

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA
ESCUELA DE INGENIERIA INDUSTRIAL



**“PROPUESTA DE UNA GUIA DE IMPLANTACION
DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
BASADO EN EL MODELO EFQM PARA EL AREA DE
SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL
SEGURO SOCIAL”**

PRESENTADO POR

**WILLIAMS CHOTO CANIZALES
KRISSIA LOURDES IBARRA ARGUETA**

PARA OPTAR AL TITULO DE:

INGENIERO INDUSTRIAL

CIUDAD UNIVERSITARIA, AGOSTO DE 2006

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTORA

:

DRA: MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ

SECRETARIA GENERAL :

LICDA. ALICIA MARGARITA RIVAS DE RECINOS

FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA

DECANO

:

ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO

SECRETARIO

:

ING. OSCAR EDUARDO MARROQUÍN HERNÁNDEZ

ESCUELA DE INGENIERIA INDUSTRIAL

DIRECTOR

:

ING. OSCAR RENE ERNESTO MONGE

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA
ESCUELA DE INGENIERIA INDUSTRIAL

Trabajo de Graduación previo a la opción al Grado de:

INGENIERO INDUSTRIAL

Título

:

**“PROPUESTA DE UNA GUIA DE IMPLANTACION
DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
BASADO EN EL MODELO EFQM PARA EL AREA DE
SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL
SEGURO SOCIAL”**

Presentado por

:

**WILLIAMS CHOTO CANIZALES
KRISSIA LOURDES IBARRA ARGUETA**

Trabajo de Graduación aprobado por:

Docente Director

:

JEANNETTE SÁNCHEZ DE POCASANGRE

San Salvador, agosto de 2006

Trabajo de Graduación aprobado por:

Docente Director :

JEANNETTE SÁNCHEZ DE POCASANGRE

INDICE

INTRODUCCION	i
OBJETIVOS	ii
IMPORTANCIA	iv
JUSTIFICACION	vii
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	ix
ALCANCES Y LIMITACIONES	x

CAPITULO I MARCO TEORICO

A. SEGURIDAD SOCIAL	2
1. DEFINICION DE LA SEGURIDAD SOCIAL	2
2. OBJETIVOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	2
3. AMBITO DE APLICACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL	3
4. ORGANIZACIÓN, ESTRUCTURAS Y FUNCIONES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	3
5. SUBSISTEMAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	4
5.1 SUBSISTEMA DE PENSIONES	4
5.2 SUBSISTEMA DE SALUD	4
5.3 SUBSISTEMA DE PARO FORZOSO Y CAPACITACION LABORAL	4
5.4 SUBSISTEMA DE RECREACION	4
6. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL	4
B. CALIDAD	6
1. DEFINICIONES DE CALIDAD	6
2. HISTORIAL DEL DESARROLLO DE LA CALIDAD	7
2.1 LA PREHISTORIA DE LA CALIDAD	7
2.2 EL CONTROL DE CALIDAD MODERNO	8
2.3 EL CONTROL ESTADISTICO DE LA CALIDAD	9
2.4 ADMINISTRACION DE LA CALIDAD TOTAL	10
3. ETAPAS DE LA EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD	13
3.1 CONTROL DE CALIDAD	14
3.2 ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	15
3.3 CALIDAD TOTAL	15
C. MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD - EFQM	16
1. DESCRIPCION DEL MODELO EFQM	16
2. ANTECEDENTES DEL MODELO EFQM	17
3. ESTRUCTURA DEL MODELO EFQM	18
3.1 ESTRUCTURA DE LOS AGENTES FACILITADORES	20
3.2 ESTRUCTURA DE LOS AGENTES DE RESULTADOS	21
4. CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL MODELO EFQM	22
4.1 LIDERAZGO	22
4.2 POLÍTICA Y ESTRATEGIA	25
4.3 PERSONAS	27
4.4 ALIANZAS Y RECURSOS	30

4.5 PROCESOS	34
4.6 RESULTADOS EN LOS CLIENTES	37
4.7 RESULTADOS EN LAS PERSONAS	38
4.8 RESULTADOS EN LA SOCIEDAD	38
4.9 RESULTADOS CLAVES	39
5. PROCESO GENERAL DE LA AUTOEVALUACIÓN	40
6. ENFOQUES DE AUTOEVALUACIÓN DEL MODELO EFQM	42
6.1 ENFOQUE DE CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN	42
6.2 ENFOQUE DE AUTOEVALUACIÓN MEDIANTE "MATRIZ DE MEJORA"	43
6.3 ENFOQUE DE AUTOEVALUACIÓN POR "REUNIÓN DE TRABAJO"	45
6.4 ENFOQUE DE AUTOEVALUACIÓN POR "FORMULARIOS"	47
6.5 ENFOQUE DE AUTOEVALUACIÓN POR "SIMULACIÓN DE PRESENTACIÓN AL PREMIO"	49
7. VALORACION DE LA AUTOEVALUACION	50
7.1 EVALUACIÓN DE LOS AGENTES FACILITADORES	51
7.2 EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS	54
8. PLANES DE MEJORA DEL MODELO EFQM	57
8.1 IDENTIFICAR EL ÁREA DE MEJORA	59
8.2 DETECTAR LAS PRINCIPALES CAUSAS DEL PROBLEMA	60
8.3 FORMULAR EL OBJETIVO	60
8.4 SELECCIONAR LAS ACCIONES DE MEJORA	61
8.5 REALIZAR UNA PLANIFICACIÓN	61
8.6 SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAS	63
9. ORGANISMOS CERTIFICADORES	63
10. LOS PREMIOS DE CALIDAD TOTAL EFQM	64
11. CONGRUENCIA ENTRE EL MODELO EFQM Y LAS NORMAS ISO	65

CAPITULO II DIAGNOSTICO

A. METODOLOGIA PARA EL DIAGNOSTICO	67
1. FUENTES DE INFORMACIÓN.	68
1.1 FUENTES DE INFORMACIÓN SECUNDARIAS	68
1.2 FUENTES DE INFORMACION PRIMARIAS	69
B. DESARROLLO DE LA INVESTIGACION	70
1. INFORMACION SECUNDARIA	70
1.1 SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA	70
1.2 ANALISIS SECTOR SALUD SALVADOREÑO	72
1.3 GENERALIDADES DEL ISSS.	91
1.4 GESTION DE CALIDAD EN EL ISSS.	94
2. INFORMACION PRIMARIA	96
2.1 DETERMINACION Y DESCRIPCION DE LA UNIDAD DE ESTUDIO.	96
2.2 SELECCIÓN DEL TIPO DE HERRAMIENTA PARA EL DIAGNOSTICO.	109
3 AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD DE ESTUDIO.	114
3.1 METODOLOGIA UTILIZADA PARA PROCESAMIENTO DE LOS RESULTADOS	114

**CAPITULO III DISEÑO DE LA IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE
GESTION DE CALIDAD BASADO EN EL MODELO EFQM PARA EL AREA DE
SALUD DEL ISSS**

A. IDENTIFICAR EL ÁREA DE MEJORA	123
B. PRIORIZACION Y SELECCIÓN DE LAS ÁREAS DE MEJORA	128
C. DETECTAR LAS PRINCIPALES CAUSAS DEL PROBLEMA, FORMULAR EL OBJETIVO Y SELECCIONAR LAS ACCIONES DE MEJORA.	132
D. DESARROLLO DE ACCIONES DE MEJORA	143
1. ENFOQUE DE PROCESOS	143
1.1 ENFOQUE DE PROCESO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN	143
1.2 LA GESTIÓN POR PROCESOS	147
1.3 PROCESO VS PROCEDIMIENTO, PROTOCOLO, VÍA CLÍNICA, GUÍA CLÍNICA	154
1.4 SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN DE LOS PROCESOS	159
1.5 MEJORA DE PROCESOS	160
1.6 METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL ISSS	168
2. ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES DE GESTIÓN	170
2.1 METODOLOGÍA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES	174
3. ACORTAMIENTO DE LOS TIEMPOS PROLONGADOS DE ESPERA EN CONSULTA EXTERNA	188
1.3 ESTUDIO DE LOS TIEMPOS DE ESPERA BASADO EN LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	189
3.2 ANÁLISIS DEL PROCEDIMIENTO Y LOS TIEMPOS DE SERVICIOS DE APOYO A LA CONSULTA EXTERNA	191
4. ESTABLECER UN MÉTODO DE ACTUALIZACIÓN DE EXISTENCIAS Y DIVULGACIÓN DEL LOM (LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS) PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS.	197
4.1 LEVANTAMIENTO DE REQUERIMIENTOS PARA LA APLICACIÓN INFORMÁTICA	198
4.2 DISEÑO DE LA APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA EL KARDEX	198
4.3 DISEÑO DEL PROCEDIMIENTO DE DIVULGACIÓN DEL LOM Y SUS EXISTENCIAS	198
4.4 IMPLEMENTACIÓN DE LA APLICACIÓN	199
4.5 CAPACITACIÓN DEL PERSONAL MEDICO PARA LA PRESCRIPCIÓN EN BASE AL LOM Y SUS EXISTENCIAS	199
5. ESTABLECER CANALES DE COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL Y LA ORGANIZACIÓN	199
5.1 PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE COMUNICACIÓN INTERNA	203
6. ESTUDIO DEL CLIMA LABORAL E IDENTIFICACION DE LOS FACTORES DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL QUE SE RELACIONAN CON LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL Y LOS PACIENTES.	204
6.1 IDENTIFICAR EL TIPO DE INVESTIGACIÓN	207

6.2 DISEÑO DE LA HERRAMIENTA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	207
6.3 DIVULGACIÓN DEL PROYECTO	211
6.4 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	213
6.5 ANÁLISIS DE FACTORES INFLUYENTES	214
6.6 PLANTEAMIENTO DE PLANES DE MEJORA	215
7. GESTIÓN DEL PERSONAL POR ÁREAS DE EFECTIVIDAD Y COMPETENCIA.	216
7.1 DEFINICIÓN DE COMPETENCIA	216
7.2 IMPACTO EN LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	217
7.3 APLICACIÓN DEL MODELO "GESTIÓN POR COMPETENCIAS"	218
8. DESARROLLO DE PLANES DE CARRERAS	228
8.1 HERRAMIENTAS NECESARIAS.	230
8.2 DISEÑO DE UN PLAN DE CARRERA BAJO COMPETENCIAS	231
8.3 ANALISIS DE LA PLANTILLA DE PERSONAL ACTUAL.	231
8.4 ANALISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA UNIDAD MEDICA.	232
8.5 DEFINIR LAS RUTAS DE PROMOCIÓN DE LOS PUESTOS.	233
8.6 DISEÑO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y CAPACITACION	234
E. REALIZAR UNA PLANIFICACIÓN	236
F. EJECUCIÓN DE UNA ACCIÓN DE MEJORA	238
G. CÓMO DISEÑAR, IMPLANTAR Y EVALUAR UN PLAN DE CALIDAD	246
1. COMO SE TRABAJA EN CALIDAD	246
2. ETAPAS PARA DESARROLLAR UN PLAN DE CALIDAD	246
2.1 ASEGURAR LA IMPLIECACION DE LA DIRECCION	247
2.2 DEJAR CLARO PARA QUÉ NOS METEMOS EN ESTO DE LA CALIDAD	247
2.3 CONOCER A NUESTROS CLIENTES Y NUESTROS PRODUCTOS O SERVICIOS	248
2.4 APROVISIONARSE DE IMPORTANTES DOSIS DE LIDERAZGO, PACIENCIA Y TESÓN	250
2.5 IMPLICAR A OTROS LIDERES	250
2.6 ANALIZAR EL ENTORNO, CONOCER OTRAS EXPERIENCIAS	250
2.7 POSICIONARSE	251
2.8 PLAN B	251
2.9 ACOTAR LIMITES	252
2.10 SISTEMA DE CALIDAD	253
2.11 CALIDAD DE DISEÑO	255
2.12 FOMENTAR CULTURA DE CALIDAD	256
2.13 DOCUMENTEMOS LO QUE HACEMOS	256
2.14 REVISION	257
3. GESTIÓN DE LA CALIDAD O CALIDAD EN LA GESTIÓN	258
H. ESTRUCTURA SISTEMA DE GESTIÓN PROPUESTO	260
1. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	260
2. INTERRELACIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA DE CALIDAD.	261

3. RESPONSABILIDADES Y ALCANCES DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	262
4. NUMERO DE PERSONAS QUE FORMAN ELEMENTOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	263
4.1 CONSEJO DE CALIDAD	263
4.2 COMITES DE CALIDAD	263
4.3 EQUIPOS DE MEJORA – CIRCULOS DE CALIDAD	263
4.4 EQUIPOS DE APOYO Y GRUPOS DE CONSULTA	263
5. QUIENES FORMARAN LAS DIFERENTES ELEMENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	264
5.1 CONSEJOS DE CALIDAD	264
5.2 COMITES DE CALIDAD	264
5.3 EQUIPOS DE MEJORA, CIRCULOS DE CALIDAD Y GRUPOS DE CONSULTA	266
6. PERIODOS DE REUNIONES PARA LOS DIFERENTES ELEMENTOS DEL SISTEMA DE CALIDAD	267
I. ADAPACION DEL MODELO EFQM AL ÁREA DE SALUD DEL ISSS	268
1. GUÍA PARA AUTOEVALUACIÓN PARA EL ÁREA DE SALUD	268
1.1 EVALUACION DE LOS AGENTES	273
1.2 EVALUACION DE LOS RESULTADO	280
1.3 ESQUEMA LOGICO REDER	286
1.4 MATRIZ DE PUNTUACION DE CRITERIOS AGENTES	289
1.5 MATRIZ DE INDICADORES DE CRITERIOS RESULTADOS	290
1.6 MATRIZ DE PUNTUACION DE CRITERIOS RESULTADOS	291
1.7 SISTEMA DE PUNTUACION	292
1.8 HOJA RESUMEN DE PUNTUACIONES	294
1.9 ELABORACION DE PLANES DE MEJORA	295
1.10 AREAS DE MEJORA PRIORIZADAS	296
1.11 PLANES DE MEJORA	297
2. MODELO ADAPTADO	298
2.1 CRITERIO 1: LIDERAZGO	298
2.2 CRITERIO 2: ESTRATEGIA	305
2.3 CRITERIO 3: RECURSOS HUMANOS	314
2.4 CRITERIO 4: RECURSOS Y ALIANZAS	317
2.5 CRITERIO 5: PROCESOS	322
2.6 CRITERIO 6: SATISFACCION DEL CLIENTE	330
2.7 CRITERIO 7: SATISFACCION DEL PERSONAL	333
2.8 CRITERIO 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD	336
2.9 CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE	339
J. PLAN DE IMPLEMENTACION	348
1. DESGLOSE ANALÍTICO PARA LA IMPLENTACION DEL EFQM	348
2. DURACION DEL PROYECTO	367
3. ORGANIZACIÓN PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACION	368
3.1 DESCRIPCION DE FUNCIONES	369
3.2 MANUAL DE FUNCIONES	371

CAPITULO IV EVALUACIONES DEL PROYECTO	
1. EVALUACION DEL VALOR AGREGADO	378
1.1 VALOR AGREGADO AL ISSS	379
1.2 VALOR AGREGADO AL DERECHOHABIENTE	379
1.3 VALOR AGREGADO AL PAIS	380
2. EVALUACION ECONÓMICA	383
2.1. CALCULO DE LA TMAR	384
3. ANÁLISIS ECONÓMICO	386
3.1 INVERSION INICIAL	386
3.2 COSTOS DE OPERACIÓN	392
3.3 BENEFICIOS ESPERADOS (ECONOMICOS)	393
3.4 EVALUACIÓN DEL VALOR ACTUAL NETO	398
3.5 EVALUACIÓN DEL INDICE DE RENTABILIDAD	399
3.6 EVALUACIÓN DE ESCENARIO A MEDIANO PLAZO	400
4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO	402
5. RESULTADO DE LAS EVALUACIONES.	403
CONCLUSIONES	404
RECOMENDACIONES	406
BIBLIOGRAFIA	407
GLOSARIO TECNICO	409
ANEXOS	415

INDICE DE FIGURAS

CAPITULO I MARCO TEORICO

FIGURA B-1: EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD.	13
FIGURA B-2: ETAPAS DE LA CALIDAD.	13
FIGURA C-1: CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE EFQM	17
FIGURA C-2: ESTRUCTURA DEL MODELO EFQM	19
FIGURA C-3: ESTRUCTURA DE LOS AGENTES FACILITADORES	20
FIGURA C-4: ESTRUCTURA DE LOS AGENTES DE RESULTADOS	21
FIGURA C-5: PROCESO GENERAL DE LA AUTOEVALUACIÓN.	41
FIGURA C-6: MATRIZ DE MEJORA PARA LA AUTOEVALUACIÓN.	44
FIGURA C-7: COMPONENTES DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN POR REUNIÓN DE TRABAJO.	47
FIGURA C-8: DISTRIBUCIÓN DE PUNTOS POR CRITERIO.	51
FIGURA C-9: VALORACIÓN GLOBAL DE RESULTADOS PARA CADA CRITERIO O SUBCRITERIO	57
FIGURA C-10: PASOS PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORAS.	59

CAPITULO II DIAGNOSTICO

FIGURA A-1, ESTRUCTURA DE LA INFORMACIÓN PARA ELABORACIÓN DEL DIAGNOSTICO.	69
FIGURA B-1: PLAN DE TRABAJO DEL MSPAS.	82
FIGURA B-2, DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LOS SIBASIS A NIVEL NACIONAL	89

CAPITULO III DISEÑO DE LA IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN EL MODELO EFQM PARA EL AREA DE SALUD DEL ISSS

FIGURA D-1: MODELO PARA LA AGRUPACIÓN DE PROCESOS EN EL MAPA DE PROCESOS.	144
FIGURA D-2: REPRESENTACIÓN GRAFICA "EN CASCADA"	145
FIGURA D-3: REPRESENTACIÓN GRAFICA DE UN PROCESO	149
FIGURA D-4: DESCRIPCIÓN DE UN PROCESO	152
FIGURA D-5: CONTROL DEL PROCESO	165
FIGURA D-6: FASES DE LA MEJORA DE PROCESOS	166
FIGURA D-7: ETAPAS DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN UM.	169
FIGURA D-8: METODOLOGÍA PARA EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN	181
FIGURA D-9: FUNCIONES PRINCIPALES DE LOS INVOLUCRADOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE METAS.	187
FIGURA D-10: FASES DEL PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA	203
FIGURA G- 1. ORIENTACIÓN DEL SERVICIO AL CLIENTE	248
FIGURA I-1: MODELO EFQM	268
FIGURA I-2: ADAPTACIÓN DEL MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA AL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL	270
FIGURA I-3: CONCEPTO DE PUNTOS FUERTES Y ÁREAS DE MEJORA	275

FIGURA I-4: PONDERACIÓN RELATIVA DE LOS INDICADORES	282
FIGURA I-5: PROPORCIONES DE ÁREAS CON INDICADORES.	286
FIGURA I-6: ESQUEMA LÓGICO REDER	288
FIGURA J-1: ESTRUCTURA ANALÍTICA DEL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN	348
FIGURA J-2 : PAQUETES DE TRABAJO DEL PROYECTO	349
FIGURA J-3: PAQUETES DE TRABAJO PARA EL COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN	350
FIGURA J-4: PAQUETES DE TRABAJO DE CAPACITACIÓN.	356
FIGURA J-5: PAQUETES DE TRABAJO PARA PLANES DE CALIDAD PROPUESTOS	362
FIGURA J-6: PAQUETES DE TRABAJO PARA LA AUTOEVALUACIÓN	364
FIGURA J-7: DESGLOSE DE OBJETIVOS DEL PROYECTO	366
 CAPITULO III EVALUACIONES DEL PROYECTO	
FIGURA A-1: MODELO DE GENERACIÓN DEL VALOR AGREGADO.	379
FIGURA A-2: CADENA DE VALOR AGREGADO.	382
FIGURA A-3: MEJORA DE LA PRODUCTIVIDAD DE LA UM	396
FIGURA A-4: MEJORA A MEDIANO PLAZO DE LA UM	401

INDICE DE TABLAS

CAPITULO I MARCO TEORICO

TABLA C-1: VALORACIÓN DE LA DIFICULTAD DE LA IMPLEMENTACIÓN.	62
TABLA C-2: VALORACIÓN DEL PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN.	62
TABLA C-3: VALORACIÓN DEL IMPACTO EN LA ORGANIZACIÓN	63
TABLA C-4: PRIORIZACION PLANES DE MEJORA	63
TABLA C-2: CUADRO COMPARATIVO ENTRE EFQM – ISO 9001	66

CAPITULO II DIAGNOSTICO

TABLA B-1: MÉTODO DE TODOS LOS CRITERIOS ANALÍTICOS, CRITERIO VS. CRITERIO	99
TABLA B-2: UNIDADES DE SALUD VS. CRITERIO "CANTIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS".	100
TABLA B-3: UNIDADES DE SALUD VS. CRITERIO "CANTIDAD DE SERVICIOS PRESTADOS".	101
TABLA B-4: UNIDADES DE SALUD VS. CRITERIO "CANTIDAD DE PERSONAL POR UNIDAD".	101
TABLA B-5: MATRIZ RESUMEN, OPCIONES VS. TODOS LOS CRITERIOS.	102
TABLA B-6. CRITERIOS DE SELECCIÓN DEL MÉTODO DE AUTOEVALUACIÓN: DIFERENCIAS EN MADUREZ Y ESFUERZO	111
TABLA B-7. FACTOR DE CORRECCIÓN EFQM PARA CADA CRITERIO.	115
TABLA B-8. PUNTUACIÓN OBTENIDA POR CRITERIOS EN LA AUTOEVALUACIÓN EXPRESS DE LA UNIDAD MEDICA ATLACATL.	117

CAPITULO III DISEÑO DE LA IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN EL MODELO EFQM PARA EL AREA DE SALUD DEL ISSS

TABLA A-1: ÁREAS DE MEJORA POR CRITERIOS.	123
TABLA C-1: CAUSAS, OBJETIVOS Y ACCIONES DE MEJORA.	133
TABLA C-2: DESGLOSE DE OBJETIVOS DEL PLAN DE MEJORA	142
TABLA D-1: DECÁLOGO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CLIENTES/PACIENTES Y SUS NECESIDADES	153
TABLA D-2: PROCESO VS. PROTOCOLO, PROCEDIMIENTO, VÍA CLÍNICA, GUÍA CLÍNICA	156
TABLA D-3: PRIORIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA PARA LA IMPLEMENTACIÓN	237
TABLA H-1: RESPONSABILIDADES Y ALCANCES LA ESTRUCTURA DE CALIDAD.	262
TABLA H-2: ELEMENTOS DEL CONSEJO DE CALIDAD.	264
TABLA H-3 ELEMENTOS DEL LOS EQUIPO DE MEJORA, CÍRCULOS DE CALIDA Y GRUPOS DE CONSULTA.	266

TABLA H-4: PERIODOS DE REUNIONES DE LA ESTRUCTURA DE CALIDAD	267
TABLA I-1: EQUIVALENCIA ENTRE LOS SUBCRITERIOS DEL MODELO ORIGINAL Y LOS DEL MODELO ADAPTADO	269
TABLA I-2: VALORACIÓN DE LA TENDENCIA DEL INDICADOR	282
TABLA I-3: ALCANCE DE LOS OBJETIVOS	284
TABLA I-4: COMPARACIÓN EXTERNA	285
TABLA I-5: SITUACIÓN DE LOS INDICADORES	288
TABLA I-6: MATRIZ DE PUNTUACIÓN DE CRITERIOS AGENTES	289
TABLA I-7: MATRIZ DE INDICADORES DE CRITERIOS RESULTADOS	290
TABLA I-8: MATRIZ DE PUNTUACIÓN DE CRITERIOS RESULTADOS.	291
TABLA I-9: EVIDENCIAS DE APLICACIÓN	302
TABLA J-1: ACTIVIDADES PARA MÓDULOS DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL ESTRATÉGICO	361
TABLA J-2: ACTIVIDADES PARA MÓDULOS DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL OPERATIVO	361
TABLA J-3: ACTIVIDADES PARA DIVULGACIÓN DE PLANES DE MEJORA	363
TABLA J-4: PROGRAMACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO	368

CAPITULO IV EVALUACIONES DEL PROYECTO

TABLA A-1: DESGLOSE DE COSTOS DE DISEÑO	388
TABLA A-2: CAPACITACIONES A DESARROLLAR	389
TABLA A-3: DESGLOSE DE COSTOS DE CAPACITACIÓN	390
TABLA A-4: CALCULO DE COSTO DE DOCUMENTACIÓN	392
TABLA A-5: COSTO TOTAL DE IMPLEMENTACIÓN	392
TABLA A-6: COSTOS DE OPERACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD	393
TABLA A-7: PRESUPUESTO DE LA UNIDAD MEDICA ATACATL	397
TABLA A- 8: AUMENTO DE LA PRODUCTIVIDAD EN LA UNIDAD MÉDICA ATACATL	397
TABLA A-9: RELACIÓN DE COSTO DE CONSULTA BRINDADA	398
TABLA A-10: BENEFICIOS ESPERADOS CON LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO EFQM	398
TABLA A-11: FLUJOS DE EFECTIVO	400
TABLA A-12: EVALUACIÓN DE ESCENARIOS A MEDIANO PLAZO	402

INTRODUCCIÓN

En el entorno rápidamente cambiante que caracteriza al mundo actual, las organizaciones excelentes son ágiles, flexibles y capaces de responder a los cambios rápidos y frecuentes. Las organizaciones excelentes miden y anticipan las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, dan seguimiento a sus experiencias y percepciones y supervisan y analizan el comportamiento de otras organizaciones. El Instituto Salvadoreño del Seguro Social como una organización dedicada a la prestación de servicios de salud busca la excelencia y la satisfacción de necesidades de sus derechohabientes, así como las necesidades laborales de su personal y su éxito se medirá en función de los resultados que alcance, la manera de alcanzarlos y lo que sea capaz de alcanzar. Si esto es de por sí difícil en óptimas condiciones, más difícil aún resulta lograrlo de manera sostenida en un mundo que se caracteriza por una creciente competitividad a nivel global, la rapidez con que se produce la innovación tecnológica y los procesos de trabajo en cambio continuo.

