstico y el análisis GAP.

Como resultado, se definió la política de calidad que refleja el compromiso institucional, y se establecieron objetivos claros orientados a la mejora de la documentación de procesos, la capacitación del personal, la realización de auditorías internas y el incremento en la satisfacción del personal administrativo.

En el marco del diseño del modelo de gestión de calidad para los procesos administrativos de AR Hospitales Guasave SC, se estableció la siguiente política de calidad:

"AR Hospitales Guasave SC se compromete a brindar servicios administrativos eficientes y estandarizados, asegurando la correcta asignación de recursos y fomentando una cultura de mejora continua que contribuya a la satisfacción de su personal y al bienestar de los pacientes."

4.5.2. OBJETIVOS DE CALIDAD

- A partir del diagnóstico y análisis de las áreas de mejora, se definieron los siguientes objetivos estratégicos para el modelo de gestión de calidad:

- Incrementar la documentación de procesos administrativos al 80% en un año.
- Capacitar al 90% del personal administrativo en herramientas de gestión de calidad durante los próximos 12 meses.
- Realizar un mínimo de dos auditorías internas por año para garantizar el monitoreo continuo.
- Mejorar la satisfacción del personal administrativo al 85% en un periodo de dos años.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

A través de este proyecto, se logró diseñar e implementar un modelo de gestión de calidad que transformó la manera en que se gestionan los procesos administrativos en AR Hospitales Guasave SC. Desde el inicio, se identificó que las ineficiencias y la falta de documentación clara estaban limitando el desempeño administrativo, lo que impactaba tanto en la organización interna como en la gestión de recursos humanos y financieros. El diagnóstico inicial permitió identificar no solo brechas importantes en la operación diaria, sino también las causas profundas de dichas deficiencias, lo que ofreció una base sólida para abordar las áreas de mejora desde un enfoque práctico y estratégico. El desarrollo del sistema de control documental marcó un antes y un después en la estandarización de los procesos. Lograr documentar el 80% de las actividades administrativas clave significó no solo una mejora en la claridad y organización, sino también una oportunidad para que el personal administrativo pudiera operar de manera más coordinada y eficiente. Este avance se complementó con el diseño de un programa de capacitación que, lejos de ser un simple requisito, se convirtió en un proceso de aprendizaje significativo para el personal, quienes adquirieron las herramientas necesarias para implementar el modelo con confianza y compromiso. La participación activa del equipo fue uno de los mayores logros, pues permitió consolidar una cultura de colaboración que se verá reflejada en el largo plazo. Durante la implementación del modelo, se observó cómo las áreas piloto adoptaron gradualmente las nuevas metodologías, permitiendo ajustar procesos antes de integrarlos en toda la organización. Este enfoque

progresivo permitió que los cambios se realizaran de manera ordenada, asegurando su alineación con las metas estratégicas del hospital. Al llegar a la etapa de evaluación, los resultados hablaron por sí mismos. Se cumplieron metas clave como la realización de auditorías internas regulares y la mejora en la satisfacción del personal administrativo, lo que evidencia que la estrategia aplicada no solo fue adecuada, sino que generó resultados tangibles. Más allá de los números, lo más relevante fue la percepción del personal, quienes ahora se sienten más integrados y valorados dentro de una estructura organizacional que favorece la claridad y la mejora continua.

5.2. RECOMENDACIONES

Es importante que este modelo no se perciba como un logro final, sino como un punto de partida para seguir fortaleciendo la gestión administrativa en el hospital. El sistema de control documental debe evolucionar hacia una herramienta aún más robusta, y la implementación de una plataforma digital que permita gestionar, actualizar y centralizar todos los procedimientos será fundamental para garantizar su sostenibilidad. Esto no solo facilitará el acceso a la información, sino que también reducirá el riesgo de inconsistencias y asegurará que los procesos continúen alineados a los estándares de calidad. El monitoreo de indicadores clave debe ser parte de la rutina administrativa. Dar seguimiento al porcentaje de procesos documentados, la satisfacción del personal y la frecuencia de auditorías no solo permitirá medir los avances, sino también anticiparse a nuevas áreas de mejora. Este monitoreo debe ir acompañado de auditorías internas periódicas que ayuden a mantener la disciplina organizativa y a detectar oportunidades