Actualmente El Instituto Salvadoreño del Seguro Social presta sus servicios de salud al 65% de la población económicamente activa y a su familia, lo cual indica una incidencia en la Salud de la población salvadoreña. Dicha institución busca la excelencia en su gestión administrativa, valiéndose de los recursos disponibles, que le faciliten el logro de sus objetivos.

El siguiente estudio surge de esa necesidad, presentando una guía para la implantación de un sistema de gestión de calidad basado en el modelo de excelencia EFQM, que le permita a la organización desarrollarse eficientemente a través de la mejora continua y la auto evaluación con un enfoque global y completo. El documento contempla un estudio minucioso y detallado de las posibilidades reales de implantar el modelo EFQM al ISSS y que le permitan alcanzar sus objetivos y establecerse como una institución a la vanguardia del sistema de salud nacional.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

GENERAL:

Proponer una guía para la implantación de un sistema de Gestión de Calidad basado en el modelo de excelencia EFQM en el área de salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social para proporcionarles las herramientas claves que le permitan su implantación y logro de la excelencia institucional.

ESPECÍFICOS:

- Establece el marco teórico del modelo EFQM para conocer sus antecedentes, su estructura, y beneficios que ofrece a los sistemas de gestión de calidad.
- Realizar una autoevaluación basada en el modelo EFQM, en una unidad tipo del área de salud, para obtener un diagnóstico y detectar áreas de mejora y fortalezas.
- Desarrollar Acciones de Mejora para la unidad tipo en estudio que nos permita establecer las bases de la implantación del Modelo EFQM.
- Proponer un Plan de gestión de calidad para la institución, el cual contemplara los elementos o recursos necesarios que se emplearan en pro de la calidad para el logro de sus objetivos.

- Proponer la Estructura de Calidad dentro de la organización para apoyar el Sistema de Gestión de calidad.
- Proponer una metodología para la autoevaluación continua y desarrollo de un Plan de Mejoras dentro de los Centros de Atención Médica del ISSS.
- Adaptar el Modelo de Gestión de Calidad EFQM a los centros de atención médica del Instituto Salvadoreño del Seguro Social para su implantación.
- Diseñar un plan de implementación para determinar las actividades y los tiempos necesarios para la implementación del modelo EFMQ en el área de salud del ISSS.
- Realizar una evaluación de los beneficios y costos de la implementación del Modelo de Gestión de Calidad EFQM para el Área de Salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Realizar una evaluación económica del proyecto para reflejar los beneficios económicos que obtendrá el área de salud del ISSS con la implementación del Modelo de Gestión de Calidad EFQM.
- Realizar una evaluación social del proyecto para identificar los beneficios que obtendrán los derechohabientes actuales y potenciales del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

IMPORTANCIA DEL PROYECTO

El Seguro Social cobra gran importancia en un país como el nuestro, donde se da un acelerado crecimiento de la población y por ende, se requiere de nuevos programas encaminados a garantizar la salud del ciudadano, con una mejor y ágil atención, gente profesional con especialización en sus respectivas áreas y sobre todo comprometida con su trabajo y deber para con los derechohabientes, así como también tecnología de punta que permita brindar servicios médicos de calidad.

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social tiene como meta brindar a sus derechohabientes y familia los beneficios de la Seguridad Social, con el mandato constitucional de acercar los servicios de salud a la población en general; lo que, a su vez, obliga al instituto a examinar cuidadosamente las políticas de gestión de los programas, a fin de adecuarlos a la realidad económica y social que vive el país y el futuro que le depara la modernización de los entes estatales.

Todo esto nos indica la relevancia del ISSS para el país, por ello es de vital importancia que la calidad del servicio brindado en todos los sentidos sea satisfactoria para sus usuarios, ya que esto beneficiará de forma directa e indirecta a la sociedad y al país en general. Esto implica, no solamente disponer de una forma de medición de los resultados obtenidos en la atención al derechohabiente, sino que debe contar con una metodología para la mejora continua, y un modelo de Gestión de la calidad total que le permita identificar las áreas en las que debe poner mayor énfasis para el logro de sus objetivos y enfrentar los desafíos que se presentan, la EFQM (Fundación Europea de Modelos de Calidad) es una organización que se ha dedicado a "tangibilizar" los principios de la calidad total para que sean aplicables a las organizaciones. Para ello ha desarrollado un modelo de gestión de la Calidad Total o Excelencia

Las organizaciones que utilizan el modelo EFQM coinciden en que el ejercicio les reporta una amplia gama de beneficios entre los que se destacan los siguientes:

- El modelo proporciona un planteamiento muy estructurado y basado en datos que permite identificar y evaluar los puntos fuertes y las áreas de mejora de la organización y medir su progreso periódicamente.
- El modelo educa al personal de la organización en los conceptos fundamentales y en el marco general que permite gestionar y mejorar la organización, relacionando dichos conceptos y marco general con las responsabilidades de las personas.
- El modelo integra las distintas iniciativas de mejora en las operaciones habituales.
- El modelo facilita la comparación con otras organizaciones, de naturaleza similar o distinta, mediante un conjunto de criterios ampliamente aceptados y también identificando y permitiendo compartir "Buenas practicas" en la organización.

La autoevaluación es uno de los recursos en los que se basa el modelo, lo que permite la medición de los resultados que están dando, complementándolo con actividades de aprendizaje que faciliten el establecimiento de prioridades, la planificación y la implementación de mejoras.

Una de las bondades con las que cuenta este modelo es que puede apoyarse para el logro de la excelencia en la gestión en normas ya existentes como lo son las ISO 9000, comúnmente utilizadas para la mejora de procesos que es uno de los agentes facilitadores.

El modelo EFQM ha obtenido excelentes resultados en empresas Europeas que prestan servicios de educación y salud. En el área de salud, podemos mencionar la clínica Nuestra señora de la Paz, Hospital dos de Maig, Clínica Moncloa, hospital de Zumárraga, Hospital de Bidasoa, Hospital psiquiátrico de Álava y salud mental extra hospitalaria entre otros.

Entre los resultados comunes obtenidos por estas organizaciones después de la aplicación del modelo, podemos mencionar:

- Añadir valor para todos los grupos de interés: es decir para el cliente interno y externo, asíéndolos parte del desarrollo integral de la organización.
- Éxito sostenido a largo plazo: el desarrollo continuo de las organizaciones les permite mantenerse como organizaciones excelente.
- Mejor comprensión de lo que aporta valor al cliente: La auto evaluación permite la identificación de las necesidades de sus clientes.
- Máximo nivel de compromiso y efectividad de las personas: La identificación de las áreas de mejora, de los responsables de realizarlas y de la mejor forma, genera el compromiso.
- Mayor orientación hacia los resultados deseados: El modelo permite identificar los esfuerzos que generan valor agregado y los que no.
- Optimización del empleo de las personas y los recursos.
- Máxima participación, actitud positiva y motivación.
- El conocimiento se comparte de manera eficaz.
- Oportunidad para las personas de aprender y desarrollar nuevas capacidades.
- Agilidad de la organización y reducción de costos.
- Identificación de oportunidades.
- Optimización del rendimiento.

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social ha iniciado una nueva etapa de modernización, en la que busca implementar herramientas administrativas para el desarrollo integral de su organización. Actualmente la Sección Gestión de Calidad esta desarrollando propuestas de Implementación de Sistemas de Gestión de Calidad para toda la Institución.

El modelo EFQM es aplicable a cualquier tipo de organización, independientemente de la naturaleza de esta, ya que abarca todas las áreas, pero es importante recalcar que este modelo asigna mayor peso a los resultados de medidas directas de la percepción de los clientes, personas y sociedad, que a medidas e indicadores de gestión, es por ello que es muy aceptado e implementado en instituciones del sector publico, sobre todo en el área de salud y educación, el ISSS tiene estas características y con su implementación obtendría una forma eficiente de medir los logros que esta alcanzando en la sociedad, a nivel local o nacional y orientar sus esfuerzos. Recientemente, el gobierno se comprometió con la población para construir un sistema de salud eficaz, enfocado en salud preventiva, en la que habrá programas de prevención para la salud de la población en general, así como actividades de educación y fomento de la salud. El Seguro Social como parte de este compromiso debe cumplir con las metas del milenio, que precisan una mejor y mayor atención para madres e hijos, a fin de minimizar los riesgos para su salud.

El modelo EFQM permite identificar de forma clara hacia donde debe dirigirse la organización en la mejora de la calidad de servicios, siendo esta una de las ventajas más significativas de la aplicación del modelo al área de salud en la que una insatisfacción de servicios puede llegar a cobrar vidas.

Actualmente el ISSS cubre todo el país protegiendo a 1,019,220 personas aseguradas, de los cuales 576,562 son cotizantes activos, 93,847 son

cotizantes pensionados (ISSS, INPEP y AFP'S), y 348,811 son beneficiarios; estos últimos se dividen en 181,261 cónyuges (esposas y esposos) y 167,550 menores de 12 años (hijos de cotizantes activos), representado la seguridad de la salud de una parte significativa de la población activa.

Conociendo la importancia y los beneficios del sistema de gestión de la calidad basado en el modelo EFQM, se presenta la importancia en este momento de un estudio para el desarrollo de una guía para la implementación del modelo para el área de salud, del Instituto Salvadoreño del Seguro Social que le permita posicionarse como una organización de excelencia a nivel nacional como internacional.

En conclusión, se puede decir que el proyecto se justifica por:

- El modelo tiene la capacidad de adaptarse a cualquier tipo de organización y ha tenido gran éxito en instituciones del sector público que prestan servicios de Educación y Salud, el cual es el caso del ISSS.
- El departamento de Desarrollo Institucional, se encuentra en la actualidad en la búsqueda de un sistema de calidad que le permita brindar un mejor servicio a los derechohabientes.
- La calidad del servicio brindado por el ISSS es de gran importancia para el desarrollo del país, ya que esto repercute en el 38% de la población Nacional, lo cual sugiere que se desarrollen esfuerzos integrales en la mejora de la calidad de los servicios que se prestan en el área de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema se plantea mediante el uso de la técnica de la caja negra, la cual se presenta a continuación:



El Instituto Salvadoreño del Seguro Social cuenta con un Sistema de Calidad orientado únicamente a procesos relacionados a la atención al cliente.

Diseño de una guía para la Implantación de un Sistema Gestión de Calidad total basado en el Modelo de Excelencia EFQM para el área de salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Por lo cual el problema puede enunciarse de la siguiente forma:

“Establecer una guía para la implantación de un Sistema de Gestión de la calidad total para el área de Salud basada en el modelo EFQM que proporcione al Instituto Salvadoreño del Seguro Social una orientación clara para lograr la excelencia a nivel Institucional”

ALCANCES Y LIMITACIONES

ALCANCES

- La guía de implementación del sistema de gestión de calidad con el modelo de excelencia EFQM será diseñado tomando una unidad tipo del área de salud, que representa una estructura básica del sistema de salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

LIMITACIONES.

- El estudio se limitará a la elaboración de una Guía para la Implantación del Modelo de Gestión para su futura implementación en ISSS, ya que su implementación como tal corresponderá a la organización dependiendo de su estructura y sistema de calidad definidos.
- La resistencia al cambio que se experimenta en los diferentes niveles de la organización.
- El acceso a información documentada sobre algunos procedimientos e información general dentro del ISSS.

CAPITULO

I

MARCO TEORICO



C. SEGURIDAD SOCIAL.

1. DEFINICIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL.

Es un Sistema de Seguros perteneciente al Estado que proporciona recursos financieros y servicios médicos a las persona impedidas por enfermedad o por accidente.

Los sistemas sanitarios se coordinan a menudo con otros mecanismos de seguridad social como programas de pensiones de subsidio al desempleo y de compensaciones laborales.

El Departamento de Seguridad Social de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Ginebra, en conjunto con el Centro Internacional de Formación de la OIT, con sede en Turín y la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), en Ginebra publicaron en 1991 un interesante documento titulado "Administración de la seguridad social". De este documento se transcribe una definición de Seguridad Social ampliamente aceptada, es la siguiente:

"Es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos".

2. OBJETIVOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La Seguridad Social Integral tiene como fin proteger a los habitantes de la República, de las contingencias de enfermedades y accidentes, sean o no de trabajo, cesantía, desempleo, maternidad, incapacidad temporal y parcial, invalidez, vejez, muerte, sobrevivencia y cualquier otro riesgo que pueda ser

objeto de previsión social, así como de las cargas derivadas de la vida familiar.

La Seguridad Social debe velar porque las personas que están en la imposibilidad sea temporal o permanente de obtener un ingreso, o que deben asumir responsabilidades financieras excepcionales, puedan seguir satisfaciendo sus necesidades, proporcionándoles, a tal efecto, recursos financieros o determinados servicios”

3. AMBITO DE APLICACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

Estarán protegidos por el Sistema los habitantes de la República que cumplan con el requisito de afiliación¹. La protección social que garantiza el Sistema requiere de la afiliación del interesado y el registro de sus beneficiarios calificados. Corresponde al empleador la afiliación de sus trabajadores y quienes no tengan relación de dependencia lo harán directamente.

4. ORGANIZACIÓN, ESTRUCTURAS Y FUNCIONES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

El Sistema de Seguridad Social Integral como conjunto orgánico, interrelacionado e interdependiente de regímenes de protección social, está organizado en subsistemas y es un servicio público de afiliación obligatoria para cada trabajador y de carácter contributivo.

El órgano de dirección del Sistema de Seguridad Social Integral es el Ministerio del Trabajo, teniendo como marco legal la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social y las leyes especiales que rigen los diferentes subsistemas, sin menoscabo de las competencias concurrentes de los Ministerios u otros entes de supervisión y control.

Se crea el Consejo Nacional de la Seguridad Social como órgano asesor y consultivo del Ejecutivo Nacional.

¹ Ser trabajadores activos bajo un contrato en una empresa pública o privada o beneficiado de este.

5. SUBSISTEMAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

5.1 SUBSISTEMA DE PENSIONES

El Subsistema de Pensiones tiene por objeto la cobertura de las contingencias de invalidez, vejez, muerte, asistencia funeraria, nupcialidad y sobrevivencia.

5.2 SUBSISTEMA DE SALUD

El Subsistema de Salud tiene por objeto garantizar a los afiliados el financiamiento y la seguridad de la prestación de los servicios de salud. Los beneficios que otorgará el subsistema y sus condiciones serán determinados en la ley especial.

5.3 SUBSISTEMA DE PARO FORZOSO Y CAPACITACION LABORAL

El Subsistema de Paro Forzoso y Capacitación Laboral, tiene como objeto la protección temporal del afiliado por la terminación de la relación de trabajo en los términos y condiciones señalados en la Ley del Subsistema, mediante el otorgamiento de prestaciones en dinero; así como procurar su pronta reinserción al trabajo, a través del servicio de intermediación y capacitación laboral.

5.4 SUBSISTEMA DE RECREACION

El objeto del Subsistema es promover e incentivar el desarrollo de programas de recreación, utilización del tiempo libre, descanso y turismo social para los afiliados y beneficiarios del Sistema de Seguridad Social Integral.

6. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La Seguridad Social Integral se basa en los siguientes principios:

- **Universalidad:** Es la garantía de protección para todas las personas amparadas por esta Ley, sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida.

- Solidaridad: Es la garantía de protección a los menos favorecidos en base a la participación de todos los contribuyentes al sistema.
- Integralidad: Es la garantía de cobertura de todas las necesidades de previsión amparadas dentro del Sistema.
- Unidad: Es la articulación de políticas, instituciones, procedimientos y prestaciones, a fin de alcanzar su objetivo.
- Participación: Es el fortalecimiento del rol protagónico de todos los actores sociales, públicos y privados, involucrados en el Sistema de Seguridad Social Integral.
- Autofinanciamiento: Es el funcionamiento del sistema en equilibrio financiero y actuarialmente sostenible.
- Eficiencia: Es la mejor utilización de los recursos disponibles, para que los beneficios que esta Ley asegura sean prestados en forma oportuna, adecuada y suficiente

D. CALIDAD.

E.

7. DEFINICIONES DE CALIDAD

La calidad ha experimentado un profundo cambio hasta llegar a lo que hoy conocemos por Calidad Total, como sinónimo de sistema de gestión empresarial para conseguir la satisfacción de los clientes, los empleados, los accionistas y de la sociedad, en su sentido más amplio.

En el contexto de las empresas industriales desde comienzos de siglo, y tal vez antes, se entendía la calidad como:

"El grado en que un producto cumplía con las especificaciones técnicas que se habían establecido cuando fue diseñado".(1)

Posteriormente fue evolucionando el concepto de calidad, que la norma UNE 66-001 define como:

"La adecuación al uso del producto o, más detalladamente, el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas"(2).

Más recientemente el concepto de calidad ha trascendido hacia todos los ámbitos de la empresa y así actualmente se define como:

"Todas las formas a través de las cuales la empresa satisface las necesidades y expectativas de sus clientes, sus empleados, las entidades implicadas financieramente y toda la sociedad en general"(3).

Podemos observar que esta última definición engloba conceptualmente a la segunda y ésta a su vez a la primera. En paralelo con esta evolución han ido también progresando los mecanismos mediante los cuales las empresas han gestionado o administrado la calidad. Así, inicialmente

se hablaba de control de calidad, departamento o función responsable de la inspección y ensayo de los productos para verificar su conformidad con las especificaciones. Estas inspecciones se realizaban en un principio masivamente en el producto acabado y, más tarde, se fueron aplicando durante el proceso de fabricación.

En los años 50, y en consonancia con la definición (2), surgió el término "Quality Assurance" que podemos traducirlo como garantía o aseguramiento de la calidad y que engloba al "conjunto de actividades planificadas y sistemáticas, necesario para dar confianza de que un producto o servicio va a satisfacer los requerimientos establecidos".

Posteriormente, y en relación a la definición (3), han surgido varios términos que podríamos traducir, eliminando pequeños matices entre ellos y simplificando como Calidad Total.

Un modelo de gestión de Calidad Total es un modelo global de gestión de toda la empresa.

8. HISTORIAL DEL DESARROLLO DE LA CALIDAD

2.1 LA PREHISTORIA DE LA CALIDAD

Según Feigenbaum, el control de calidad hasta el fin del siglo XIX se caracterizó por ser realizado totalmente por los operarios, lo que denominó Control de Calidad del Operario. Posteriormente en el período de la Primera Guerra Mundial se dio el Control de Calidad del Capataz y entre las dos guerras aparece el Control de Calidad por Inspección o lo que conocemos como el *Control de Calidad Moderno*.

2.2 EL CONTROL DE CALIDAD MODERNO

En 1931, Walter Shewhart publicó " Economic Control of Quality of Manufactured Products " (Control Económico de la Calidad de Productos Manufacturados), en el que se plantean los principios básicos del control de la calidad, sobre la base de métodos estadísticos, centrándose en el uso de Cuadros de Control. Convirtiéndose así en el padre del Control de Calidad Moderno (aunque algunos autores dan esta paternidad a Deming, debemos considerar que los estudios de Deming se basaron inicialmente en los de Shewhart).

Después del aporte de Shewhart, en 1941 y 1942 se aprobaron y publicaron los "Estándares Z" conocidos como los estándares de la Guerra, que enfocaban el uso de los Cuadros de Control para el análisis de datos y su aplicación durante la producción.

En 1947 un grupo de empleados de Johns- Manville terminaron de rodar y editar un video llamado "Control de Calidad Moderno" con el objetivo de promover los aspectos básicos del control de calidad en su empresa entre los empleados e indirectamente a la gerencia: cuadros de control, histogramas, límites para gráficos de barras y cuadros R, así como muestreo. Fue tan exitoso, que trascendió a la empresa y fue utilizado en muchas otras durante décadas. Sin embargo, la concientización real sobre la importancia de la calidad no se asentó en occidente sino hasta los años 80.

Mientras en el Japón:

Después de la II Guerra Mundial, el Japón se encontraba frente a la nada fácil tarea de reconstruir su país. En aquel momento, las fuerzas de ocupación de los EEUU, decidieron apoyar en la reconstrucción de la economía y la infraestructura de manera directa, con el objetivo de evitar que el Japón recuperara su capacidad bélica.

Llevaron al Japón un importante número de expertos estadounidenses para ayudar en la labor, pero antes de esto, debían ganar la confianza de los japoneses, quienes aún los veían como los enemigos.

Se construyeron establecimientos industriales orientados a la fabricación de radios, pero luego de la guerra, los administradores experimentados del Japón fueron alejados de puestos de esta naturaleza por su labor durante la guerra y el personal con el que se contaba carecía de formación y experiencia, por lo que el resultado fue productos de bajísima calidad.

Para apalea este problema se creó el NETL (National Electric Testing Laboratory), con la responsabilidad de controlar la calidad. Sin embargo, poco tiempo después se reconoció que esta estrategia nunca podría alcanzar buenos resultados en el largo plazo, así que se reorientaron los esfuerzos hacia la capacitación de esta nueva generación de administradores. Programa que se realizó conjuntamente por la CCS y la JUSE (Unión de Científicos e Ingenieros del Japón).

2.3 EL CONTROL ESTADISTICO DE LA CALIDAD

Entre los temas de la capacitación, se incluyó el Control Estadístico de la Calidad (SQC – Statistical Quality Control) y especialmente los aportes en este campo de Walter Shewhart. La JUSE vió en esta temática una razón, tal vez la principal, de la victoria de los EEUU en la guerra y orientó su interés hacia este campo, solicitando a la CCS que les recomendara a expertos que pudieran profundizar y reforzar el tema.

En aquel entonces Shewhart no estaba disponible, así que recomendaron a un profesor de la Universidad de Columbia, que había estudiado y aplicado los métodos de Shewhart, W. Edwards Deming. Ya en 1947 Deming había estado en el Japón como parte de una misión de observación económica, por lo que los japoneses ya lo conocían, facilitando su incorporación como instructor.

En 1950, durante dos meses, Deming entrenó a cientos de ingenieros y administradores, así como a ejecutivos de primer nivel, enfocándose principalmente en tres aspectos claves:

- ✓ El ciclo PDCA
- ✓ Las causas de las variaciones
- ✓ El control de procesos con Cuadros de Control

2.4 ADMINISTRACION DE LA CALIDAD TOTAL

Al inicio los resultados fueron bastante buenos, pero poco a poco se regresaba a la situación inicial, bajó la motivación a nivel de trabajadores, la información recolectada no era exacta y los ejecutivos no mostraban interés en continuar con el SQC. Para tratar de solucionar este dilema, la JUSE invitó a Joseph M. Juran para realizar conferencias y charlas respecto del Rol de la Gerencia en la Promoción de las Actividades de Control de Calidad. Esta visita marcó el salto en Japón de los primeros pasos en Calidad hacia la Calidad Total, al introducir aspectos como la definición de las políticas de calidad y la planificación de la calidad. Que se reforzó con el lanzamiento en Japones del libro " The Practice of Management " de Peter Drucker, en el que se plantea la Administración por Objetivos.

Los Japoneses fusionaron las enseñanzas de Deming y Juran con la Administración por Objetivos y dieron los primeros pasos hacia la Planeación Estratégica de la Calidad y hacia la Administración de la Calidad Total (TQM – Total Quality Management). Se creó el Premio Deming.

CONTROL DE CALIDAD EN TODA LA COMPAÑÍA (CWQC)

En 1957 Kaoro Ishikawa publica un libro en el que se resalta la importancia de la Administración y las Políticas Operacionales, base de lo que se conoce como el Control de Calidad en Toda la Compañía (Company-Wide Quality Control- CWCQ), que en términos generales es muy parecido al Control de Calidad Total.

El Control de Calidad en Toda la Compañía es un enfoque del control de calidad desarrollado por Kaoro Ishikawa entre 1955 y 1960. Es consistente con los planteamientos de Deming y Juran, y se acerca mucho al Control de Calidad Total.

La filosofía del CWQC se refiere al hecho de que la calidad no debe ser entendida solo como un elemento de los productos, sino también como parte del servicio post-venta, así como de la administración en general y la vida humana.

Algunos de los aportes de CWQC son:

- ✓ Calidad Mejorada
- ✓ Procesos Uniformes
- ✓ Reducción de Defectos
- ✓ Reducción de Costos

Según Ishikawa, la calidad debe ser el objetivo de toda empresa, que el más alto nivel de calidad será aceptado a nivel mundial. En tal sentido, CWQC será el axioma para conseguir que las personas sean conscientes de su trabajo y que la empresa, aprovechando la creatividad y la sociabilidad, consigan satisfacer las necesidades de los clientes.

Juran hizo otra visita en 1960, en la que hizo hincapié en la responsabilidad de la gerencia en la definición de objetivos y en la planificación para mejorar, que abrió las puertas al Hoshin Kanri o Policy Deployment

CERO CONTROL DE CALIDAD

Durante los 60's Shigueo Shingo desarrolló Poka Yoke y los sistemas de inspección en la fuente. Y para 1977 planteó formalmente Cero Control de Calidad como una estrategia para conseguir Cero Defectos, lo cual -a su criterio- nunca se conseguiría con la forma en que el Control Estadístico de la Calidad enfocaba el problema.

DESPLIEGUE DE LA FUNCIÓN DE CALIDAD

En 1972, el astillero de la Mitsubishi en Kobe hace un gran avance en los conceptos modernos de calidad, profundizando y centrando los conceptos del Hoshin Kanri. Esto resultó en un enfoque ampliado de la Calidad desde el diseño de un producto hasta su consumo o uso, lo que llamaron Despliegue de la Función de Calidad o QFD (Quality Function Deployment), que derivaría posteriormente en el concepto de Concurrent Engineering

CERO DEFECTOS

En 1985 Motorola acuña el término Sigma 6 como objetivo de calidad. Los conceptos japoneses llegan al occidente

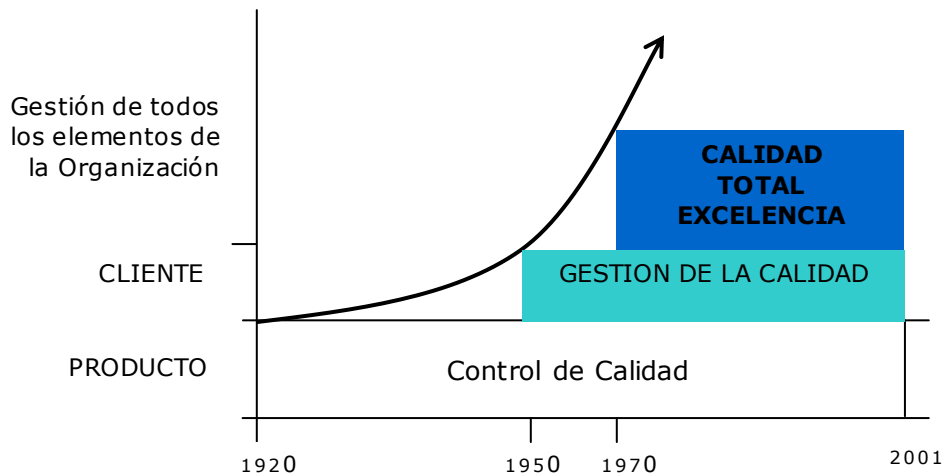
1986 Deming publica " Out of the Crisis " (Fuera de la Crisis), donde explica detalladamente su filosofía de calidad, productividad y posición competitiva, incluyendo sus famosos 14 Puntos para la Administración (actualmente conocidos como los 14 Puntos de Deming).

ISO 9000

En 1987 aparece la serie ISO 9000, la cual reúne el trabajo de la ISO en Administración y Aseguramiento de la Calidad desde 1979 y que LO QUE VINO DESPUÉS 1994 Deming publica su libro " The New Economics ", en el que plasma su Sistema del Conocimiento Profundo, necesario –según Deming- para transformar el estilo gerencial actual en uno óptimo.

9. ETAPAS DE LA EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD

Figura B-1: Evolución de la Calidad.



Las empresas y sus departamentos pueden estar en cualquiera de las distintas etapas anteriormente citadas.

Estas tres etapas del concepto de la calidad han sido respuestas a la evolución en los últimos años de los sistemas de producción. Estos han evolucionados desde la producción en masa hasta la producción ajustada.

Figura B - 2: Etapas de la Calidad.

ANOS	20	70	90
SISTEMA DE PRODUCCION	En masa En masa		Ajustada
CONCEPTO DE CALIDAD	Conformidad de especificaciones	Satisfacción de necesidades de los clientes	Satisfacción de los clientes, de los empleados, accionistas y sociedad
ETAPAS DE LA GESTION DE LA CALIDAD	Control de la calidad	Aseguramiento de la calidad	Calidad Total

3.1 CONTROL DE CALIDAD

El control de calidad surge a principios del siglo XX, momento en el que el Taylorismo definía una clara división de funciones y separación entre la planificación y la ejecución en la empresa, en consecuencia una diferenciación entre las personas que ejecutan tareas y las que controlan.

El segundo gran hito de este siglo fue "la línea de montaje" desarrollada por Henry Ford. Este sistema requería que las piezas utilizadas en la línea fueran intercambiables y por tanto deberían cumplir unos requisitos mínimos. Introdujo las tolerancias que las piezas deberían cumplir para garantizar su montaje y era necesario el control final de las mismas. Se impuso el concepto de inspección aplicada a todos los productos terminados.

Posteriormente, hacia 1930, se introduce la estadística (planes de muestreo) a la inspección, reduciendo los costos al evitar controlar el 100% de las piezas. Diversos análisis dictaminaron que realizando controles intermedios en el proceso, se evitaba procesar un producto que ya llevaba implícito el defecto por el cual se iba a rechazar al final. Por ello se pasó de la inspección final del producto acabado al control de calidad en las diferentes fases del proceso.

3.2 ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD.

El aseguramiento de la calidad es el conjunto de acciones, planificadas y sistemáticas, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto o servicio va a satisfacer los requisitos dados sobre la calidad.

Siguiendo el proceso de simplificación y reducción de costos del control de calidad, los grandes "compradores" se dieron cuenta que para garantizar que sus proveedores les enviaran los productos cumpliendo sus especificaciones, era necesario que organizaran y documentaran todos aquellos aspectos de su empresa que pudieran influir en la calidad del producto que les suministraban.

Todo ello debía estar sistematizado y documentado, y por ello empezaron a obligar a sus proveedores a garantizar la calidad.

Al que exista un sistema de calidad documentado (manual de calidad) con procedimientos e instrucciones técnicas, y se revise su cumplimiento a través de auditorías se le ha denominado sistema de aseguramiento de la calidad.

3.3 CALIDAD TOTAL

La Calidad Total es una sistemática de gestión a través de la cual la empresa satisface las necesidades y expectativas de sus clientes, de sus empleados, de los accionistas y de toda la sociedad en general, utilizando los recursos de que dispone: personas, materiales, tecnología, sistemas productivos, etc.

A partir de los años 50 y con motivo de una serie de conferencias de Deming y Juran, discípulos de Shewhart, a empresarios japoneses organizadas por la JUSE (Unión Japonesa de Científicos e Ingenieros), se desencadena el desarrollo de las principales teorías sobre la Calidad Total de autores japoneses: Ishikawa, Taguchi, Ohno, etc.

Japón había salido mal parado de la Segunda Guerra Mundial y debía recuperarse. No disponía de recursos propios excepto las personas y su materia gris. Este fue el foco de cultivo.

Las limitaciones impuestas a Ohno, directivo de Toyota fueron: Rigidez laboral (no podía despedir a nadie), carencia de dinero (ausencia de capital que además era caro, no podía comprar máquinas modernas), limitación de mercado (no podía exportar), etc. Estas limitaciones forzaron a su creatividad a buscar soluciones centrando su actividad en: Buscar la colaboración de las personas, ya que no podía prescindir de ellas, formándolos para que trabajaran mejor en la consecución de los objetivos de la empresa. Les hace responsables de ello.

F. MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD - EFQM.

G.

10. DESCRIPCION DEL MODELO EFQM



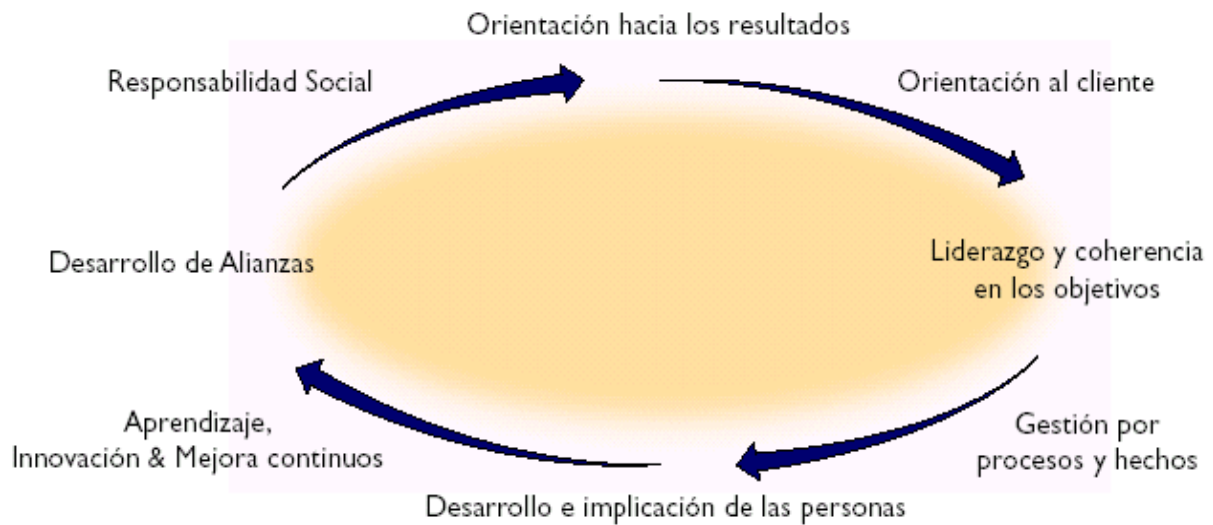
Toda organización que mire hacia el futuro, desarrolle estrategias y se alinee para hacerlas realidad, debe necesariamente identificar cuales son en la actualidad sus puntos fuertes y sus debilidades (o áreas de mejora). Analizar este proceso, que la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) denomina Autoevaluación, la organización obtendrá un conocimiento profundo de si misma.

Utilizar el modelo EFQM de Excelencia como marco para evaluar este cuadro, no solo proporciona una visión panorámica de conjunto para el equipo de dirección, sino, también, una guía detallada a seguir que ayudará a las personas de la organización a identificar su contribución al progreso hacia el objetivo final. Puesto que el modelo, además, contempla la dinámica del benchmarking con las mejores practicas empresariales del mundo, el cuadro asume una perspectiva global sumamente poderosa.

Aun que no existen organizaciones iguales, este modelo proporciona un marco genérico de criterios que pueden aplicarse a cualquier organización o parte de organización. El modelo esta integrado por nueve criterios. Cinco de ellos, los criterios del grupo "Agentes Facilitadores", se ocupan de la dirección futura de la organización, lo que hace y como lo hace. Los cuatro restantes, los criterios del grupo "Resultados" tratan sobre lo que la organización logra a través de los criterios "Agentes Facilitadores".

El Modelo EFQM de Excelencia se basa en un conjunto de conceptos fundamentales (ver Figura C-1). Estos conceptos sostienen la definición de *Excelencia, para alcanzarla es necesario contar con el compromiso y la aceptación totales de estos conceptos por parte de la dirección.

Figura C-1: Conceptos fundamentales de EFQM



11. ANTECEDENTES DEL MODELO EFQM

La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) fue fundada en 1988 por 14 empresas europeas líderes en su sector, con el apoyo de la Comisión de la Unión Europea, con el objeto de ayudar a las empresas europeas a ser más competitivas en el mercado mundial. En la actualidad cuenta con más de 800 miembros y su papel es decisivo en el logro de la eficiencia de las organizaciones europeas, y en la difusión de la importancia de la mejora de la calidad, apoyando a los directivos en el proceso hacia la puesta en práctica de programas de GCT16.

El Modelo Europeo para la Excelencia Empresarial, se desarrolló en 1991 en consonancia con los modelos Malcolm Baldrige en los EE.UU. y el premio Deming en Japón, como marco para la autoevaluación de la organizaciones y como base para evaluar las solicitudes al Premio Europeo de la Calidad, que fue concedido por primera vez en 1992.

En 1999 y tras un proceso de revisión que duró dos años se presentó la versión actual del modelo que pasó a denominarse Modelo EFQM de Excelencia.

La EFQM propone un modelo constituido por un conjunto de factores o criterios que interrelacionados entre sí definen a una organización teóricamente excelente, capaz de lograr y mantener los mejores resultados posibles.

La aplicación de este modelo a una unidad clínica, servicio, área y en general cualquier organización consiste en realizar una evaluación de los diferentes elementos que la integran (valores, modelo de gestión, procesos, resultados, etc.) y comparar los resultados con el referente teórico definido por la EFQM. Esta comparación permite, fundamentalmente, identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora de la unidad que se evalúa y facilita una visión de su situación respecto a la excelencia sostenida definida por el modelo. Desde esta perspectiva el Modelo EFQM de Excelencia puede ser considerado como una herramienta de identificación de oportunidades de mejora, pero con la ventaja de que al utilizar un referente permite realizar una evaluación global, en profundidad y sistemática, sin descuidar ninguno de los aspectos importantes que pueden determinar la calidad de la organización.

12. ESTRUCTURA DEL MODELO EFQM

El modelo EFQM se basa en nueve criterios como se muestra la Figura C-2, agrupados por el tipo de criterios, los cuales son:

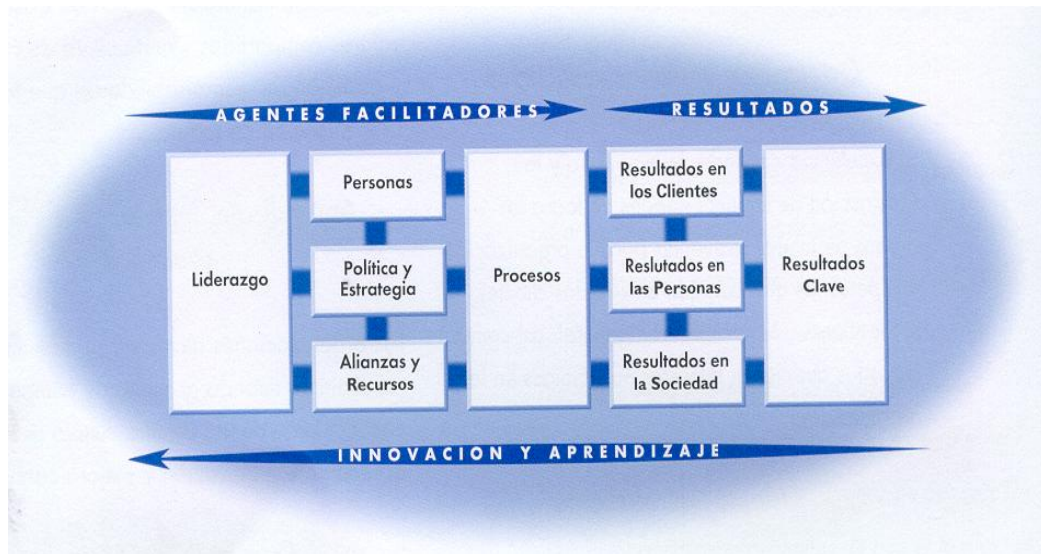
- ✓ Agentes Facilitadores: Los criterios de los agentes Facilitadores trata sobre lo que la organización hace.
- ✓ Resultados: Los Criterios de resultados tratan sobre lo que la organización logra.

Los resultados son consecuencia de los agentes Facilitadores y los agentes Facilitadores se mejoran utilizando la retroalimentación de los resultados.

El modelo, que reconoce que la excelencia en todo lo referente a resultados y rendimiento de una organización se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques, se fundamenta en que:

Los resultados excelentes en el rendimiento general de una organización, en sus clientes, personas y en la sociedad en la que actúa, se logra mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, que se hará realidad a través de las personas, las alianzas y recursos, y los procesos.

Figura C-2: Estructura del modelo EFQM.



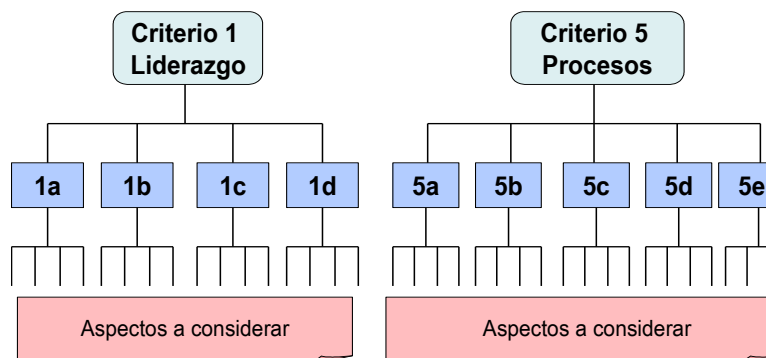
Las flechas subrayan la naturaleza dinámica del modelo, mostrando que la innovación y el aprendizaje potencian la labor de los agentes Facilitadores dando lugar a una mejora de los resultados.

3.1 ESTRUCTURA DE LOS AGENTES FACILITADORES

La estructura del modelo EFQM para los agentes aborda tres niveles:

- ✓ La definición del criterio. La definición expresa el significado que tiene para EFQM cada criterio
- ✓ Los subcriterios que deben ser abordados. Los subcriterios detallan o precisan los criterios y representan lo que la organización debería hacer.
- ✓ Las áreas que orientan sobre lo que la organización puede hacer en relación a cada subcriterio. (no son prescriptivas)

Figura C-3: Estructura de los agentes facilitadores.

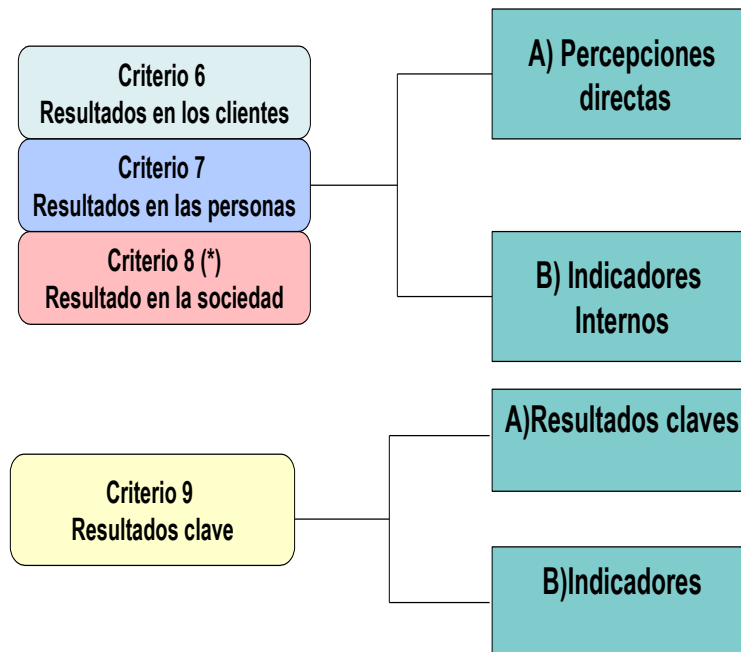


3.2 ESTRUCTURA DE LOS AGENTES DE RESULTADOS.

La diferencia sustancial es que, en este caso, la organización no se compara con el modelo sino que debe medir sus propios resultados y por lo tanto:

- ✓ Los criterios de resultados definen los resultados a considerar.
- ✓ Los subcriterios definen los indicadores que se deben abordar (lo que se debe analizar): Medidas de percepción y de rendimiento
- ✓ Las áreas orientan sobre los aspectos que pueden considerar los indicadores (sugieren aspectos que se pueden considerar)

Figura C-4: Estructura de los agentes de Resultados.



13. CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL MODELO EFQM.

4.1 LIDERAZGO.

Definición.

Los líderes excelentes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores y sistemas necesarios para que la organización logre el éxito sostenido y hacen realidad todo ello mediante acciones u comportamientos. En periodos de cambios son coherentes con el propósito de la organización; y cuando resulta necesario, son capaces de reorientar la dirección de su organización logrando arrastrar tras ellos el resto de las personas.

Subcriterios:

1a) Los líderes desarrollan la misión, visión, valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de excelencia.

En este subcriterio se puede incluir qué hace la organización para:

- ✓ Desarrollar la misión, visión y cultura de la organización.
- ✓ Desarrollar, actuando como modelo de referencia, los valores, principios éticos y responsabilidades públicas que apoyan la cultura de la organización.
- ✓ Revisar y mejorar la eficacia de los comportamientos personales en el área de liderazgo.
- ✓ Implicarse activamente en las actividades de mejora.
- ✓ Estimular y animar la delegación y asunción de responsabilidades por parte de los empleados, y la creatividad e innovación.
- ✓ Animar, apoyar y emprender acciones a partir de las conclusiones extraídas de las actividades de aprendizaje.
- ✓ Establecer y fomenta la colaboración dentro de la organización.

1b) Los líderes se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implementación.

En este subcriterio se pueden incluir qué hace la organización para:

- ✓ Adecuar la estructura de la organización para apoyar la implementación de su política y estrategia.
- ✓ Asegurar que se desarrolla e implanta un sistema de gestión de procesos.
- ✓ Establecer claramente la propiedad de los procesos.
- ✓ Asegurar que se desarrolla e implanta un proceso que permita el desarrollo, despliegue y actualización de la política y estrategia.
- ✓ Asegurar que se desarrolla e implanta un proceso que permita el gobierno eficaz de la organización.
- ✓ Asegurar que se desarrolla e implanta un proceso que permita medir, revisar y mejorar los resultados clave.
- ✓ Asegurar que se desarrolla e implanta un proceso que permita estimular, identificar, planificar e implantar mejoras en los enfoques de los agentes facilitadores.