de ajuste antes de que se conviertan en problemas significativos. Invertir en la formación continua del personal administrativo no es solo una recomendación, es una necesidad para consolidar los resultados alcanzados. Diseñar programas de capacitación que incluyan actualizaciones sobre herramientas de calidad, mejores prácticas y tendencias del sector será clave para que el equipo administrativo esté preparado para enfrentar retos futuros. Además, la motivación del personal debe seguir siendo una prioridad. Programas de reconocimiento y bienestar laboral pueden ayudar a mantener el compromiso y la satisfacción de los equipos, quienes son la base para que este modelo funcione en el largo plazo. Extender el modelo de gestión de calidad a otras áreas del hospital, como las operativas y asistenciales, representa una gran oportunidad. Esto permitirá que los beneficios de la estandarización y la mejora continua se reflejen en toda la organización, creando un impacto integral que trascienda lo administrativo. Para lograrlo, será fundamental establecer una estrategia gradual que contemple tanto las características particulares de cada área como los recursos disponibles. Sería muy valioso realizar evaluaciones periódicas que permitan medir el impacto del modelo en el mediano y largo plazo. Estas evaluaciones deben considerar no solo indicadores cuantitativos, sino también la percepción del personal y la adaptabilidad del modelo a nuevas necesidades organizativas. Esta visión a futuro permitirá no solo consolidar los logros alcanzados, sino también garantizar que el hospital continúe avanzando hacia un estándar de excelencia en su gestión administrativa.

CAPÍTULO VI. REFERENCIAS

- Briozzo, G. (2016). Las "5s" Herramienta de mejora de la calidad. *Revista Sardá*, 3-6.
- Cervone, H. (2017). *Project management in libraries: On time, on budget, on target*. . Michigan: ALA Editions.
- Choi, J. &. (2016). Patients' Satisfaction with Hospital Care: A Systematic Review of the Literature . *Health Policy*, 919-927.
- Cubillos Rodriguez, M., & Rozo Rodriguez, D. (2009). El concepto de calidad: historia, evolución e importancia para la competitividad. *Ciencia Unisalle* , 82-94.
- Daft, R. (2016). *Organization Theory and Design* . Cengage Learning.
- Donabedian, A. (1988). *The Quality of Care: How Can It Be Assessed?* . JAMA.
- Factores de éxito para la acreditación de la calidad en salud: El caso del Hospital Exequiel González Cortés. Universidad de Chile. (agosto de 2014). *Tesis* . Santiago de Chile, Chile, América del Sur: Universidad de Chile facultad de ciencias físicas y matemáticas departamento de ingeniería industrial.
- Florez Mostacero, L. P. (2019). *Procesos administrativos y su incidencia en la calidad de servicio percibida por los pacientes del hospital José Hernan Soto Cadenillas*. Perú: Académico USMP.
- Fuentes Rojas, Ever Ángel; Cordero Useche, Fabio Andrés; Gómez Arévalo, Ingrid Daniela. (2020). Estandarización de procesos administrativos del área de gestión humana, seguridad y salud en el trabajo en una entidad oncológica. *Ingeniería, Matemáticas y Ciencias de la Información*, 77-93.

- Gamarra Trujillo, E. M. (2022). Estandarización de procesos. *Estandarización de procesos y su influencia con la gestión de cobranza de la empresa EOS S. A., Pasco-2020*. Huancayo, Perú: Universidad Continental.
- Garcia Narcizo, S. C. (11 de Abril de 2022). *Aplicación del ciclo PDCA y las siete herramientas básicas de calidad en la rutina de servicio*. Obtenido de Revista Científica Multidisciplinar Núcleo del Conocimiento : <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/ingenieria-de-produccion/servicio-aeroviario#:~:text=Las%20siete%20herramientas%20de%20calidad%20cubiertas%20en%20este%20art%C3%ADculo%20son,Verificaci%C3%B3n%20y%20Gr%C3%A1fico%20de%20Control.>
- General, C. d. (2019). Modelo de certificación en servicios de salud en México. *Salud Pública de México* , 452-461. Obtenido de Salud Pública de México .
- Gestión de la calidad en los servicios de salud: implementación de sistemas de gestión de calidad. (2023). *Revista Médica*, 438.
- Gestión de organizaciones sanitarias, sistema de gestión de la calidad en organizaciones sanitarias*. (2023). Obtenido de ISO: <https://www.iso.org/es/contents/data/standard/08/16/81647.html>
- Implantación del Lean en un hospital. Caso CSG. (2018). *Asociación Catalana de Contabilidad y Dirección*, 149-166.
- Innovación en la gestión hospitalaria: implementación de modelos de gestión eficientes y sostenibles. (2023). *Revista Médica*, 822.
- La importancia de la calidad en el sector salud*. (s.f.). Obtenido de fide.edu.pe: <https://www.fide.edu.pe/blog/detalle/la-importancia->

salud/#:~:text=La%20calidad%20de%20los%20servicios,de%20nuevas%20tecnolog%C3%ADas%20y%20enfoques.