1c) Los líderes interactúan con clientes, partners y representantes de la sociedad.

En este subcriterio se puede incluir qué hace la organización para:

- ✓ Satisfacer, comprender y dar respuesta a las necesidades y expectativas.
- ✓ Establecer y participar en alianzas.
- ✓ Establecer y participar en actividades de mejora conjunta.
- ✓ Dar reconocimiento a personas y equipos de los grupos de interés, por su contribución a los resultados de la organización, por su fidelidad, etc.
- ✓ Participar en asociaciones profesionales, conferencias y seminarios,

fomentando y apoyando, en particular, la excelencia.

- ✓ Fomentar, apoyar y participar en actividades dirigidas a mejorar el medio ambiente a nivel global y la contribución de la organización a la sociedad, con visitas a respetar los derechos e intereses de las generaciones futuras.

1d) Los líderes refuerzan una cultura de excelencia entre las personas de la organización.

En este subcriterio se puede incluir qué hace la organización para:

- ✓ Comunicar personalmente la misión, visión, valores, política y estrategia, planes, objetivos y metas de la organización a las personas que la integran.
- ✓ Ser accesible, escuchar de manera activa, ser fuente de inspiración y cohesión, y responder a las personas que integran la organización.
- ✓ Ayudar y apoyar a las personas que hacen realidad sus planes, objetivos y metas.
- ✓ Motivar y permitir a las personas participar en actividades de mejora.
- ✓ Dar reconocimiento oportuno y adecuadamente a los esfuerzos de personas y equipos, de todos los niveles de la organización.
- ✓ Fomentar y animar la igualdad de oportunidades y la diversidad.

1e) Los líderes definen e impulsan el cambio en la organización.

En este subcriterio se puede incluir qué hace la organización para:

- ✓ Comprender los fenómenos internos y externos que impulsan el cambio en la organización.
- ✓ Identificar y seleccionar los cambios que es necesario introducir en la organización, en el modelo de la organización y en sus relaciones externas.
- ✓ Liderar el desarrollo de los planes de cambio.
- ✓ Garantizar la inversión, los recursos y el apoyo necesario para el cambio.

- ✓ Gestionar la implantación y los riesgos del conjunto de los programas de cambio.
- ✓ Comunicar los cambios y la razón de los mismos a las personas de la organización y otros grupos de interés.
- ✓ Apoyar y permitir a las personas gestionar el cambio.
- ✓ Medir y revisar la eficacia de los cambios y compartir los conocimientos obtenidos.

4.2 POLÍTICA Y ESTRATEGIA.

Definición:

Las organizaciones Excelentes implantan su misión y visión desarrollando una estrategia centrada en sus grupos de interés y en la que se tiene en cuenta el mercado y sector donde operan. Estas organizaciones desarrollan u despliegan políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.

Subcriterios:

2a) La política y estrategia se basa en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés.

En este subcriterio se puede incluir qué hace la organización para:

- ✓ Efectuar la recolectar y analizar la información para definir los mercados y segmentos de mercado en los que opera la organización tanto en la actualidad como en el futuro.
- ✓ Identificar, comprender y anticipar las necesidades y expectativas de los grupos de intereses actuales y futuros, incluidos clientes, empleados, partners, sociedad en general y entidades u organismos que sean propietarios de la organización.
- ✓ Identificar, comprender y anticipar los avances que se producen en el mercado, incluidas las posibles actividades de la competencia.

2b) La política y estrategia se basa en la información de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas.

En este subcriterio se puede incluir qué hace la organización para:

- ✓ Analizar la información que desprende de los indicadores internos de rendimiento.
- ✓ Analizar la información que se desprende de las actividades de aprendizaje.
- ✓ Analizar los datos obtenidos sobre imagen externa y conocimiento de marca.
- ✓ Analizar el rendimiento de la competencia u otros organizamos comparables y de las organizaciones consideradas como las mejores.
- ✓ Analizar los datos relativos a las cuestiones sociales, medioambientales, de seguridad, legales y políticas, a corto y largo plazo.
- ✓ Analizar los datos para determinar el impacto de las nuevas tecnologías y los modelos de gestión sobre el rendimiento de la organización.

2c) La política y estrategia se desarrolla, revisa y actualiza.

En este subcriterio se puede incluir qué hace la organización para:

- ✓ Desarrollar, revisar y actualizar la política y estrategia de manera coherente con la misión, visión y conceptos de excelencia de la organización.
- ✓ Equilibrar las necesidades y expectativas a corto y largo plazo de todos los grupos de interés.
- ✓ Evaluar riesgos e identificar modos de abordarlos.
- ✓ Identificar las ventajas competitivas actuales y futuras o la capacidad para aprovechar oportunidades.
- ✓ Identificar las capacidades y necesidades fundamentales para que las alianzas hagan realidad la política y estrategia.
- ✓ Reforzar la presencia en los mercados actuales o analizar los requisitos

para cambiar o abrir nuevos mercados.

- ✓ Alinear la estrategia de la organización con la los partners y alianzas.
- ✓ Identificar los factores críticos de éxito.
- ✓ Adecuar y desarrollar de manera continua estándares sociales y medioambientales con los partners.
- ✓ Evaluar la importancia y eficacia de la política y estrategia.

2d) La política y estrategia se comunica y despliega mediante un esquema de procesos claves.

En este subcriterio se puede incluir qué hace la organización para:

- ✓ Identificar, diseñar y comunicar el esquema general de procesos clave necesario para hacer realidad la política y estrategia de la organización.
- ✓ Comunicar la política y estrategia a los grupos de interés y evaluar su grado de sensibilización.
- ✓ Alinear, establecer prioridades, acordar, desplegar en cascada y comunicar los planes, objetivos y metas; así como dar seguimiento a los resultados que se vayan alcanzando.
- ✓ Establecer sistemas de información y seguimiento en toda la organización para analizar el progreso alcanzado.

4.3 PERSONAS.

Definición:

Las organizaciones Excelentes gestionan, desarrollan y hacen que aflore todo el potencial de las personas que las integran, tanto al nivel individual como de equipos o de la organización en su conjunto. Fomentan la justicia e igualdad e implican y facultan a las personas. Se preocupan, comunican, recompensan y dan reconocimiento a las personas para, de este modo, motivarlas e incrementan su compromiso con la organización logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.

Subcriterios:

3a) Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.

En este subcriterio se puede incluir qué hace la organización para:

- ✓ Desarrollar las políticas, estrategias y planes de recursos humanos.
- ✓ Implicar a las personas de la organización y sus representantes, en el desarrollo de las políticas, estrategias y planes de recursos humanos.
- ✓ Alinear los planes de recursos humanos con la política y estrategia, la estructura de la organización y el esquema general de procesos claves.
- ✓ Gestionar la selección, desarrollo de carreras y planes de sucesión.
- ✓ Fomentar y garantizar la equidad en todo lo relacionado con el empleo, incluidas políticas, estrategias y planes de igualdad de oportunidades.
- ✓ Utilizar las encuestas de personal y cualquier otro tipo de información procedente de los empleados para mejorar las políticas, estrategias y planes de recursos humanos.
- ✓ Utilizar metodologías organizativas innovadoras para mejorar la forma de trabajar.

3b) Identificación y desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización.

En este subcriterio se puede incluir qué hace la organización para:

- ✓ Identificar, clasificar y adecuar el conocimiento y las competencias de las personas a las necesidades de la organización.
- ✓ Desarrollar y utilizar planes de formación y desarrollo que contribuya a garantizar que las personas de la organización se ajustan a las capacidades actuales y futuras de la organización.
- ✓ Desarrollar, apoyar con tutores y formar a todas las personas para que se den cuenta y alcancen todo su potencial.
- ✓ Diseñar y fomentar oportunidades de aprendizaje a nivel individual, de equipo y organización.

- ✓ Desarrollar la capacidad de trabajar en equipo.
- ✓ Alinear los objetivos individuales y de equipo con los objetivos de la organización.
- ✓ Revisar y actualizar los objetivos individuales y de equipo.
- ✓ Evaluar el rendimiento de las personas, ayudándoles a mejorarlo.

3c) Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización.

En este subcriterio se pueden incluir qué hace la organización para:

- ✓ Fomentar y apoyar la participación individual y de los equipos en las actividades de mejora.
- ✓ Fomentar y apoyar la implicación de las personas, mediante conferencias y actos celebrados dentro de la organización y proyectos comunitarios.
- ✓ Proporcionar oportunidades que estimulen la implicación y respalden un comportamiento innovador y creativo.
- ✓ Formar a los directivos para que desarrollen e implanten directrices que faculten a las personas de la organización para actuar con independencia.

3d) Existencia de un dialogo entre las personas y la organización.

En este subcriterio se puede incluir qué hace la organización para:

- ✓ Identificar las necesidades de comunicación.
- ✓ Desarrollar políticas, estrategias y planes de comunicación basados en las necesidades de comunicación.
- ✓ Desarrollar y utilizar canales de comunicación verticales (en ambos sentidos) y horizontales.
- ✓ Identificar y asegurar oportunidades para compartir las mejores prácticas y el conocimiento.

3e) Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización.
En este subcriterio se puede incluir qué hace la organización para:

- ✓ Alinear los temas de remuneración, traslados, despidos y otros asuntos laborales con la política y estrategia dentro de los límites marcados por las políticas de la administración o del organismo rector.
- ✓ Dar reconocimiento a las personas con el fin de mantener su nivel de mantener su nivel de implicación y asunción de responsabilidades.
- ✓ Fomentar la concienciación e implicación en temas de higiene, seguridad, medio ambiente y responsabilidad social.
- ✓ Establecer los diferentes niveles de beneficios sociales, planes de pensiones, asistencia sanitaria, guarderías.
- ✓ Reconocer y tener en cuenta la diversidad y los distintos entornos culturales de procedencia fomentando actividades sociales y culturales.
- ✓ Proporcionar recursos y servicios que satisfagan los mínimos legales y, en algunos casos, excedan estos requisitos.

4.4 ALIANZAS Y RECURSOS.

Definición:

Las organizaciones Excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, sus proveedores y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Durante la planificación, y al tiempo que gestionan sus alianzas y recursos, establecen un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización, la comunidad y el medio ambiente.

Subcriterios.

4ª) Gestión de las alianzas externas.

En este subcriterio se puede incluir qué hace la organización para:

- ✓ Identificar las oportunidades para establecer alianzas clave con otras organizaciones y con la comunidad de acuerdo con la política y estrategia y la misión de la organización.
- ✓ Estructurar las relaciones con los partners y proveedores para crear valor y maximizarlo.
- ✓ Establecer alianzas en la cadena logística que añadan valor para los clientes.
- ✓ Identificar las competencias clave de los partners y para apoyar el desarrollo mutuo.
- ✓ Asegurar que la cultura de la organización con la que se establece una alianza es compatible con la propia, y que se comparte el conocimiento de ambas.
- ✓ Generar y apoyar una filosofía innovadora y creativa mediante el uso de alianzas.
- ✓ Suscitar sinergias trabajando juntos para mejorar procesos y añadir valor a la cadena cliente/proveedor.

4b) Gestión de los recursos económicos y financieros.

En este subcriterio se puede incluir qué hace la organización para:

- ✓ Desarrollar e implantar estrategias y procesos económicos y financieros para utilizar los recursos económicos y financieros en apoyo de la política y estrategia.
- ✓ Diseñar la planificación económica y financiera y sus informes para desplegar en cascada las expectativas financieras de los grupos de interés a lo largo de la organización.
- ✓ Establecer los sistemas adecuados de informes.
- ✓ Evaluar las inversiones y desinversiones en activos tangibles e intangibles.
- ✓ Emplear mecanismos y parámetros económicos y financieros para garantizar una estructura de recursos eficaz y eficiente.
- ✓ Desarrollar e introducir metodologías que permitan gestionar los riesgos

económicos y financieros en los niveles adecuados de la organización.

- ✓ Establecer e implantar, en los niveles adecuados, los procesos claves para el gobierno de la organización.

4c) Gestión de los edificios, equipos y materiales.

En este subcriterio se pueden incluir qué hace la organización para:

- ✓ Desarrollar una estrategia de gestión de edificios, equipos y materiales que apoye la política y estrategia de la organización.
- ✓ Gestionar el mantenimiento y uso de los activos para mejorar el rendimiento total de su ciclo de vida.
- ✓ Gestionar la seguridad de los activos.
- ✓ Medir y gestionar cualquier impacto negativo de los activos de la organización en la comunidad y empleados (incluido las cuestiones ergonómicas, de higiene y seguridad).
- ✓ Utilizar los recursos de la organización de forma que no dañen el medio ambiente durante el ciclo completo de vida de un producto.
- ✓ Optimizar los inventarios de material.
- ✓ Optimizar el consumo de suministros (gas, electricidad, agua).
- ✓ Disminuir y reciclar los residuos.
- ✓ Minimizar cualquier impacto global adverso de los productos, de la elaboración de los mismos y de los servicios.
- ✓ Optimizar el uso del transporte.

4d) Gestión de la tecnología.

En este subcriterio se puede incluir qué hace la organización para:

- ✓ Desarrollar una estrategia de gestión de la tecnología que apoye la política y estrategia de la organización.
- ✓ Identificar y evaluar las tecnologías alternativas y emergentes a la luz del impacto en la organización y la sociedad.
- ✓ Gestionar la cartera tecnológica incluida la identificación y sustitución de

tecnología obsoleta.

- ✓ Explorar la tecnología existente.
- ✓ Desarrollar una tecnología innovadora y respetuosa con el medio ambiente.
- ✓ Utilizar las tecnologías de la información y comunicación para apoyar y mejorar la eficacia de las actividades de la organización.
- ✓ Aprovechar la tecnología para apoyar la mejora.

4e) Gestión de la información y del conocimiento.

En este subcriterio se puede incluir qué hace la organización para:

- ✓ Desarrollar una estrategia de gestión de la información y el conocimiento que apoye la política y estrategia de la organización.
- ✓ Identificar los requisitos de información y conocimiento de la organización.
- ✓ Recoger, estructurar y gestionar la información y el conocimiento en apoyo de la política y estrategia.
- ✓ Proporcionar a usuarios internos y externos un acceso adecuado a la información y conocimiento relevantes.
- ✓ Utilizar la tecnología de la información para apoyar la comunicación e información interna y la gestión del conocimiento.
- ✓ Garantizar y mejorar la validez, integridad y seguridad de la información.
- ✓ Cultivar, desarrollar y proteger la propiedad intelectual que sólo posee la organización, para maximizar su valor para el cliente.
- ✓ Tratar de adquirir, incrementar y utilizar el conocimiento de forma eficaz.
- ✓ Generar en la organización un clima de innovación y creatividad mediante el uso de los recursos adecuados de información y conocimiento.

4.5 PROCESOS.

Definición:

Las organizaciones Excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés y generar cada vez mayor valor para ellos.

Subcriterios:

5ª) Diseño y gestión sistemática de los procesos.

En este subcriterio se puede incluir qué hace la organización para:

- ✓ Diseñar los procesos de la organización incluidos aquellos procesos clave necesarios para hacer realidad la política y estrategia.
- ✓ Identificar los grupos de interés de cada proceso y resolver las cuestiones de interfase que surgen dentro de la organización y con los partners externos a fin de gestionar de manera eficaz los procesos de principio a fin.
- ✓ Establecer el sistema de gestión de procesos.
- ✓ Aplicar en la gestión de procesos estándares de sistemas.
- ✓ Implantar indicadores de proceso y establecer objetivos de rendimiento.
- ✓ Revisar la eficacia del esquema general de procesos a la hora de hacer realidad la política y estrategia de la organización.

5b) Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.

En este subcriterio se puede incluir qué hace la organización para:

- ✓ Identificar y priorizar oportunidades de mejora continua y drásticas, así como otros cambios.
- ✓ Utilizar los resultados de los indicadores internos de rendimiento y de las

percepciones, y la información procedente de las actividades de aprendizaje, para establecer prioridades y objetivos de mejora, y métodos operativos perfeccionados.

- ✓ Estimular el talento creativo e innovador de empleados, clientes y partners, y hacer que repercuta sobre las mejoras continuas y drásticas.
- ✓ Descubrir y utilizar nuevos diseños de procesos, filosofías operativas y tecnologías que faciliten las operaciones.
- ✓ Establecer los métodos idóneos para llevar a efecto el cambio.
- ✓ Establecer pruebas piloto y controlar la implantación de procesos nuevos o modificados.
- ✓ Comunicar los cambios introducidos en los procesos a todos los grupos de interés pertinentes.
- ✓ Garantizar que las personas reciben la formación pertinente para trabajar con procesos nuevos o modificados, antes de su implantación.
- ✓ Asegurar que los cambios de los procesos alcanzan los resultados previstos.

5c) Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes.

En este subcriterio se pueden incluir qué hace la organización para:

- ✓ Utilizar investigaciones de mercado, encuestas de clientes y otras formas de adquirir información para determinar las necesidades y expectativas actuales de los clientes en cuanto a productos y servicios existentes.
- ✓ Anticipar e identificar mejoras en los productos y servicios de acuerdo con las futuras necesidades y expectativas de los clientes y otros grupos de interés.
- ✓ Diseñar y desarrollar junto a clientes y partners, nuevos productos y servicios que añadan valor a los clientes.
- ✓ Comprender y anticipar el impacto de las nuevas Tecnologías en los

productos y servicios, así como su valor potencial.

- ✓ Desarrollar nuevos productos y servicios tanto para el mercado actual de la organización como para lograr acceder a otros mercados.
- ✓ Utilizar la creatividad, innovación y competencias clave de las personas de la organización como para lograr acceder a otros mercados.
- ✓ Utilizar la creatividad, innovación y competencias clave de las personas de la organización y de los partners externos para desarrollar productos y servicios competitivos.

5d) Producción, distribución y servicio de atención, de los productos y servicios.

En este subcriterio se puede incluir qué hace la organización para:

- ✓ Elaborar o adquirir productos y servicios acordes con los diseños previos y los desarrollos posteriores.
- ✓ Poner en el mercado/promocionar, comunicando la proposición de valor, y vender los productos y servicios a los clientes actuales y potenciales.
- ✓ Distribuir los productos y servicios a los clientes.
- ✓ Prestar servicio de atención a los productos y servicios, incluido su reciclado cuando resulte apropiado.

5e) Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.

En este subcriterio se puede incluir qué hace la organización para:

- ✓ Determinar y satisfacer los requisitos de los clientes fruto del contacto habitual con ellos.
- ✓ Gestionar la información procedente de los contactos habituales, incluidas las quejas.
- ✓ Implicarse de manera preactiva con los clientes para debatir y abordar sus necesidades, expectativas y preocupaciones.
- ✓ Dar seguimiento a las ventas/entregas de productos y servicios, al servicio de atención al cliente y a otros contactos con los mismos, para

determinar los niveles de satisfacción con los productos, servicios y otros procesos de venta/promoción y de servicio de atención al cliente.

- ✓ Establecer alianzas con clientes que añadan valor a la cadena logística.
- ✓ Emplear las encuestas periódicas y otras formas de recogida estructurada de datos, así como los datos obtenidos de los contactos habituales, para determinar e incrementar los niveles de satisfacción de los clientes en su relación con la organización.
- ✓ Asesorar a los clientes sobre el uso responsable de los productos.

4.6 RESULTADOS EN LOS CLIENTES.

Definición:

Las organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a sus clientes.

Subcriterios:

1. Medidas de percepción.

Estas medidas se refieren a las percepciones que tienen los clientes de la organización y se obtienen de las encuestas a clientes, grupos focales, clasificaciones de los proveedores existentes en el mercado, felicitaciones y quejas.

2. Indicadores de rendimiento.

Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento, así como para anticipar la percepción de sus clientes externos.

4.7 RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

Definición.

Las organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a las personas que las integran.

Subcriterios:

1. Medidas de percepción.

Estas medidas se refieren a la percepción de la organización por parte de las personas que la integran, y se obtiene de encuestas, grupos focales, entrevistas y evaluaciones del desempeño estructuradas.

2. Indicadores de rendimiento.

Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar el rendimiento de las personas que la integran, así como para anticipar sus percepciones.

4.8 RESULTADOS EN LA SOCIEDAD.

Definición.

Las organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a la sociedad.

Subcriterios

1. Medidas de percepción.

Estas medidas se refieren a la percepción de la sociedad de la organización y se obtiene de encuestas, informes, artículos de prensa, reuniones públicas, representantes sociales y autoridades de la administración.

2. Indicadores de rendimiento.

Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar el rendimiento, así como para anticipar las percepciones de la sociedad.

4.9 RESULTADOS CLAVES.

Definición:

Las organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a los elementos claves de su política y estrategia.

Subcriterios:

1. Resultados clave del rendimiento de la organización.

Dependiendo del objeto y los objetivos de la organización, alguna de las medidas que aparecen en el sub criterio Resultados claves del rendimiento de la organización, resultan también aplicables al subcriterio indicadores clave del rendimiento de la Organización y viceversa:

Estas medidas son los resultados clave definidos por la organización y acordados en su política y estrategia. (Los resultados económicos y financieros u los no económicos).

2. Indicadores clave del rendimiento de la organización.

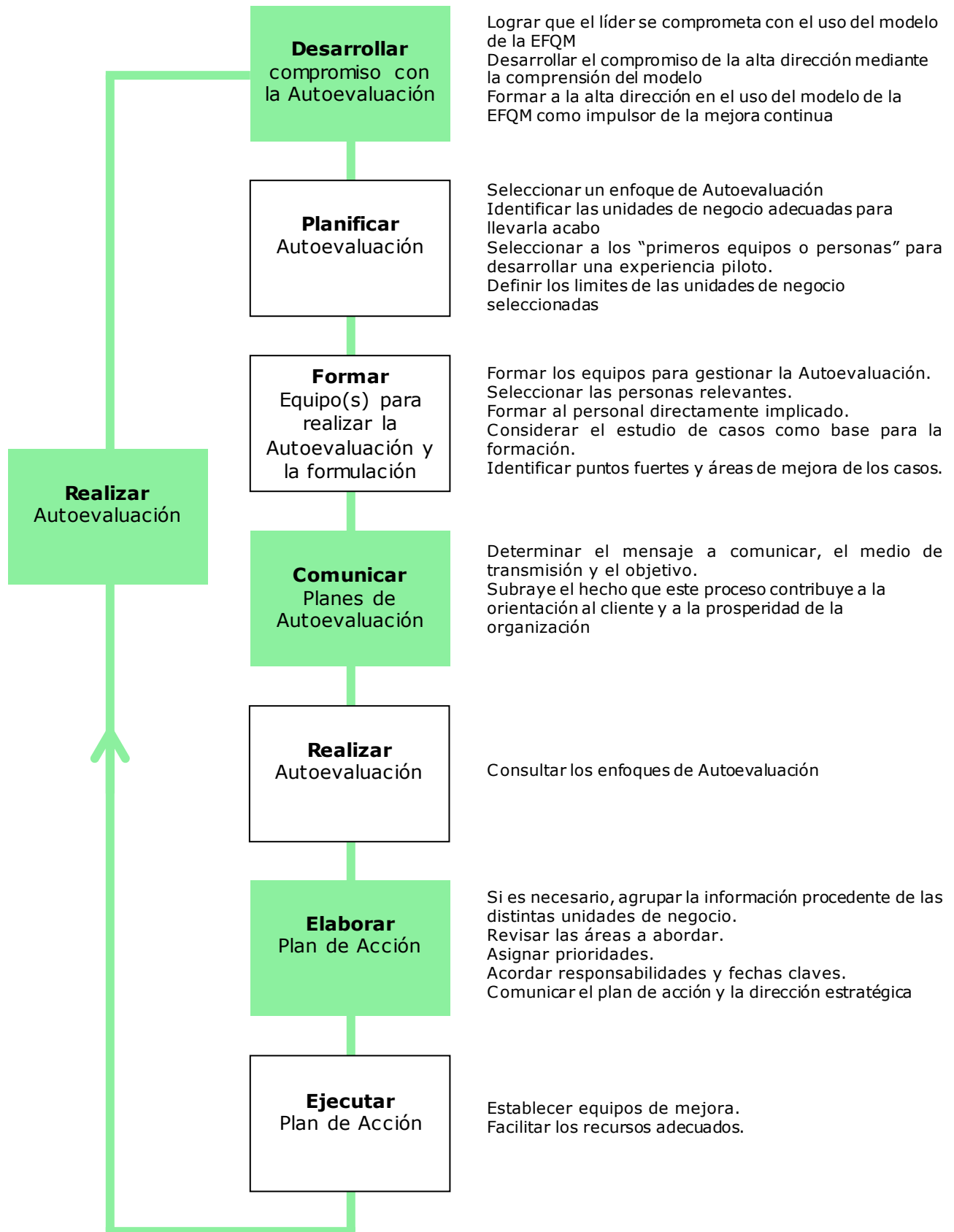
Son las medidas operativas que utiliza la organización para supervisar y entender los procesos y predecir y mejorar los probables resultados clave del rendimiento de la misma.

Según el objeto de la organización, estas medidas pueden hacer referencia a medidas económicas y financieras y no financieras.

14. PROCESO GENERAL DE LA AUTOEVALUACIÓN

El diagrama de flujo siguiente muestra las etapas generales necesarias para el establecimiento y puesta en marcha de la Autoevaluación, incluyendo algunos de los puntos que puede ser necesario tener en cuenta. La Autoevaluación puede iniciarse en la organización en su conjunto o en una parte de ella.

Figura C-5: Proceso General de la Autoevaluación.



15. ENFOQUES DE AUTOEVALUACIÓN DEL MODELO EFQM.

¿Qué enfoque de Autoevaluación es el correcto?

No existe un único modo correcto de realizar la Autoevaluación, y todos los enfoques que se presentan en este documento son validos. Los factores fundamentales que determinan cual de ellos es el enfoque correcto para su organización son su cultura actual y los resultados que desea obtener con el ejercicio de la Autoevaluación. Cada enfoque da lugar a beneficios diferentes y conlleva sus propios riesgos.

Tabla C-1: Matriz de enfoques de Auto evaluación.

MADUREZ DE LA ORGANIZACION	Cuestionario adecuado	Formularios apoyados por implicación de colegas experimentados	Simulación de presentación al premio
NIVEL MEDIO	Cuestionario y reunión de trabajo Matriz de mejora y reunión de trabajo	Formularios Reunión de trabajo facilitada	Prueba de simulación de presentación al premio Formularios y reunión de trabajo
INICIANDO EL CAMINO DE LA EXCELENCIA	Cuestionario elemental Matriz de mejora estándar	Cuestionario estándar	Cuestionario muy detallado
	ESFUERZO BAJO	ESFUERZO MEDIO	ESFUERZO ALTO

6.1 ENFOQUE DE CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN

Este enfoque es uno de los que necesitan menos recursos y puede completarse con suma rapidez siempre que exista ya un cuestionario fiable. Se trata de un enfoque excelente para reunir información sobre las percepciones de los empleados de una organización.

Algunas organizaciones utilizan simplemente Si/No como método para recoger datos en apoyo de procesos de Autoevaluación mas elaborados, como el enfoque de reunión de trabajo.

Beneficios:

- ✓ Rápido y fácil de usar: una formación básica es suficiente para empezar.
- ✓ Puede involucrar rápidamente a numerosas personas de la organización.
- ✓ Las preguntas pueden adaptarse a la organización.
- ✓ Permite a la organización recibir información que puede segmentarse por función y nivel.
- ✓ Puede utilizarse en paralelo al enfoque de "reunión de trabajo" con el fin de ofrecer a la Dirección una visión mas equilibrada de la implantación.
- ✓ Puede utilizarse para facilitar los debates de grupos entre equipos sobre las oportunidades de mejora en su unidad.

Riesgos:

- ✓ No se genera ninguna relación de puntos fuertes y áreas de mejora.
- ✓ La precisión depende de las preguntas planteadas.
- ✓ El uso excesivo de cuestionarios en una organización puede dar lugar a un bajo índice de respuestas. ¿cuál es el índice de respuestas adecuado?
- ✓ La amplia circulación puede generar expectativas que, de no cumplirse, pueden generar desmotivación.
- ✓ Los cuestionarios indican lo que la gente piensa, pero no explican por que lo piensan.
- ✓ No permite establecer comparaciones con los perfiles de puntuación de los candidatos al premio Europeo a la Calidad.

6.2 ENFOQUE DE AUTOEVALUACIÓN MEDIANTE "MATRIZ DE MEJORA"

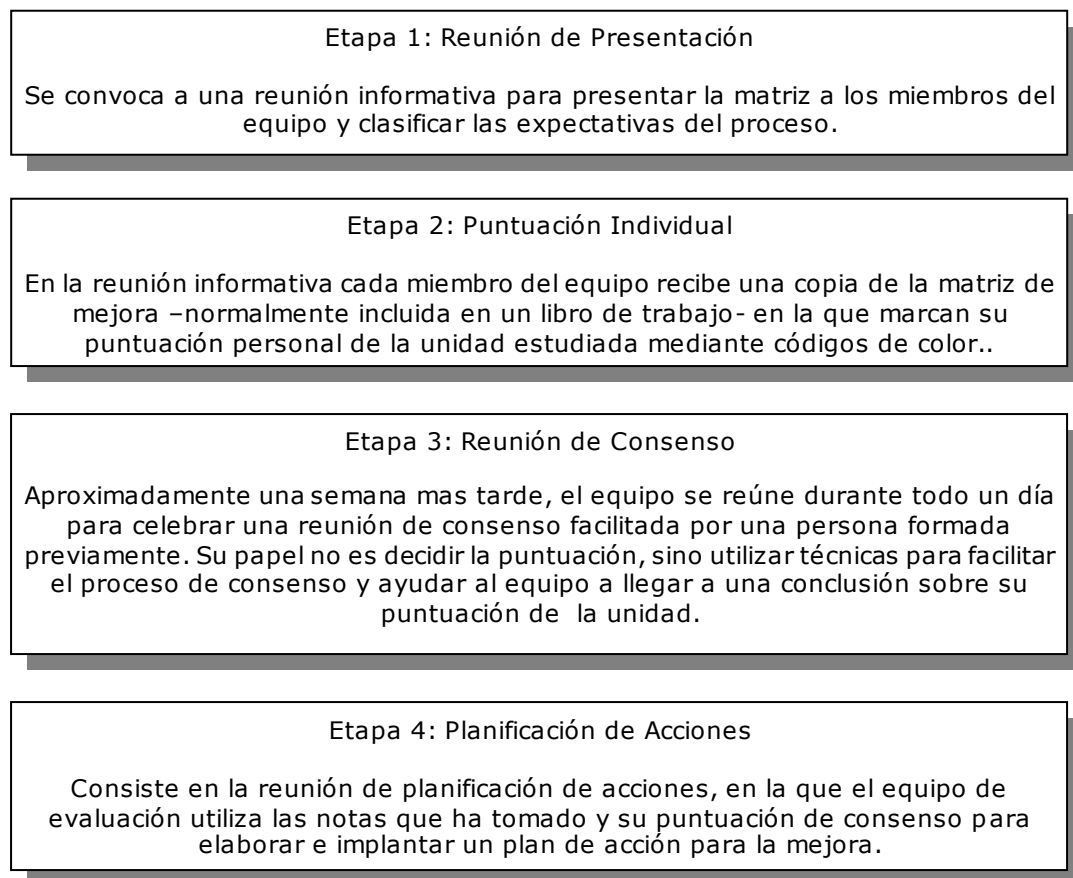
Este enfoque implica la creación de una matriz de mejora que incluye resultados específicos de la organización dentro del marco del Modelo EFQM, y

suele estar formada por una serie de declaraciones de objetivos puntuados en una escala de 1 a 10 o similar.

Esta matriz puede utilizarse a cualquier nivel dentro de la organización, ya sea por el equipo directivo o por una representación interdepartamental de la unidad de negocio que realiza la Autoevaluación.

La matriz de mejora forma parte de un planteamiento de grupo de trabajo estructurado en cuatro etapas que ayuda a los equipos directivos a implicarse y convertirse en propietarios de la planificación e implantación de la mejora continua dentro de su unidad.

Figura C-6: Matriz de Mejora para la Autoevaluación.



Este enfoque resulta particularmente adecuado para equipos pequeños. Resulta útil esta reunión de trabajo periódicamente, cada 6-12 meses, como parte de la revisión continua del progreso alcanzado.

Beneficios:

- ✓ Fácil de usar: una formación mínima es suficiente.
- ✓ Puede emplearse para involucrar a todos en la Autoevaluación.
- ✓ Permite comprender los criterios del Modelo de manera práctica.
- ✓ Permite a los equipos evaluar y visualizar el progreso, muestra la distancia que le separa de su objetivo, indicándoles cuales pueden ser los posibles pasos que deban dar a continuación.
- ✓ Buen método para facilitar el debate en los equipos y crear espíritu de equipo.
- ✓ Involucrar a la Dirección de la organización en el desarrollo de su propia matriz puede construir un proceso de gran impacto, ya que ello obliga a sus miembros a debatir, lograr un acuerdo, articular su visión colectiva y decidir los pasos a dar para alcanzarla en cada uno de los nueve criterios.

Riesgos:

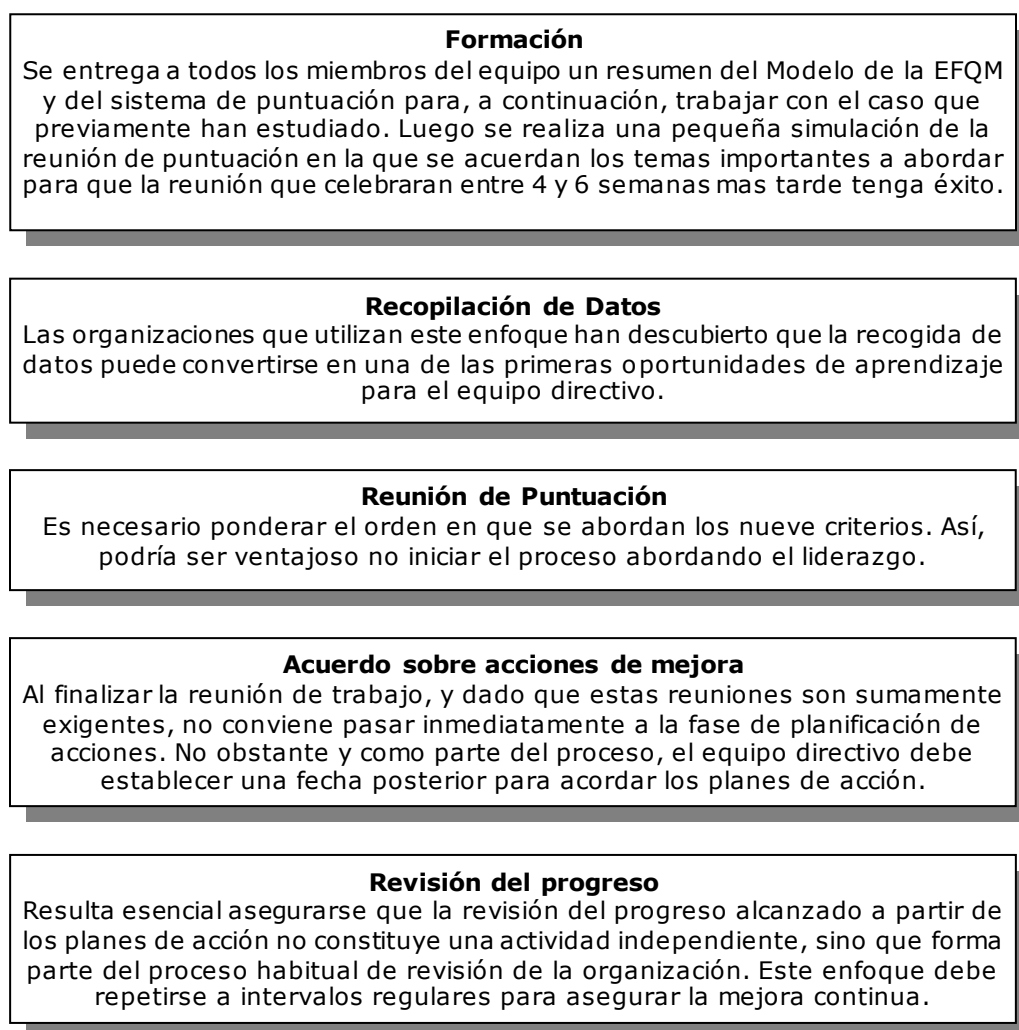
- ✓ No proporciona un estándar de Autoevaluación que corresponda al "Premio", ni genera ninguna relación de puntos fuertes y áreas de mejora.
- ✓ No permite establecer comparaciones con los candidatos al Premio Europeo a la Calidad.
- ✓ No existe necesariamente un vínculo directo entre los pasos de la matriz y los subcriterios de Modelo de la EFQM.

6.3 ENFOQUE DE AUTOEVALUACIÓN POR "REUNIÓN DE TRABAJO"

La ventaja de este enfoque es que requiere la implicación activa del equipo de dirección de la unidad que realiza la Autoevaluación. Cada uno de

ellos es responsable de reunir los datos y presentar a los demás la evidencia recogida en una reunión de trabajo. Existen cinco componentes en el proceso:

Figura C-7: Componentes del proceso de Autoevaluación por Reunión de Trabajo.



Beneficios:

- ✓ Es una excelente forma de lograr que la Dirección comprenda y se comprometa con el modelo de la EFQM.
- ✓ El hecho de que la dirección debata y acuerde los puntos fuertes y las áreas de mejora ayuda a construir una visión común.

- ✓ La Dirección se convierta en propietaria de los resultados, facilite el subsiguiente establecimiento de prioridades y acuerde los planes de acción.
- ✓ Ofrece a la Dirección la oportunidad crear espíritu de equipo.
- ✓ Permite acordar una relación de puntos fuertes y áreas de mejora que impulsará actividades de mejora.

Riesgos:

- ✓ Se trata de un proceso menos firme y preciso que el enfoque de "simulación y presentación al premio".
- ✓ Puede entrañar un riesgo muy alto, y exige una preparación y labor de facilitación excelentes.
- ✓ Puede resultar difícil evaluar la evidencia de la implantación de algunos procesos de la organización.
- ✓ Cabe la posibilidad de obtener alguna puntuación que no se corresponda con la realidad.

6.4 ENFOQUE DE AUTOEVALUACIÓN POR "FORMULARIOS"

Una manera de reducir la cantidad de trabajo al iniciar y documentar la Autoevaluación, es crear un conjunto de formularios o documentos preestablecidos (ver anexo 1).

El documento de la Autoevaluación puede ser elaborado por individuos o equipos de la organización y evaluado por evaluadores formados; o bien, el equipo puede incluir la actividad de evaluación dentro de sus responsabilidades. Se puede prever que equipos externos a la organización comprueben los resultados de la Autoevaluación (Un proceso de revisión por colegas experimentados)

En organizaciones grandes, con varias unidades de negocio, se pueden

cotejar los formularios de las distintas unidades con el fin de identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora.

Partiendo de esto, se puede revisar la estrategia del momento y desarrollar planes de mejora para toda la organización.

La calidad del proceso de recolección de datos resulta un factor crítico de éxito en este enfoque. Antes de que los evaluadores empiecen a recopilar evidencias entrevistando a personas de la organización y a estudiar documentación, es importante tener claro donde y en quien reside la información de los datos sobre el Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión, y Resultados y Ámbito de aplicación.

Como ocurre con otros enfoques, el proceso debe repetirse con la regularidad necesaria para lograr una mejora continua.

Beneficios:

- ✓ El proceso de recogida de datos proporciona evidencias basadas en datos y hechos.
- ✓ Proporciona una relación de puntos fuertes y áreas de mejora para impulsar las actividades de mejora.
- ✓ Los perfiles de puntuación pueden estar próximos a los de la "simulación de presentación al Premio".
- ✓ Puede implicar en el proceso de recogida de datos a un conjunto de personas de diferentes funciones y niveles dentro de la organización.

Riesgos:

- ✓ El conjunto de formularios no recoge la información completa sobre la organización, son que constituye un resumen de su situación.
- ✓ Una recogida pobre de datos pone en peligro el valor del resultado final.

6.5 ENFOQUE DE AUTOEVALUACIÓN POR "SIMULACIÓN DE PRESENTACIÓN AL PREMIO"

Este enfoque es en realidad una replica de la presentación al Premio Europeo de la Calidad. Supone redactar para la unidad u organización que realiza la Autoevaluación un documento completo de solicitud en la línea del Folleto Informativo del Premio Europeo a la Calidad 1999. A continuación un equipo de evaluadores, formados para ello, evalúa la solicitud. En el caso de una unidad, los evaluadores podrían proceder a otra división de la empresa o subsidiaria. Si la Autoevaluación se aplica a toda la organización, puede utilizarse algunos evaluadores externos. En el anexo 2 se muestra el procedimiento para implementar este enfoque.

Beneficios:

- ✓ Proporciona un método poderoso y conciso para reflejar la cultura y el rendimiento de la organización.
- ✓ Genera una relación de puntos fuertes y áreas de mejora.
- ✓ El proceso de recopilación de datos ofrece una ocasión excelente para implicar y comunicar.
- ✓ Proporciona un excelente documento que sirve de referencia y de vehículo de comunicación para compartirlo interna y externamente.
- ✓ Las decisiones posteriores del documento son más fáciles de confeccionar.
- ✓ La visita y la presentación que realiza el equipo de evaluadores ofrecen dos oportunidades para añadir valor al proceso.
- ✓ Ofrece a las unidades un modo sencillo de comparar procesos y resultados. Identificando ejemplos de buenas practicas que pueden compartirse.
- ✓ Permite realizar comparaciones con los perfiles de puntuación de las organizaciones que se presentan al Premio Europeo a la Calidad.
- ✓ Puede utilizarse como ensayo para presentarse al Premio Europeo a la Calidad o al Premio nacional o regional que sean similares al europeo.

Riesgos:

- ✓ La dirección puede delegar la mayor parte del trabajo y limitar su participación.
- ✓ Puede concebirse como un ejercicio literario que oculte los problemas reales.
- ✓ Para las organizaciones que emprendan el viaje hacia la Excelencia Empresarial, este enfoque puede resultar demasiado ambicioso como primer intento de Autoevaluación.

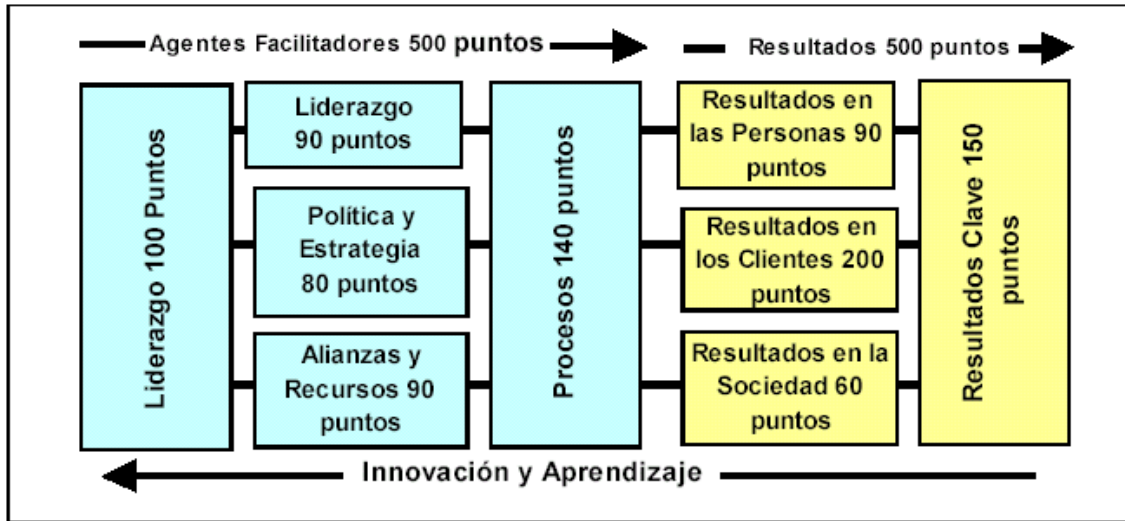
16. VALORACION DE LA AUTOEVALUACION.

Hemos visto que los criterios del modelo, son una clara guía de qué aspectos considerar para el logro de la excelencia empresarial. El modelo aporta un patrón de referencia que permite realizar una evaluación global de la organización de un modo sistemático. La evaluación permite realizar comparaciones con otras organizaciones y ver el cumplimiento de los objetivos internos, como paso previo al establecimiento de planes de mejora.

La realización periódica de la Autoevaluación permitirá comprobar los avances realizados, corregir desviaciones y revisar y mejorar la eficacia de los planes de mejora.

La puntuación máxima son 1.000 puntos distribuidos de la siguiente forma:

Figura C-8: Distribución de puntos por criterio.



Son 500 puntos para los criterios agentes y 500 puntos para los criterios resultados, distribuyéndose entre los distintos criterios según el diagrama anterior.

La Autoevaluación debe seguir una sistemática clara para la valoración de los distintos criterios de modo que se eliminen imprecisiones y se facilite el consenso en el equipo evaluador. El sistema de valoración establecido debe considerar los criterios del modelo y las relaciones existentes entre ellos y se debe basar en Evidencias, detectando los puntos fuertes y áreas de mejora por criterios.

7.1 EVALUACIÓN DE LOS AGENTES FACILITADORES.

Cada uno de los agentes facilitadores se valora en una escala de 0-100% como combinación de dos factores que son:

ENFOQUE

Cómo son los sistemas que desarrolla cada criterio.

IMPLEMENTACIÓN

Cuál es la extensión de la aplicación de los sistemas analizados (revisados en el enfoque) en el conjunto de la organización.

Para valorar el enfoque se deben tener en cuenta:

- ✓ Si el mismo es coherente con los objetivos a lograr en los distintos actores implicados.
- ✓ Si se desarrolla de acuerdo a "un" modo definido basado en la prevención que garantice su buena implantación
- ✓ Si es efectivo, es decir se realiza un seguimiento de los resultados logrados frente a los objetivos establecidos y del grado de aprendizaje logrado. Se identifican y analizan las desviaciones definiéndose los planes de mejora necesarios
- ✓ Si está integrado es decir, los sistemas desarrollados están integrados en el "día a día", en la cultura de la organización.

Tras revisar los factores anteriores para cada aspecto de los agentes facilitadores, el equipo asigna una valoración al enfoque, existiendo tablas y matrices de valoración que sirven de orientación para la puntuación.

La escala de valoración del nivel de excelencia del enfoque sería 100%

- ✓ Se presenta clara evidencia de la solidez y el carácter sistemático de los enfoques y sistemas basados en la prevención.
- ✓ Se presenta clara evidencia de que la efectividad de la organización se perfecciona y mejora mediante ciclos de revisión.
- ✓ Plenamente integrado en los esquemas normales de trabajo.
- ✓ Podría servir de modelo para otras organizaciones.

La escala de valoración del nivel de excelencia del enfoque sería 75%

- ✓ Se presenta clara evidencia de la solidez y el carácter sistemático de los enfoques y sistemas basados en la prevención.
- ✓ Se presenta clara evidencia de que la efectividad de la organización se perfecciona y mejora mediante ciclos de revisión.

- ✓ Existe una buena integración en las operaciones normales y en la planificación de la organización.

La escala de valoración del nivel de excelencia del enfoque sería 50%

- ✓ Se presenta evidencia de la solidez y el carácter sistemático de los enfoques y sistemas basados en la prevención.
- ✓ Se realizan revisiones periódicas para examinar la efectividad de la organización.
- ✓ Existe integración en las operaciones normales y en la planificación de la organización.