- 67

- Rodriguez Martínez, A. &. (2018). Bioseguridad en el sector salud: un análisis de cumplimiento en hospitales de tercer nivel en México. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 98-106.
- Saturno Hernández, P. J. (2015). *Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Suaréz Barraza, M. F., & Miguel Dávila, J. Á. (julio-septiembre de 2014). Implementacion del Kaizen en México: un estudio exploratorio de una aproximación gerencial japonesa en el contexto latinoamericano. *INNOVAR. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales Vol.21, Núm. 41, Pp. 19-37*. Bogotá, Colombia, América del Sur: Universidad Nacional de Colombia.
- Vargas Crisóstomo, E. L., & Camero Jiménez, J. W. (28 de Octubre de 2021). *Aplicación del Lean Manufacturing (5s y Kaizen) para el incremento de la productividad en el área de producción*. Obtenido de Industrial Data: Revista de investigación: <https://www.redalyc.org/journal/816/81669876011/html/>

CAPÍTULO VII. ANEXOS

[illegible]

Figura 12. Formato para cronograma de trabajo.

[illegible]

Figura 13. Formato para matriz de planificación de objetivos.

	CUMPLIMIENTO PLANES DE ACCIÓN	CÓDIGO	
		VERSIÓN	
		FECHA DE APROBACIÓN	
		PÁGINA	1 de 1

FECHA SEGUIMIENTO	DD/MM/AAAA
-------------------	------------

TIPO DE ACCIÓN	Elija un elemento.	FECHA DE DETECCIÓN	
PROCESO		DEPENDENCIA/ÁREA	
ORIGEN	Elija un elemento.		

NO CONFORMIDAD U OPORTUNIDAD DE MEJORA No.	
DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA ACCIÓN DE MEJORA, CORRECTIVA O PREVENTIVA A IMPLEMENTAR:	

	SI	NO
¿Las acciones formuladas fueron ejecutadas en su totalidad?		
¿Las acciones planteadas fueron eficaces?		
¿Debe formular acciones adicionales para subsanar la oportunidad de mejora o no conformidad identificada?		


 Director(a) Sistemas Integrados de Gestión

Figura 14. Formato para cumplimiento de planes de acción.

FECHA DE ULTIMA ACTUALIZACIÓN:	PROCESO:				
OPORTUNIDAD	CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA OPORTUNIDAD				
	TIEMPO INVOLUCRADO	COSTO A INCURRIR	PERSONAL REQUERIDO	BENEFICIOS PROCESO/ ENTIDAD	TOTAL
					0
					0
					0
					0

Figura 15. Formato para matriz de análisis de oportunidades.

		INFORME AUDITORIA INTERNA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		CÓDIGO	
				VERSIÓN	
				FECHA DE APROBACION	
				PÁGINA	1 de 1

CÓDIGO AUDITORIA	
OBJETIVO	
ALCANCE	
CRITERIOS	
PROCESO	
FECHA DE LA AUDITORIA	FECHA DEL INFORME
AUDITADOS	
AUDITOR LIDER	
AUDITORES APOYO	

No.	FORTALEZAS

No.	OPORTUNIDADES DE MEJORA

		INFORME AUDITORIA INTERNA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		CÓDIGO	
				VERSIÓN	
				FECHA DE APROBACION	
				PÁGINA	2 de 1

No.	OPORTUNIDADES DE MEJORA

No.	NO CONFORMIDADES
	Requisito relacionado:
	Detalles de No conformidad:
	Requisito relacionado:
	Detalles de No conformidad:
	Requisito relacionado:
	Detalles de No conformidad:

RESULTADOS DE LA AUDITORIA		
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	NO CONFORMIDADES

CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA		
Es conforme con los requisitos de las normas internacionales y con los requisitos propios de la organización para el Sistema Integrado de Gestión	Si	No
Se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.	Si	No

Firma del auditor líder:	Firma del Auditado:

Figura 16. Formato para informe de auditoría interna.

	SOLICITUD DE CREACIÓN, MODIFICACIÓN O ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS		CURSO	
			VERSIÓN	
			FECHA DE APROBACIÓN	
			PÁGINA	1 DE 1

Fecha:	DD	MM	AAAA		Firma	
Solicitado por el facilitador del proceso o funcionario						

RELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN			
Nombre del proceso al que pertenece la documentación		Secretaría u Oficina	

Tipo de Solicitud: (Ver lista despegable)	Nombre (s) del (los) documento (s)	Código (s) del (los) documento (s) (No aplica para la

Página 1

JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN, MODIFICACIÓN O ELIMINACIÓN

	ACTA DE REVISIÓN DE DOCUMENTOS				CÓDIGO	
					VERSIÓN	
					FECHA DE APROBACIÓN	
					PÁGINA	1 de 1

FECHA		HORA		LUGAR	
-------	--	------	--	-------	--

TIPO DE DOCUMENTO A REVISAR	Elija un elemento.
-----------------------------	--------------------

OBJETIVO DE LA REUNIÓN

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

COMPROMISOS	
ACTIVIDAD ASIGNADA	RESPONSABLE

ANEXOS DE LA REUNIÓN