La escala de valoración del nivel de excelencia del enfoque sería 25%

- ✓ Se presenta alguna evidencia de la solidez de los enfoques y sistemas basados en la prevención.
- ✓ Se realizan revisiones esporádicas.
- ✓ Existe alguna integración en las operaciones normales de la organización.

La escala de valoración del nivel de excelencia del enfoque sería 0%

- ✓ Anecdótico o no añade valor alguno.
- ✓ La valoración de la implementación considera el grado de implantación y extensión en la organización de cada aspecto asociado a los distintos agentes facilitadores.

100% Aplicado a todo el potencial.

75% Aplicado a aproximadamente 3/4 del potencial.

50% Aplicado a aproximadamente 1/2 del potencial.

25% Aplicado a aproximadamente a 1/4 del potencial

0% Poco uso efectivo.

A partir de la valoración individual de los distintos aspectos asociados a cada criterio obtendremos un valor promedio del enfoque y de la

implementación del criterio.

Un nivel de excelencia del 100% para un criterio dado implica que tanto el enfoque como la implementación de todos los aspectos asociados a ese criterio han logrado el máximo nivel de excelencia.

Asimismo una valoración de 0% en el enfoque o implementación de alguno de los apartados implica una valoración de 0% para el criterio analizado.

La valoración obtenida a partir de los distintos valores promedio proporciona un valor orientativo, el equipo evaluador debe revisar los valores obtenidos y los puntos fuertes y áreas de mejora detectados al ir realizando la valoración individual, corrigiendo la valoración global de modo que sea representativa del grado de excelencia del criterio.

7.2 EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS.

La valoración de los criterios resultados se obtiene a partir de la combinación de dos factores, valorados en una escala de 0 a 100%

RESULTADOS

Qué consigue la empresa en los diferentes campos (satisfacción de clientes, personas, sociedad, negocio), magnitud de los resultados logrados.

ALCANCE

A cuántas actividades se extienden los resultados obtenidos, cuál es su ámbito de aplicación.

- ✓ La valoración de los resultados obtenidos considera los siguientes factores:

- ✓ Los resultados obtenidos están relacionados con el enfoque de los criterios agentes
- ✓ Comparativa de los resultados con objetivos establecidos
- ✓ Comparativa con la competencia/ con el líder del sector
- ✓ Tendencia positiva del resultado

A continuación se muestra la escala de valoración en función del nivel de excelencia de estos factores.

La escala de valoración del nivel de excelencia del enfoque sería 100%

- ✓ Durante al menos cinco años, se muestran en todas las áreas tendencias muy positivas y/o un excelente rendimiento sostenido.
- ✓ Comparaciones excelentes en la mayoría de las áreas respecto a objetivos propios y organizaciones externas. La organización es considerada "la mejor de su sector" en muchas de sus actividades.
- ✓ Los resultados son consecuencia clara del enfoque adoptado.
- ✓ Existen indicios claros de que la organización mantendrá una posición de liderazgo.

La escala de valoración del nivel de excelencia del enfoque sería 75%

- ✓ Durante al menos tres años, la mayoría de los resultados muestran tendencias muy positivas y/o un excelente rendimiento sostenido.
- ✓ Comparaciones favorables en la mayoría de las áreas respecto a objetivos propios.
- ✓ Comparaciones favorables con organizaciones externas en muchas áreas.
- ✓ Muchos resultados son consecuencia del enfoque adoptado.

La escala de valoración del nivel de excelencia del enfoque sería 50%

- ✓ Durante al menos tres años, muchos resultados muestran tendencias positivas y/o un buen rendimiento sostenido.
- ✓ Comparaciones favorables en numerosas áreas respecto a objetivos

propios.

- ✓ Algunas comparaciones con organizaciones externas.
- ✓ Algunos resultados son consecuencia del enfoque adoptado.

La escala de valoración del nivel de excelencia del enfoque sería 25%

- ✓ Algunos resultados muestran tendencias positivas y/o un rendimiento satisfactorio.
- ✓ Algunas comparaciones favorables respecto a objetivos propios.

La escala de valoración del nivel de excelencia del enfoque sería 0%

- ✓ Anecdóticos.

La valoración del alcance considera los siguientes factores:

El grado de extensión de los resultados (evaluados anteriormente) a los distintos ámbitos de la empresa y en que medida los resultados presentados son suficientes y relevantes para el criterio considerado.

La escala de valoración del nivel de excelencia del enfoque sería 100%

- ✓ Los resultados se refieren a todas las áreas y facetas relevantes de la organización.

La escala de valoración del nivel de excelencia del enfoque sería 75%

- ✓ Los resultados se refieren a la mayoría de las áreas y actividades relevantes.

La escala de valoración del nivel de excelencia del enfoque sería 50%

- ✓ Los resultados se refieren a muchas áreas y actividades relevantes.

La escala de valoración del nivel de excelencia del enfoque sería 25%

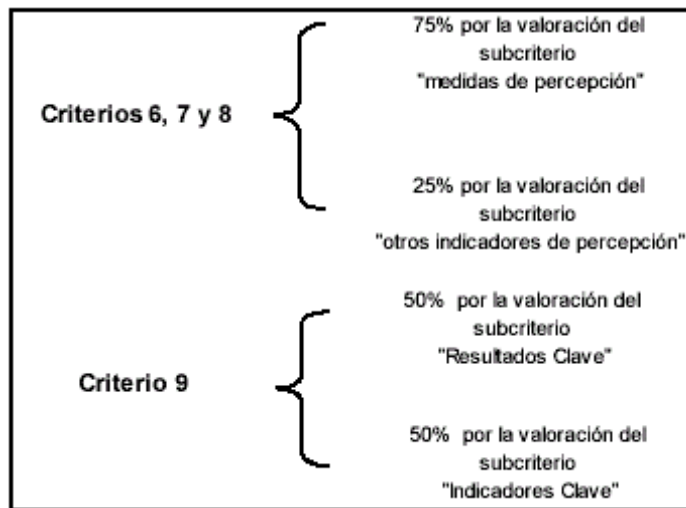
- ✓ Los resultados se refieren a algunas áreas y actividades relevantes.

La escala de valoración del nivel de excelencia del enfoque sería 0%

- ✓ Los resultados se refieren a pocas áreas y actividades relevantes.

Promediando las valoraciones de excelencia de los resultados y su alcance se obtendrá la valoración global de cada criterio o subcriterio, con la ponderación que puede observar en la figura:

Figura C-9: Valoración global de resultados para cada criterio o subcriterio



El modelo asigna más peso a los resultados de medidas directas de la percepción de los clientes, personas y sociedad que a medidas e indicadores relacionados.

17. PLANES DE MEJORA DEL MODELO EFQM.

El plan de mejoras se constituye en un objetivo del proceso de mejora continua, y por tanto, en una de las principales fases a desarrollar dentro del mismo. La elaboración de dicho plan requiere el respaldo y la implicación de todos los responsables que, de una u otra forma, tengan relación con la unidad.

El plan de mejoras integra la decisión estratégica sobre cuáles son los cambios que deben incorporarse a los diferentes procesos de la organización, para que sean traducidos en un mejor servicio percibido. Dicho plan, además

de servir de base para la detección de mejoras, debe permitir el control y seguimiento de las diferentes acciones a desarrollar, así como la incorporación de acciones correctoras ante posibles contingencias no previstas.

Para su elaboración será necesario establecer los objetivos que se proponen alcanzar y diseñar la planificación de las tareas para conseguirlos.

El plan de mejoras permite:

- ✓ Identificar las causas que provocan las debilidades detectadas.
- ✓ Identificar las acciones de mejora a aplicar.
- ✓ Analizar su viabilidad.
- ✓ Establecer prioridades en las líneas de actuación.
- ✓ Disponer de un plan de las acciones a desarrollar en un futuro y de un sistema de seguimiento y control de las mismas.
- ✓ Negociar la estrategia a seguir.
- ✓ Incrementar la eficacia y eficiencia de la gestión.
- ✓ Motivar a la comunidad universitaria a mejorar el nivel de calidad.

El plan elaborado en base a este documento permite tener de una manera organizada, priorizada y planificada las acciones de mejora. Su implantación y seguimiento debe ir orientado a aumentar la calidad de la enseñanza universitaria para que sea claramente percibida por su destinatario final.

A continuación se describen los principales pasos a seguir para la elaboración del plan de mejoras:

Figura C-10: Pasos para la elaboración de un plan de mejoras.



8.1 IDENTIFICAR EL ÁREA DE MEJORA.

Una vez realizado el diagnóstico, la unidad evaluada conoce las principales fortalezas y debilidades en relación al entorno que la envuelve. La clave reside

en la identificación de las áreas de mejora teniendo en cuenta que, para ello se deben superar las debilidades apoyándose en las principales fortalezas.

8.2 DETECTAR LAS PRINCIPALES CAUSAS DEL PROBLEMA.

La solución de un problema, y por lo tanto la superación de un área de mejora, comienza cuando se conoce la causa que lo originó. Existen múltiples herramientas metodológicas para su identificación. Entre otras cabe destacar:

- ✓ El diagrama de espina (causa-efecto).
- ✓ Diagrama de Pareto.
- ✓ casa de la calidad.
- ✓ Tormenta de ideas.

La utilización de alguna de las anteriores o de otras similares ayudará a analizar en mayor profundidad el problema y preparar el camino a la hora de definir las acciones de mejora.

8.3 FORMULAR EL OBJETIVO.

Una vez se han identificado las principales áreas de mejora y se conocen las causas del problema, se han de formular los objetivos y fijar el período de tiempo para su consecución.

Por lo tanto, al redactarlos se debe tener en cuenta que han de:

- ✓ Expresar de manera inequívoca el resultado que se pretende lograr.
- ✓ Ser concretos.
- ✓ Estar redactados con claridad.

Así mismo deben cumplir las siguientes características:

- ✓ Ser realistas: posibilidad de cumplimiento.
- ✓ Acotados: en tiempo y grado de cumplimiento.

- ✓ Flexibles: susceptibles de modificación ante contingencias no previstas sin apartarse del enfoque inicial.
- ✓ Comprensibles: cualquier agente implicado debe poder entender qué es lo que se pretende conseguir.
- ✓ Obligatorios: existir voluntad de alcanzarlos, haciendo lo necesario para su consecución.

8.4 SELECCIONAR LAS ACCIONES DE MEJORA.

El paso siguiente será seleccionar las posibles alternativas de mejora para, posteriormente, priorizar las más adecuadas. Se propone la utilización de una serie de técnicas (tormenta de ideas, técnica del grupo nominal, etcétera) que facilitarán la determinación de las acciones de mejora a llevar a cabo para El Plan de Mejoras superar las debilidades. Se trata de disponer de un listado de las principales actuaciones que deberán realizarse para cumplir los objetivos prefijados.

8.5 REALIZAR UNA PLANIFICACIÓN.

El listado obtenido es el resultado del ejercicio realizado, sin haber aplicado ningún orden de prioridad. Sin embargo, algunas restricciones inherentes a las acciones elegidas pueden condicionar su puesta en marcha, o aconsejar postergación o exclusión del plan de mejoras. Es, por lo tanto, imprescindible conocer el conjunto de restricciones que condicionan su viabilidad. Establecer el mejor orden de prioridad no es tan sencillo como proponer, en primer lugar, la realización de aquellas acciones asociadas a los factores más urgentes, sino que se deben tener en cuenta otros criterios en la decisión. Entre los principales podemos encontrar:

a) Dificultad de la implantación.

La dificultad en la implantación de una acción de mejora puede ser un factor clave a tener en cuenta, puesto que puede llegar a determinar la consecución, o no, del mismo. Se procederá a priorizarlas de menor a mayor grado de dificultad.

TABLA C-1: Valoración de la dificultad de la implementación.

DIFICULTAD			
1 MUCHA	2 BASTANTE	3 POCA	4 NINGUNA

b) Plazo de implantación.

Es importante tener en cuenta que hay acciones de mejora, cuyo alcance está totalmente definido y no suponen un esfuerzo excesivo, con lo que pueden realizarse de forma inmediata o a corto plazo. Por otro lado, existirán acciones que necesiten la realización de trabajos previos o de un mayor tiempo de implantación.

TABLA C-2: Valoración del plazo de implementación.

PLAZO			
1 LARGO	2 MEDIO	3 CORTO	4 INMEDIATO

c) Impacto en la organización.

Se define como impacto, el resultado de la actuación a implantar, medido a través del grado de mejora conseguido (un cambio radical tiene un impacto mucho mayor que pequeños cambios continuos). Es importante también tener en cuenta el grado de despliegue al que afecta la medida. Si ésta afecta a varias titulaciones su impacto será mayor y la prioridad también deberá serlo.

TABLA C-3: Valoración del Impacto en la organización

IMPACTO			
1 NINGUNO	2 POCO	3 BASTANTE	4 MUCHO

A continuación se presenta una tabla que servirá como herramienta a la hora de establecer una priorización en las acciones de mejora identificadas en el Plan de Mejoras anterior. Una vez establecidas las puntuaciones de cada factor se establecerá la suma de las mismas, lo que servirá de orientación para identificar como prioritarias aquellas que tengan una mayor puntuación total.

TABLA C-4: Priorización Planes de Mejora

Nº	ACCIONES DE MEJORA A LLEVARA CABO	DIFICULTAD	PLAZO	IMPACTO	PRIORIZACION

8.6 SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAS.

El siguiente paso es la elaboración de un cronograma para el seguimiento e implantación de las acciones de mejora. En el mismo, se dispondrán de manera ordenada las prioridades con los plazos establecidos para el desarrollo de las mismas.

18. ORGANISMOS CERTIFICADORES.

Los organismos de evaluación de la conformidad son los encargados de evaluar y realizar una declaración objetiva de que los productos, procesos, instalaciones o servicios (en adelante producto), cumplen unos requisitos específicos, ya sean del sector reglamentario o voluntario.

Con independencia de que un producto pertenezca o no al sector reglamentario, un requisito previo para la igualdad de condiciones en el comercio es que cualquier producto o servicio, aceptado formalmente en un país, pueda –a igualdad de requisitos- circular libremente en otros países sin necesidad de verse sometido nuevamente a ensayos, inspecciones, certificaciones, etc.

En España, el organismo de acreditación es ENAC (Ver anexo 3), que tiene una lista de entidades acreditadas para la certificación, se puede encontrar en la página Web: www.enac.es

19. LOS PREMIOS DE CALIDAD TOTAL EFQM.

En 1991 la EFQM estableció el "Premio Europeo a la Calidad" dirigido a aquellas compañías con implantación, comprometidas con los principios en que se basa el modelo y destacadas por su nivel de excelencia en la gestión.

Desde 1991 se ha extendido la aplicación del modelo existiendo actualmente cuatro categorías para el "Premio Europeo a la Calidad" que se otorga anualmente:

- ✓ Compañías, grandes empresas
- ✓ Unidades Operativas de compañías (fábricas, ...)
- ✓ Instituciones y organismos públicos
- ✓ Pequeñas y medianas empresas

Para que se le conceda el premio la ORGANIZACIÓN debe presentar ante el organismo EFQM, una solicitud, y elaborar la memoria, que irá firmada por la Alta Dirección, describirá las actividades/resultados de la empresa estructurados según los criterios del Modelo.

La EFQM por su parte evaluará los resultados/actividades descritos en la Memoria y realizará la preselección de finalistas (por categoría).

El equipo de evaluadores de la EFQM realizará una visita de evaluación

(validación/ ampliación de datos de la memoria) asignando una puntuación final.

En base a esa puntuación, la EFQM otorgará el Premio Europeo a la calidad por cada una de las categorías.

20. CONGRUENCIA ENTRE EL MODELO EFQM Y LAS NORMAS ISO.

Existe entre los usuarios de la información, una confusión generalizada entre los conceptos de Calidad Total, Modelo EFQM e ISO 9001. Las definiciones de cada uno de estos conceptos son las que a continuación se exponen:

Calidad total:

Concepto de gestión empresarial que sitúa como primer objetivo de la misma la calidad del bien o servicio ofrecido y la satisfacción del cliente, a través de la mejora continua.

ISO 9000 (International Standards Organization)

Conjunto de normas que certifican que una organización dispone de un sistema de calidad acorde a una serie de requerimientos y recomendaciones definidas por la misma.

Modelo EFQM (European Foundation for Quality Management)

Modelo de auto evaluación que permite analizar las personas, los procesos y los resultados de una organización Todos los conceptos antes descritos, tienen como semejanza que se utilizan para mejorar la rentabilidad y la eficacia y eficiencia de las organizaciones.

El modelo EFQM es un modelo, que se utiliza como una guía Europea para llegar al concepto de Calidad Total, es decir para lograr medir el nivel de calidad total alcanzado por las organizaciones que lo implementan, mientras que la norma ISO 9001 es una guía para el aseguramiento de la calidad de los sistemas.

Como ya hemos analizado anteriormente, el modelo EFQM, se basa en una serie de criterios, a los cuales hay que llegar a través de sistemas de organización definidos y correctamente implantados, con la finalidad de poder demostrar el cumplimiento de dichos criterios. Por este motivo hay que desarrollar un Sistema de Gestión de la Calidad que nos permita alcanzar los objetivos propuestos para poder cumplir con los criterios y la ISO 9001 es una guía perfecta para dicho desarrollo.

En definitiva, podemos decir que:

La Calidad Total es una filosofía de organización, que el modelo EFQM trata de medir a través de criterios e indicadores que nos evalúan, a efectos de saber que nivel de calidad tenemos en nuestra organización, y que para poder alcanzar dichos criterios, las organizaciones han de implementar un Sistema de Aseguramiento de la Calidad, que demuestre y deje constancia de dicha calidad.

TABLA C-5: Cuadro comparativo entre EFQM – ISO 9001

		EFQM								
		AGENTES					RESULTADOS			
		LIDERAZGO	POLITICA Y ESTRATEGIA	PERSONAS	ALIANZAS Y RECURSOS	PROCESOS	CLIENTES	PERSONAS	SOCIEDAD	CLAVE
ISO 9001	4. Sistema de gestión de calidad	-	-	-	e	a	-	-	-	b
	5. Responsabilidad de la dirección	a, b, c, d	a, b, c, e	b, d	-	-	-	a	-	b
	6. Gestión de los recursos	-	-	a, b, e	c, d	-	-	a, b	-	-
	7. Realización del producto	-	-	-	a	a, b, c, d	a	-	-	-
	8. Medición, análisis y mejora	B	-	-	-	a, b	a, b	-	-	a, b

CAPITULO

II

DIAGNOSTICO

A. METODOLOGIA PARA EL DIAGNOSTICO



Para el desarrollo de la etapa de diagnóstico, se realizó una investigación de tipo descriptiva, en la que se emplearon diversas técnicas de investigación tales como: entrevistas a directores y jefes del seguro social y unidades médicas, indagaciones, consulta bibliográfica y cuestionarios.

1. FUENTES DE INFORMACIÓN.

Para el desarrollo del estudio, se necesita contar con información precisa, objetiva y oportuna que permita tener una visión clara de la situación actual del sector salud, precisamente el Seguro Social. Para ellos, se recurre a fuentes de información primaria y secundaria que aporten elementos claves para el desarrollo de la investigación.

1.1 FUENTES DE INFORMACIÓN SECUNDARIAS

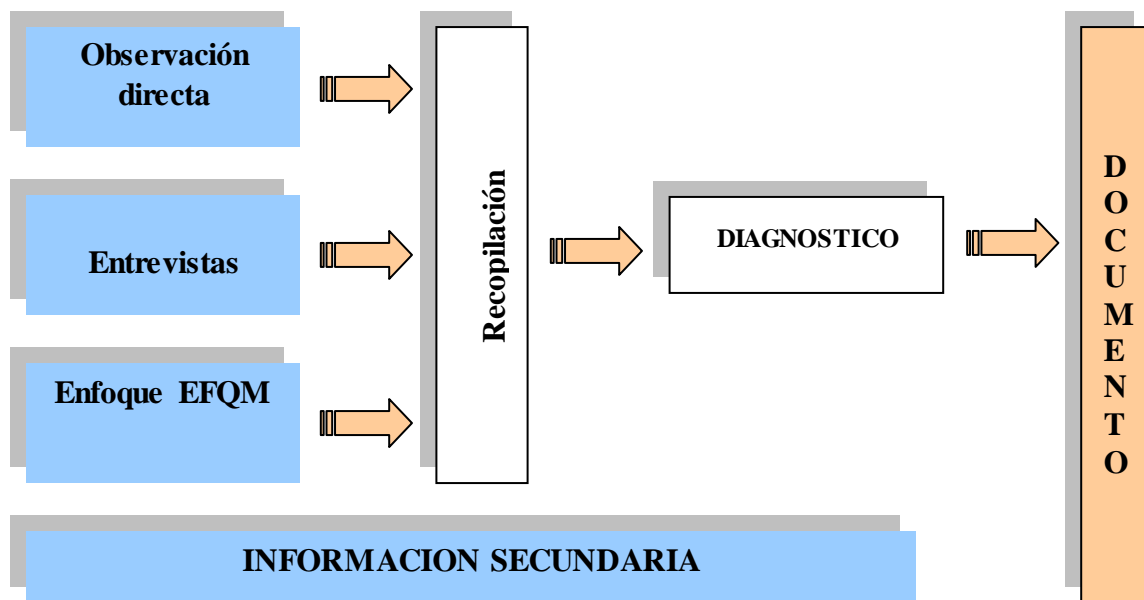
Para efectos del estudio, se entenderá como fuentes secundarias de información, todos aquellos documentos, libros, estudios relacionados, reportes, etc. Que estén relacionados con el tema en general y que fueron elaborados con algún propósito específico.

Para ello se cuenta con fuentes secundarias tales como: Estudios realizados por el ISSS, Registro de actividades y tipos de servicios prestados en las unidades médicas, documentos gubernamentales sobre el tema de salud, investigaciones y reportes de otras instituciones relacionadas con el tema de salud

1.2 FUENTES DE INFORMACION PRIMARIAS

La información primaria para el estudio será aquella recolectada a través de entrevistas realizadas a personas que tienen alguna relación con el ISSS, específicamente puestos de jefatura y que pueden aportar puntos de vista sobre las gestiones de calidad, importantes para la investigación, así como también por medio de la utilización de uno de los enfoques planteados por el modelo EFQM para el desarrollo de la Autoevaluación.

Figura A-1, Estructura de la información para elaboración del diagnostico.



B. DESARROLLO DE LA INVESTIGACION



2. INFORMACION SECUNDARIA

1.1 SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA

La política social estatal no solo experimenta una revalorización sino también una reorientación.

En el presente la realidad determina que el 40 % de la población latinoamericana vive en condiciones de pobreza, muchos de ellos en pobreza extrema.

La política ortodoxa de estabilización, con sus limitaciones estrictas del gasto público, tuvo sobretodo efectos contraproducentes en los servicios sociales y en el sistema estatal de seguridad social. Por un lado, la crisis social se extendió a una gran parte de la población, por otro lado no se pudieron acometer los procesos de depuración mediante una extensión equivalente del sistema público de bienestar social, muy por el contrario, en la mayoría de los países los gastos públicos destinados a servicios sociales retrocedieron considerablemente en valores absolutos durante los años 80. En la mayoría de los países disminuyó también la participación relativa de los gastos sociales en los presupuestos estatales (Ver anexo 4).

Ante este panorama de crisis social y empobrecimiento de gran parte de la población, le corresponde a la política social un papel clave para contrarrestar las consecuencias negativas de los actuales programas.

Ya en 1987 la UNICEF se pronunció por un ajuste estructural humanitario que proteja a los más débiles en lugar de imponerles la carga más pesada del ajuste.

El efecto político-económico, potencialmente desestabilizador, de la marginación ha llevado al Banco Mundial y a los bancos de desarrollo regionales a otorgar un mayor significado a la problemática social en el marco del ajuste estructural.

Queda por resolver, que tipo de política social puede ser la adecuada para conciliar conceptualmente y en la práctica los cambios estructurales necesarios y la estabilidad social. Para la identificación de estrategias se diferencia entre dos tipos de pobreza la estructural y la nueva. Por pobreza estructural se entiende los sectores marginados de la sociedad que permanecen tradicionalmente excluidos de circuito formal de la economía a causa de una estructura de producción heterogénea y que solo tiene acceso limitado e insuficiente a las ofertas de empleo y educación. Los nuevos pobres abarcan los grupos sociales que fueron "licenciados" a causa de la crisis económica o de la política de ajustes estructural: trabajadores y empleados que fueron despedidos de las empresas públicas o privadas y del servicio público, jóvenes desocupados, pensionados y personas jubiladas prematuramente. La crisis financiera y las deficiencias de los sistemas tradicionales de seguridad social, cada vez más criticados en los últimos tiempos, han despertado sobre si estos en forma actual, son adecuados para contener la crisis social. El sistema estatal de servicios sociales se ha desarrollado en forma muy diferente en los diversos países latinoamericanos. Se puede encontrar una combinación de los sistemas clásicos de seguridad social de previsión de enfermedades, vejez e invalidez y sistemas de seguridad social de orientación universalista, por ejemplo el caso de los servicios gratuitos de salud pública.

En todos los países existen sistemas privados de previsión, además de los sistemas públicos de servicios sociales. Argentina, Costa Rica, Cuba, Uruguay, Brasil, Jamaica, las Bahamas y Barbados tienen los sistemas de seguridad social más extensamente desarrollados. En casi todos esos países se estableció relativamente un sistema de seguridad social basado en el modelo de Bismarck², el cual se extendió progresivamente a sectores cada vez más

² El modelo plantea el financiamiento de la seguridad social por medio del aporte, se

amplios de la colectividad. Al menos formalmente, la población de esos países está amparada en un 70 al 100 % por este sistema. En el extremo opuesto se encuentran países como Honduras, Guatemala, El Salvador, República Dominicana y Bolivia, en donde apenas un máximo del 20 % de la población está protegido por sistemas públicos de seguridad social.

Además hay países con un desnivel social considerable y otros con un desnivel entre la ciudad y el campo. En Colombia, Ecuador y Perú, por ejemplo del 64 al 84 % de los empleados en el área de la energía, del 40 al 45% de los trabajadores de la industria procesadora están amparados, pero solo un 5% de los trabajadores del campo reciben cuidados médicos a través del sistema de seguridad social.

En lugar de contribuir a una mayor justicia en la distribución, el sistema estatal de seguridad social reproduce la estructura social extremadamente desigual y la heterogeneidad estructural de las sociedades latinoamericanas.

Todas las críticas que se han hecho a la política social de América latina y su crisis actual, dieron lugar a nuevas orientaciones en esta materia. Desde hace algunos años se han estado ensayando esas propuestas en algunos países latinoamericanos.

En conclusión, los sistemas de Seguridad Social se han convertido poco a poco en una preocupación mayor para los países desarrollados que destinan a este fin más del 25 % de su producto interior bruto (PIB). Muchos países que se encuentran en el subdesarrollo no pueden hacer frente a estos gastos, bien sea por la carga económica que representan estos programas o bien temen el efecto que las pesadas cargas fiscales impondrían sobre el crecimiento económico del país

1.2 ANALISIS SECTOR SALUD SALVADOREÑO.

El Salvador, es una República Centroamericana con un sistema de gobierno democrático y representativo, que tiene una extensión territorial de 21040 Km² y 6,874,926 habitantes³ para el año 2005, lo que muestra una densidad demográfica de 304 habitantes por Km², convirtiéndolo en uno de los países más densamente poblados de América Latina. Cuenta con una población básicamente joven, con el 46% de menores de 19 años. El 10% de la población es indígena. Políticamente, el país está dividido en 14 departamentos y 262 municipios. En la búsqueda del desarrollo social y económico, el país ha experimentado cambios pacíficos y traumáticos en toda su historia. En la década de los ochenta el país sufrió un conflicto armado, que después de 12 años terminó con la firma de los Acuerdos de Paz.

La población salvadoreña es joven y esta tendencia se mantiene para los próximos años, hay un ligero predominio de mujeres sobre los hombres, la población de adultos mayores va aumentando, la concentración de población está principalmente en el área urbana la cual es mayor en zonas marginales; si bien la expectativa de vida ha aumentado no se ha mejorado sustancialmente su calidad. Una quinta parte de los nacimientos ocurre en madres menores de 19 años con el consiguiente riesgo de enfermedad para la madre y su hijo/a. A nivel general la tasa de fecundidad ha disminuido aunque se mantiene en niveles altos en madres de escasos recursos económicos, baja escolaridad y habitantes de zonas rurales.

Cerca de la mitad de la población vive bajo la línea de pobreza, concentrándose ésta en el campo y en áreas marginales, y es mayor en aquellos hogares donde la mujer es jefe. Pese a los avances en materia de educación, un quinto de la población es analfabeta, el porcentaje es mayor en las mujeres con relación a los hombres, y mayor en lo rural que en lo urbano; la escolaridad promedio de los y las salvadoreñas es baja sin alcanzar niveles de educación que le permitan prevenir la enfermedad y cuidar su salud en

³ Según proyección de la Dirección General de Estadística y Censo

general.

Aunque las cifras oficiales estiman que el desempleo es 7.3% y 31.5% de la población está subempleada, la PEA⁴ cotizante a la seguridad social apenas es un 21.5%, lo cual significa que 2 millones de la misma población no tiene empleo estable. Para el año 2005 El Salvador se ubicó en la posición 104⁵ (calificación de 0.722) en el Índice de Desarrollo Humano de un total de 174 países, cifra que lo catalogan como país de desarrollo humano mediano, superando en Latino América únicamente a Honduras, Bolivia, Nicaragua, Guatemala y Haití (ver anexo 5).

Los cambios demográficos y sociales de nuestro país inciden en el perfil epidemiológico, el cual presenta una alta prevalencia de enfermedades infecciosas relacionadas estrechamente con el ambiente, carencias nutricionales, hábitos de consumo, falta de educación en salud y estilos de vida de la población aunado a la falta de servicios básicos. Los niveles alcanzados por la mortalidad materna e infantil aún no son aceptables. Esto coexiste con la problemática de salud mental y el surgimiento de nuevas enfermedades tales como el SIDA, así como un aumento de enfermedades no transmisibles que tienden a la cronicidad y daños a la salud generados por lesiones debidas a accidentes o violencias. Todos ellos, problemas cuya prevención y tratamiento requieren de recursos cada vez más cuantiosos.

De ahí que El Salvador se enfrente a un doble reto: *terminar con el atraso representado por las enfermedades del subdesarrollo, tales como las infecciones comunes, las muertes maternas y perinatales⁶; y enfrentar los problemas emergentes y reemergentes asociados con el incremento en la esperanza de vida, la industrialización, la urbanización y la violencia.*

El gasto de salud anual per cápita es de \$168 muy por abajo del per cápita promedio para América Latina. El gasto de los hogares en salud es

⁴ PEA: Población Económicamente Activa

⁵ Informe sobre Desarrollo Humano del PNUD año 2005

⁶ Muerte de la madre durante el trabajo de parto

mayor que el gasto público lo cual denota el *enorme esfuerzo que las familias realizan para el cuidado de la salud*, pero en detrimento de otras necesidades.

El Sector Salud esta conformado por tres subsectores que actúan descoordinadamente, *con recursos concentrados en lo urbano, lo que duplica esfuerzos, y deja descubiertas amplias zonas del país*. La cobertura provista entre los tres subsectores posiblemente alcanza a dos tercios de la población, quedando un tercio de la población, más de dos millones de personas, sin cobertura regular de servicios de salud. Por otra parte *la utilización de la infraestructura de servicios de salud disponible no es óptima*, esta presenta diversos patrones que van desde la saturación hasta la subutilización. La disponibilidad de recursos físicos es también muy variada. Existe además una insuficiente e inadecuada provisión de medicamentos, lo cual constituye un motivo central de malestar entre los/as usuarios/as.

Las deficiencias de gestión y administración han sido estudiadas y reconocidas en detalle en las distintas propuestas de Reforma del Sector Salud y otros estudios en torno al sector. El Gobierno reconoce los problemas de gestión y administración de las instituciones públicas.

Existe deficiente cobertura de los programas de atención en salud y restringida calidad de los servicios; el énfasis en las acciones curativas y los modelos rígidos de prestación de los servicios de salud no han permitido la implementación de nuevos enfoques que mejoren los resultados y la satisfacción de los usuarios.

La Gestión Administrativa de los sistemas de suministros, financiero, recursos humanos y de apoyo técnico y logístico necesitan mejorarse pues se han caracterizado por ser altamente verticalizados y centralizados, lo que repercute en una baja capacidad de gestión.

Los problemas derivados de una gestión centralizada repercuten en el nivel de eficiencia, ya que le resta agilidad a la resolución de problemas operativos.

El marco legal institucional se encuentra desfasado en relación con el proceso de cambios evolutivos al interior y exterior de la Institución, y no facilita la aplicación de los principios de seguridad social; asimismo, las finanzas de los regímenes que administra el Instituto Salvadoreño del Seguro Social requieren de un permanente monitoreo basado en análisis actuariales, para mantener el equilibrio financiero que permita brindar atención a la salud de la población cotizante y a sus beneficiarios.

Debido a la inexistencia de una política de desarrollo de recursos humanos y la ausencia de una instancia de coordinación sectorial, existe una producción de profesionales descontrolada cuya formación académica es deficiente. La limitada capacidad de administración de los recursos humanos ha contribuido al establecimiento de un clima de inestabilidad, desconfianza y de conflicto en las relaciones laborales.

Estos y otros elementos del análisis del Sector Salud plantean retos para el proceso de Reforma.

PRINCIPALES RETOS.

A) Falta de equidad y cobertura insuficiente.

Actualmente, no todos los salvadoreños tienen acceso a servicios de salud equiparables. De hecho, el sistema está conformado de tal manera, que la población puede ser clasificada en cuatro segmentos. Los dos primeros los conforman, por una parte, aquellos que tienen acceso a los servicios que ofrece el Ministerio de Salud, y por la otra, los que son cubiertos por servicios de salud que otorgan las instituciones de seguridad social. A los extremos de estos dos segmentos se ubican otros dos: el de quienes no tienen acceso a servicios regulares de salud y el de los que acuden a los servicios privados. El extremo de los no cubiertos, es motivo fundamental de preocupación y debe ser objeto de importantes esfuerzos de la Reforma en El Salvador, si se quiere alcanzar la cobertura universal.

Casi la cuarta parte de los salvadoreños que se enferman no buscan ninguna atención porque la ayuda está muy lejos o por falta de recursos. Esta proporción aumenta a 35% entre las personas pobres. La mayor parte de esta población se encuentra dispersa en las zonas rurales y en zonas urbanas marginales. No ha existido una estrategia efectiva para hacerle llegar servicios a esta población, ya que los criterios y los instrumentos han sido aislados, dispersos y mal coordinados. Paradójicamente, se han venido asignando recursos crecientes a intervenciones de alto costo y baja efectividad, sobre todo en aspectos curativos al ampliar servicios a los que tiene acceso un limitado conjunto de la población, mientras aún no se garantiza que otro segmento tenga acceso a las intervenciones más elementales.

Sólo en los últimos 5 años el número de establecimientos del MSPAS se ha incrementado en 55%, principalmente por la construcción de Casas de Salud, establecimiento básico del primer nivel de atención, en áreas de difícil acceso; sin embargo, los objetivos de ampliación de cobertura de los servicios no se alcanzaron con el incremento de establecimientos de salud, tampoco se logró que éstos servicios fueran más accesibles a las poblaciones más necesitadas.

La falta de compromiso de financiamiento público, los dispares gastos per cápita de las instituciones estatales y el recargado gasto privado en salud, revelan la falta de equidad financiera en el sector salud. El co-pago se ha convertido en parte de las barreras económicas. Ante este panorama se hace necesario presentar una propuesta que incremente y haga uso eficiente del gasto del sector público neto (procedentes del Tesoro), que garantice progresivamente el acceso igualitario de la población a los servicios de salud, reduciendo el aporte de los pobres y ofrezca a la sociedad servicios e insumos de calidad.

B) Poca calidad y limitada eficiencia.

Las instituciones públicas de servicios de salud tienen una misión importante que cumplir en la provisión de servicios equitativos, eficientes y de

calidad; pero actualmente el sistema de salud no cuenta con los mecanismos que generen estos resultados en la operación cotidiana. Por ejemplo, son pocos los instrumentos que permiten al sistema percibir la satisfacción de los usuarios. Tampoco existen incentivos y formas de operar que promuevan que los recursos se orienten hacia las acciones de mayor efectividad en relación con su costo, su buen uso, y que limiten el desperdicio.

Un reto muy sensible para la población es incrementar la calidad y calidez brindada en los servicios de salud tanto del primer nivel como en el sistema hospitalario. Las quejas de los usuarios, son continuas; los señalamientos de la opinión pública, sistemáticos. El abordaje efectivo de este reto -en la totalidad del sector- debe darse pronto y hacer sentir los cambios.

El modelo de atención actual caracterizado por un concepto de salud no integral, la inadecuada gerencia del sistema y de la administración de recursos hace que se le de énfasis a lo curativo. Esto incrementa el costo de operación del sistema.

C) El marco legal no se aplica adecuadamente.

El marco legal es insuficiente para los cambios requeridos; además las instituciones encargadas de la aplicación del marco legal vigente no han funcionado adecuadamente, este marco se debe armonizar, re-crear y garantizar su aplicación. Se impone la creación de un nuevo Código de Salud, la adecuación de la Ley del Instituto Salvadoreño del Seguro Social y a la luz de esta Reforma, la creación de las leyes que coadyuven en su implementación y amparen el logro de sus objetivos.

D) Segmentación e insuficiente coordinación.

La falta de una planificación integral como un sistema de salud ha favorecido la segmentación de la población para recibir servicios.

En El Salvador, hoy en día se ofrecen servicios principalmente a través del

Ministerio de Salud y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. La operación paralela de estas dos instituciones de atención en el medio urbano presenta problemas de coordinación importantes, entre los que destaca la falta de utilización plena de la capacidad instalada en algunas zonas y la existencia de lagunas de atención en otras. Claramente, en un país en que los recursos destinados a la salud exigen el mayor rendimiento posible, esta insuficiente coordinación acarrea graves costos y desperdicio.

En el medio rural también existen esfuerzos paralelos y falta de coordinación entre los proveedores de servicios a la población. Es también un problema frecuente en este medio que se intercepten ámbitos de atención mientras que prevalecen diversas zonas que no reciben atención alguna o en que los servicios de salud son irregulares.

A pesar de algunos esfuerzos, en general, las instancias, organizaciones y empresas privadas de salud que conforman el sector, se caracterizan por la falta de coordinación e integración en sus roles y funciones más fundamentales. Coexisten y operan en forma desintegrada, diferentes actores con distintos objetivos, con un marco institucional poco definido, normas técnicas, legales y administrativas heterogéneas y no actualizadas a las cambiantes necesidades de la población. Deben establecerse los marcos institucionales y legales homogéneos y actuales y que un rector dirija a las diversas entidades para sistematizar su aporte hacia una visión de conjunto, evaluando periódicamente la evolución y el impacto.

El adecuado rendimiento del personal de salud, se ve afectado por las inconsistencias del sector que permite que estos sirvan a varias instituciones o a varios establecimientos de una misma institución sin un ordenamiento y condiciones laborales que den resultados positivos para el trabajador y para el usuario de los servicios. Las interrelaciones al interior de una misma Instancia u Organización, no son claras, ó no son reglamentadas, ó bien no se aplica lo normado, por lo cual los resultados de la gestión de estas instituciones no son óptimos, los usuarios no son atendidos con la integridad, equidad y eficiencia

debida y se descuidan otras funciones trascendentales como la regulación y el control.

Como resultante, entre las instituciones del sector se duplican funciones de normar, administrar, financiar y proveer. Al interior de la provisión se identifican otros vicios: sobre utilización de servicios, heterogeneidad y capacidad ociosa, algunos usuarios hacen utilización indiscriminada é irresponsable de servicios del sub-sector público simultáneamente; personas son atendidas en servicios de salud públicos y privados, limitando en ambos casos al acceso de otros. Grupos de atención son atendidos por el sub-sector gubernamental ó privado con diferente calidad de atención y beneficios no equiparables. Algunos proveedores de servicios, confinan su actividad a las paredes de un establecimiento y esperan ociosamente a que los usuarios que por diversas razones no pueden llegar se acerquen a los servicios, en lugar de ir a donde éstos se encuentran.

E) Centralismo.

En las instituciones públicas de salud del país existe aún un marcado centralismo el cual excluye la participación de los trabajadores de salud y de la población permitiendo una inadecuada gerencia, poca transparencia en el manejo de recursos y limita considerablemente la adaptación del sistema y la eficiencia de su operación. La operación centralizada hace que los procesos sean complejos y que tomen más tiempo del necesario. Esto limita la efectividad y oportunidad de las acciones que podrían ejecutarse de manera más eficaz si las decisiones se tomaran de manera descentralizada y sobre todo más cerca de los beneficiarios de la gestión y con su participación en ella.

Las decisiones respecto de la asignación de los recursos se toman en el centro, en donde no siempre se conocen los problemas y las prioridades de salud regionales. Esto genera desaciertos en las decisiones respecto de hacia dónde deben orientarse los recursos.

El centralismo genera una definición poco precisa de responsabilidades.

Los funcionarios locales no tienen manera de hacerse plenamente responsables, mientras que las autoridades centrales sólo lo hacen limitadamente dado el gigantismo de su espacio de influencia. También, aunado al manejo central de los recursos, existe una alta inercia en la distribución del presupuesto público. Esto da por resultado que se promuevan y fomenten las condiciones para la baja cobertura, limitada calidad y eficiencia; así mismo, restringe el ejercicio democrático en la toma de las decisiones, el control de los recursos y traslada excesivo poder a los funcionarios.

F) Participación social.

Reto fundamental, garantía de éxito, medio imprescindible para lograr la conformación de un Sistema Nacional de Salud será, estimular, crear y mantener una relación estructurada, armónica y eficaz entre la población y las instancias e instituciones que lo conforman, con el fin de llevar a cabo un proceso de interacción, negociación y concertación en relación al estado de salud de la población y el desempeño de los servicios de salud.

A través de ese proceso, la población organizada, desde los niveles locales y en las instancias subsecuentes, deberá contribuir a la transformación del sistema y a la producción social de la salud. El propósito de la participación social es elevar la calidad de vida, ejercer los derechos y deberes individuales y sociales, formar un nuevo ciudadano y crear nuevas relaciones entre él y el Estado, que le permitan involucrarse en la identificación de los problemas de salud, ser co-responsable de la formulación y aplicación de soluciones efectivas garante en el seguimiento y evaluación de las acciones del Sistema de Salud y del mismo proceso de participación social.

Es un reto el fomentar y garantizar la participación social definiendo los espacios para una democracia participativa, que tiene asidero en un marco legal; pero sobre todo lograr su legitimidad al ponerla en práctica. En ese sentido, es menester definir normas de acceso a éstos espacios, identificar y dar prioridad al nuevo rol de las personas y de las localidades en cada una de

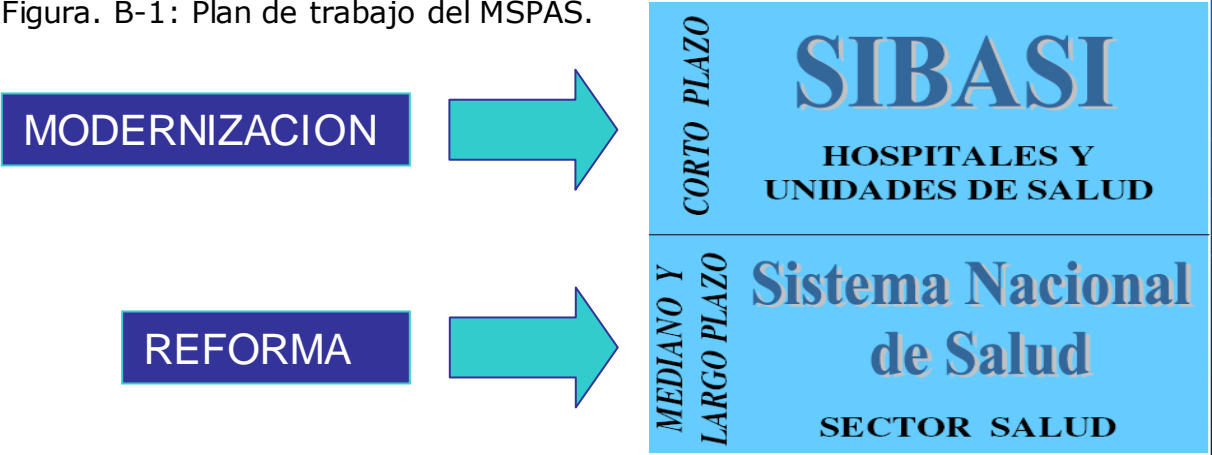
las etapas del proceso de Reforma y de la gestión y contraloría social de los servicios. Crear o fortalecer instancias formadas por personas interesadas que interactúan relevantemente con las estructuras organizativas de la atención de salud, es un reto aún mayor, para la sociedad civil organizada, ante este mar de posibilidades.

En suma, falta de equidad y cobertura insuficiente; poca calidad y limitada eficiencia, un marco legal que no se aplica adecuadamente; la segmentación e insuficiente coordinación; el centralismo y una participación social incipiente; constituyen algunos de los principales retos que enfrenta el sector y son la razón por la cual el Consejo de Reforma de Salud, basado en un proceso participativo y democrático, ha realizado esfuerzos para instrumentar en profundidad una Reforma Integral de Salud.

PLAN DE TRABAJO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

El Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social (MSPAS) presento su plan de trabajo de acuerdo al diagnostico presentado anteriormente, en el que plantea dos grandes retos: La modernización y la reforma, para los que plantea:

Figura. B-1: Plan de trabajo del MSPAS.



A) Descripción del SIBASI

CONCEPTO:

Es la estructura básica operativa del Sistema Nacional de Salud, fundamentada en la Atención Primaria de Salud, que mediante la provisión de servicios integrales y articulados de salud del Primer y Segundo Nivel de atención, la participación ciudadana consciente y efectiva, y la corresponsabilidad de otros sectores, contribuye a mejorar el nivel de salud de una población definida.

B) Descripción de los elementos conceptuales

Se considera al SIBASI, como la estructura básica porque reúne en el contexto local los elementos que plantea el Sistema Nacional de Salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud. Se considera operativa, porque desarrolla un Modelo de Atención Integral en Salud, por medio de una red de proveedores articulados armoniosamente; complementando los esfuerzos y evitando la duplicación de acciones entre éstos, haciendo un uso eficaz y eficiente de los recursos, facilitando el seguimiento de las actividades y evaluando los logros en términos del impacto sobre la salud de la población bajo su responsabilidad.

Es un modelo de Gestión Descentralizada porque se le han transferido las funciones gerenciales para el ejercicio de la planificación, provisión de servicios y toma decisiones relacionadas con sus recursos financieros, humanos, físicos y tecnológicos de acuerdo a sus propias iniciativas y requerimientos; siendo, además, responsable por los resultados obtenidos en mejorar los indicadores de salud ante el ente rector, quien no interviene en la ejecución de las actividades.

El SIBASI se fundamenta en la Atención Primaria en Salud, porque pone al

alcance de los individuos, familias y comunidades el modelo de Atención Integral en Salud, el cual comprende las intervenciones de los diferentes proveedores de servicios y la consecuente solución de los problemas previamente identificados en el contexto local, mediante la ejecución de acciones de promoción de la salud, prevención y curación de la enfermedad y rehabilitación, enfocadas al individuo, la familia, la comunidad y al ambiente, permitiendo obtener un nivel de salud que contribuya al desarrollo social.

El SIBASI cuenta con un Área Geográfica y una Población delimitadas sistemáticamente, de manera que garantiza la distribución equitativa de los recursos y el uso eficiente de los mismos para la atención permanente y eficaz de las necesidades en salud de la población, propias de su contexto. De igual manera propiciará que el personal del SIBASI intercambie tecnologías y experiencias y que conociendo al usuario y su ambiente tengan un enfoque más humano e integral.

Para la atención de esa población el SIBASI contará con una red funcional de establecimientos de salud de Primer y Segundo Nivel, complementarios y coordinados entre sí y en la cual el primer nivel representa para el individuo, la familia y la comunidad la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y el segundo nivel provee la atención de mayor complejidad. Siempre que sea necesario, el SIBASI velará porque la atención sea proveída inclusive por el Centro Nacional de Referencia. El Sistema de Referencia y Retorno será el elemento que propicie la integralidad y la continuidad en la atención.

Para que el SIBASI desarrolle sus potencialidades deberá mantener la coordinación y concretizar la corresponsabilidad con todas las fuerzas sociales y económicas, a fin de lograr el bienestar colectivo .

Para tal efecto, son necesarias la Participación Social y la Intersectorialidad con el objeto de unir esfuerzos que contribuyan a la resolución de los problemas y garantizar la transparencia en la gestión.

C) Operativización del SIBASI

1. Participación Social

El Desarrollo del concepto SIBASI es responsabilidad de diversos sectores representados en el contexto local, que comprende la dimensión comunitaria, municipal y/o departamental, dentro de los cuales podemos identificar: Organizaciones Comunitarias, Gobiernos Locales, Educación, Medio Ambiente, Obras Públicas, Agricultura, ISSS, Sanidad Militar, ONG`S, Transporte, Comunicaciones, y otras formas de organización vinculadas al Desarrollo Social, quienes son reconocidas por la comunidad y junto a ésta contribuirán a resolver los problemas y necesidades identificadas para mejorar las condiciones de salud.

La Regulación y Normatividad serán responsabilidad del ente rector, representado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

2. Aspectos Legales

Para la operativización del SIBASI es necesario establecer el marco legal que respalde su constitución y garantice el ejercicio de sus funciones y la sostenibilidad del modelo. La formulación del marco legal debe estar en concordancia con las leyes de otros sectores, relacionadas con la salud y/o que afecten la gestión administrativa del SIBASI.

3. Estructura Organizativa del SIBASI

Dentro de la organización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se reconocen dos niveles: el ente rector, responsable de la formulación de políticas y normas; y el ente gestor-proveedor, constituido por el SIBASI, el cual se vinculará en aspectos normativos, administrativos, y de control de la gestión con las instancias creadas por el ente rector para tal fin.

La estructura organizativa del SIBASI responde al nuevo modelo de prestación de los servicios de salud, estableciendo relaciones de coordinación, ejecución,

control y evaluación de las acciones y resultados de las instituciones que integran el sistema. Comprende tres elementos dentro de su estructura: el Gerencial, apoyado por un equipo técnico-administrativo para el ejercicio de sus funciones; la Consulta Social, como expresión de la Participación Social; y los Proveedores de los servicios de salud.

4. Recursos

Uno de los elementos más importantes para la operativización es la administración eficiente de los recursos humanos, físicos y financieros, provenientes de las gestiones realizadas por el SIBASI ante el Gobierno, las instituciones del sector salud y extrasectoriales y con los Organismos de Cooperación Externa, según se requiera.

5. Red de Proveedores

La conforman todas las instituciones que constituyen la oferta de servicios de salud, públicas y privadas del primer y segundo nivel de atención, que se encuentran organizadas e integradas en el SIBASI.

6. Descentralización Operativa

La estrategia de descentralización, se sustenta en la premisa de centralizar el rol normativo y regulador en el ente rector y el rol de descentralización operativa en el gestor-proveedor, así como por los Centros Nacionales de Referencia; dicha estrategia será desarrollada gradualmente hasta consolidarse.

E) Componentes fundamentales del SIBASI

Basado en el análisis de la situación de salud en el país, la problemática que afronta el sector y las diferentes propuestas, es necesario aplicar un modelo que dé respuesta a la demanda de la población mediante la integración

de cinco grandes componentes:

1. Atención Integral en Salud

Es el conjunto de intervenciones e instrumentos utilizados por el SIBASI, que mediante acciones de fomento, promoción y educación para la salud, prevención, curación de la enfermedad y la rehabilitación de la salud, busca resolver los problemas relacionados con los aspectos psíquicos, económicos, sociales y culturales que afectan al individuo, la familia, la comunidad y al ambiente, por medio de una red de establecimientos de salud que proveen una atención caracterizada por ser accesible, equitativa, participativa, continua y de calidad.

2. Gestión Descentralizada

Es el proceso de transferencia gradual de las funciones gerenciales de Finanzas, Recursos humanos, Adquisición y Contrataciones y de Conservación y Mantenimiento, desde el Nivel Rector hacia el SIBASI, a fin de agilizar el funcionamiento del sistema y obtener eficiencia y eficacia en la provisión de los servicios, de conformidad con las políticas y normas establecidas por el ente rector.

3. Provisión de los Servicios de Salud

Comprende el conjunto de modalidades alternativas de entidades públicas y privadas, con autonomía de gestión en la provisión de servicios de salud y generación de acciones de protección al ambiente, reguladas mediante los Contratos de Gestión.

Este componente se caracteriza por la eficiencia, eficacia y calidad de la oferta de servicios de salud.

4. Financiamiento de los Servicios de Salud.

Se refiere a la asignación equitativa, la ejecución eficiente y el control efectivo de los recursos financieros provenientes del Estado, las

municipalidades, la empresa privada y otras fuentes identificadas por el SIBASI. El financiamiento debe ser solidario, subsidiario y equitativo, debiendo garantizar la sostenibilidad del Sistema sin menoscabo de la cobertura universal.

5. Participación Social

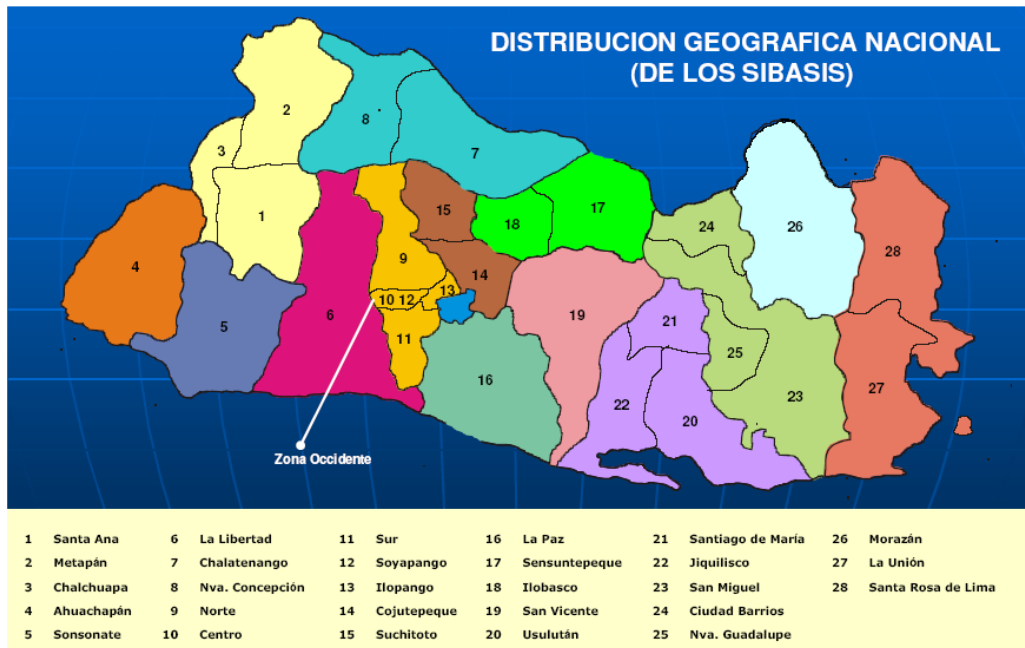
El enfoque actual de la conformación de los SIBASI, denota la responsabilidad que tiene la comunidad y otros sectores del desarrollo social en participar en las decisiones que competen a la salud. El SIBASI incorpora la Participación Social a través de la estructuración de una unidad de consulta social, también se apoya en otros grupos tales como: Comités, Cabildos, Asambleas, grupos de autoayuda y otras formas de organización social.

Dentro de esta estructura se darán las condiciones para la identificación de necesidades expresadas por la comunidad, el planteamiento de alternativas de solución, estrategias, seguimiento, auditoria social de la gestión, evaluación del impacto y pertinencia de los servicios e intervenciones del SIBASI.

El propósito de la Participación Social como estrategia dentro del Sistema es el fortalecimiento de la conciencia crítica de la población para mejorar los procesos de toma de decisiones en la solución de los problemas de salud y el auto cuidado. Los tipos de Participación Social dentro del SIBASI pueden ser los siguientes:

- 1- Participación Pasiva
- 2- Participación Informativa
- 3- Participación Consultiva
- 4- Participación Negociada
- 5- Participación Interactiva
- 6- Auto participación

Figura. B-2, Distribución Geográfica de los SIBASIS a nivel nacional



FONDO PARA LA SALUD (FOSALUD)

El gobierno de El Salvador con el fin de mejorar la accesibilidad y cobertura de los servicios de salud a la población, ha planteado estrategias que favorezcan la generación de recursos financieros para la expansión de servicios básicos para la provisión de salud tanto en las áreas rurales como urbanas.

De esta manera el FOSALUD se presenta como una alternativa para poder ampliar la atención médica que se brinda a la población en las unidades de salud a nivel nacional. Según el Decreto Legislativo No.538 de fecha 17 de diciembre de 2004 se crea el FOSALUD con las características siguientes:

- ✓ Entidad de derecho público
- ✓ Con personalidad jurídica
- ✓ Con patrimonio propio
- ✓ Con plena autonomía en lo financiero, administrativo y presupuestario.
- ✓ Adscrito al Ministerio de Salud
- ✓ Con prohibición para transferir recursos
- ✓ Sujeto a un reglamento de ley emitido en un plazo de 120 días después de su vigencia.

Objetivos del Programa:

1. Velar por su sostenibilidad financiera, así como por la eficiencia y eficacia.
2. Formular y ejecutar programas integrales que atiendan las necesidades básicas de salud de la población mas vulnerables del país, en coordinación con Ministerio de salud publica y asistencia social.
3. Fomentar campañas de educación en salud, a fin de prevenir enfermedades derivadas del uso y consumo de sustancias nocivas y peligrosas para la salud de las personas.

Descripción:

Extender la cobertura de promoción en salud y de atención de la consulta médica preventiva, con énfasis en el grupo materno-infantil, atención de partos de bajo riesgo y salud bucal. Y la detección, manejo de emergencias medico quirúrgicas, referencia y retorno de casos. A través de la ampliación de horarios de atención a 24 horas, en Unidades de Salud y atención en fines de semana en otras Unidades que carecen de este servicio durante el primer año.

Servicios que Brindar:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD:

Consulta preventiva con énfasis al grupo materno-infantil, atención de partos de bajo riesgo, salud bucal, detección y manejo adecuado de afecciones mas frecuentes en el primer nivel de atención.

Detección, manejo de emergencias medico quirúrgicas , referencia y retorno de casos que ameriten atención de mayor complejidad en los hospitales y viceversa.

Recursos:

- ✓ Recursos Humanos : Médicos, Odontólogos, Enfermeras, Auxiliares de

servicio, etc.

- ✓ Medicamentos y materiales medico quirúrgicos
- ✓ Equipos médicos (de emergencia y atención de partos)
- ✓ Ambulancias
- ✓ Materiales para la promoción y educación en salud

Resultados Esperados:

- ✓ Beneficiar a 4,299,413 habitantes de El Salvador.
- ✓ Satisfacción a los usuarios brindando una atención con calidad y calidez.
- ✓ Generación de 1,586 empleos.
- ✓ Mejorar el acceso al sistema publico de atención en salud.
- ✓ Favorecer el uso adecuado de la red de establecimientos.
- ✓ Mejorar el nivel de salud de los salvadoreños.

1.3 GENERALIDADES DEL ISSS.

El régimen del Seguro Social surgió a finales del siglo XIX, por lo que su desarrollo en América Latina dio inicio a principios de la década del presente siglo, con su introducción en Chile.

En nuestro país los esfuerzos por establecer el seguro social se inician en 1923, cuando en una convención de países americanos celebrada en Washington D.C., El Salvador fue signatario del convenio en que los asistentes se comprometieron a establecer a un corto plazo el seguro social obligatorio. Pero fue hasta el año 1945, cuando se introdujo una reforma a la Constitución Política de 1886 que estableció el seguro social con el concurso del Estado de los patronos y los trabajadores; la ley para la creación del Seguro Social se aprobó en 1949, pero no fue sino hasta el 14 de mayo de 1954 que se brindaron los servicios médico hospitalarios a los trabajadores del área metropolitana.

El Seguro Social nace retomando elementos técnicos de los seguros privados, adaptándolos a sus propios elementos, con el propósito de garantizar

la sostenibilidad del Sistema de Seguridad Social.

Contrario a los seguros privados, el Seguro Social se establece en forma obligatoria, es decir, pasa de forma de contado a ley; elimina el ánimo de lucro del seguro privado o comercial y en consecuencia no se limita a proveer sólo beneficios monetarios, sino también se preocupa por la preservación de la salud de sus asegurados, beneficiando también al núcleo familiar.

Los recursos del seguro social provienen fundamentalmente de las cotizaciones, las cuales se calculan actuarialmente, es decir conforme a principios técnicos, a fin de garantizar el equilibrio entre los gastos y las recaudaciones en cada ejercicio de su gestión que se extiende a lo largo del tiempo, en principio, en forma perenne.

El pago de las cotizaciones se efectúa por todos los asegurados directos, es decir, las personas que desempeñan actividades que se encuentran cubiertas por el seguro. Tales cotizaciones tienen el carácter de primas colectivas porque, fundamentadas en el mutualismo, se aplican por igual a todos los miembros de la categoría que recibirá los beneficios, de acuerdo a sus propias condiciones socio-económicas y al plan de prestaciones que se les otorgará.

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social cubre dos áreas en lo referente a seguridad social:

- a) Seguro de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales.
- b) Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

El primero se subdivide en Régimen General de Salud, el cual se estableció desde su creación en 1954 y tiene como campo de acción a todos los trabajadores; y el Régimen Especial de Salud, creado en 1979, el cual protege a sus cónyuges y menores de 6 años. Uno de los logros alcanzados por la gestión actual ha sido la extensión del servicio de salud a los hijos de los

derechohabientes, los cuales son atendidos hasta los doce años.

El segundo cubre a los trabajadores cotizantes, a sus cónyuges o compañeros de vida y a sus hijos menores de 21 años.

Dentro de las prestaciones que otorga el Instituto en el área de la salud podemos mencionar:

- a) Régimen de salud, el cual se subdivide en Régimen General de Salud, Prestaciones Económicas y Régimen Especial.
- b) Régimen de pensiones, éste se divide en Prestaciones Económicas y Prestaciones en Especie.

Paralelamente a los servicios médicos, el Seguro Social otorga a sus derechohabientes prestaciones económicas, tales como pago de subsidios por accidente común o profesional, pago de subsidios por enfermedad común o profesional, pago de subsidio por maternidad y pago de auxilio de sepelio.

Al surgir el Sistema de Ahorro de Pensiones SAP, muchas personas se incorporaron a las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Sin embargo, aquellas que optaron por mantenerse en el Sistema de Pensiones Público o que por su edad, tuvieron que hacerlo, todavía gozan del derecho a pensión por invalidez, vejez y muerte.

Por otra parte, en el ISSS se efectúan programas especiales para beneficio de grupos específicos, como las personas de la Tercera Edad. La Oficina de Prestaciones y Servicios Sociales a Pensionados, desarrolla un programa que permite a los integrantes, aprovechar al máximo el tiempo libre del que se dispone, así como también el desarrollo de aptitudes y habilidades.

Asimismo existen asociaciones de pacientes del Seguro Social que han sido intervenidos quirúrgicamente o rehabilitados a sus actividades cotidianas, luego de padecimientos del corazón o alguna otra enfermedad. Personas con padecimientos cardíacos y renales, entre otros, continúan con su tratamiento y

en constante chequeo médico, para garantizar el éxito de sus intervenciones.

Actualmente el Instituto Salvadoreño del Seguro Social cuenta con 12,682 empleados, con 13 hospitales, 33 Unidades médicas. (Ver Organigrama en anexo 6).

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social conciente del deber para con los derechohabientes, trabaja bajo una verdadera cultura de Servicio que está íntimamente relacionada con el proceso de modernización, a fin de que todos los clientes (cotizantes y beneficiarios) reciban atención de calidad, personalizada y cortés. Para ello, la División de Atención al Cliente ha puesto en marcha el proyecto de casetas de Atención al Cliente, donde se ofrecerá toda la información que los derechohabientes necesitan en materia de trámites administrativos, servicios de salud, documentos, subsidios, etc. Otra área de atención al cliente es la del Centro de Llamadas, el cual atiende a las personas que prefieren hacer uso del teléfono por la facilidad e inmediatez de atención. Otros servicios prestados por esta división se encuentran en su página Web (Ver anexo 7).

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social conoce las necesidades de sus beneficiarios y está trabajando para brindar la mejor atención con el equipo adecuado a todos aquellos que lo necesiten.

1.4 GESTION DE CALIDAD EN EL ISSS.

La Gestión de la Calidad dentro del ISSS tuvo sus inicios en la División de Atención al cliente, en su búsqueda de brindar un mejor servicio al derechohabiente, esta contaba con la sección Auditoria de procesos que tenia como fin verificar que los estándares de servicios se estuvieran cumpliendo, sin embargo esto no era posible porque no se contaba con la documentación de todos los procesos ejecutados, es así como surge un cambio en la orientación de esta sección y es nombrada como Sección gestión de calidad, la cual siempre se basaba en procesos relacionados a la atención al cliente, esta sección trabajaba en el establecimiento, diseño, monitoreo e implementación

de procedimientos. Desarrollaron una auto evaluación de calidad con la ayuda de la OPS, formaron círculos de calidad en algunas unidades del área de salud, esto los hizo involucrarse en procedimientos administrativos por solicitud de las áreas interesadas, todos estos esfuerzos relacionados con la calidad no eran suficientes, pues no estaba permitiendo el desarrollo integral de toda la institución y por iniciativa de la Dirección General se solicita la incorporación de esta sección al Departamento de Desarrollo Institucional, el cual es reestructurado.

La reestructuración del Departamento de Desarrollo Institucional, que la formaban las secciones Desarrollo Organizacional y Diseño e innovación de sistemas, fue el inicio de una nueva visión de la gestión de la calidad para el Instituto, hoy en día esta conformada por tres secciones relacionadas que tienen como fin ultimo promover la modernización y gestión de la calidad dentro de todas las áreas del Instituto. Estas secciones son:

- Diseño e innovación de procesos: Que tiene como objetivo el análisis de los procesos, así como la implementación y administración de los proyectos de mejora, y el diseño de nuevos procesos.
- Desarrollo Organizacional: Es la sección encargada de la documentación de todas los cambios realizados dentro de los procedimientos y procesos, además de definir las actividades, normas y políticas relacionadas con los mismos.
- Gestión de la calidad: Responsable de la implementación y monitoreo del sistema de calidad del Instituto, en el marco de la mejora continua.

La jefatura del Departamento de Desarrollo Institucional tiene como objetivo la búsqueda de un sistema de gestión de la calidad que se adapte al tipo de organización de la Institución y a los servicios que esta presta.

2. INFORMACION PRIMARIA

2.1 DETERMINACION Y DESCRIPCION DE LA UNIDAD DE ESTUDIO.

La unidad de estudio para el desarrollo del diagnóstico será una Unidad Médica de la zona Metropolitana de San Salvador, esto por disposiciones de la Subdirección de Salud del Seguro Social, considerando que en este momento se encuentra dentro de un proyecto de cambio de Infraestructura por haber alcanzado altos niveles de demanda comparados con los hospitales que también prestan el servicio de consulta externa, este cambio incluirá la reestructuración del área administrativa, por lo que es importante contar en este momento con un estudio de este tipo en una unidad médica. Además que consideran más factible el acceso de información y la realización de este tipo de auto evaluación dentro de una Unidad Médica por la sencillez de su estructura Organizativa en comparación con los hospitales.

2.1.1 CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Para la selección de la Unidad Médica en la que se realizará el diagnóstico, se empleará el método de Todos los Criterios Analíticos, tomando en cuenta aquellos criterios que se consideran de mayor importancia para la elección de la unidad. Dichos criterios son los siguientes:

- ✓ Cantidad de Consultas Médicas Brindadas.
- ✓ Cantidad de Servicios Médicos prestados por unidad médica.
- ✓ Cantidad de personal por unidad.

El detalle de los valores de cada uno de los criterios se pueden observar en el anexo número 8

Descripción e importancia de los criterios:

- Cantidad de Consultas Medicas brindadas.

Descripción: para cada Unidad Médica, se determina la cantidad de Consultas Medicas brindadas a los derechohabientes afiliados y asignados a esa Unidad, que representa la demanda para ese centro de Atención.

Importancia: La cantidad de Consultas brindadas es representativa para determinar la cantidad de derechohabientes atendidos, a mayor cantidad de pacientes atendidos se esta cubriendo en mayor proporción la demanda de las prestaciones de salud que brinda la institución

- Cantidad de servicios Médicos prestados por Unidad Medica.

Descripción: Para cada Unidad Médica se determinará la cantidad de servicios que presta, ya que estos varían en cada unidad dependiendo de la demanda, Infraestructura, recursos económicos, recursos humanos y otros factores.

Importancia: una mayor cantidad de servicios Médicos, representa la amplitud y/o especialización de los servicios prestados, lo que contribuye a contar con una mayor diversidad de pacientes atendidos, así como una mayor diversificación de los servicios.

- Cantidad de personal por unidad.

Descripción: Con esto se busca involucrar la mayor cantidad de personal posible por unidad, y de esta forma tener una muestra mas amplia para el desarrollo de la etapa de diagnostico.

Importancia: Las apreciaciones sobre el desarrollo de las actividades en una organización, así como su desempeño, pueden ser diversas, por ello es importante tener un panorama lo más amplio y completo posible para obtener un buen diagnóstico de la situación en la unidad.

MÉTODO DE TODOS LOS CRITERIOS ANALÍTICOS.

Este método se usa prácticamente cuando:

- ✓ Se tiene equipos pequeños (hasta 6 integrantes).
- ✓ Hay pocas opciones
- ✓ Hay relativamente pocos criterios (3-6 elementos)
- ✓ Se necesita un consenso total
- ✓ Los riesgos son grandes si el plan falla.

Pasos:

1. Llegar a un acuerdo con respecto a la meta final a lograr en una oración concisa y clara.

Producir un planteamiento claro de la meta a través del consenso. Este planteamiento afecta en gran medida los criterios que se usan.

Elegir la Unidad de Salud del ISSS que mejor se adecuó para llevar a cabo un diagnóstico basado en el enfoque EFQM sobre la situación actual de la calidad en el sistema de salud.

2. Crear la lista de criterios.

Se analizan la lista de criterios. Como sugerencia, el equipo debe llegar a un consenso con relación a los criterios finales y sus significados, o es probable que el proceso falle.

- Cantidad de pacientes atendidos.
- Cantidad de servicios prestados.
- Cantidad de personal por unidad.

3. Usando una matriz en forma de L, ponderar cada criterio contra los demás.

- Leyendo a través, partiendo del eje vertical, compare cada criterio con los del eje horizontal.
- Cada vez que se registre una ponderación (por ejemplo: 1, 5, 1/10) en una celda de la fila, su valor recíproco (por ejemplo: 1/5, 1/10) debe ser registrado en la celda de columna correspondiente.
- Hallar el total de cada fila horizontal y convertirlo a un valor decimal relativo conocido como "la ponderación de los criterios".

Tabla B-1: Método de todos los criterios analíticos, Criterio vs. Criterio

Criterios \ Criterios	Cant. Pacientes atendidos	Cant. Servicios prestados	Cant. Personal por unidad	Total de la fila	Valor decimal relativo
Cant. Pacientes atendidos		1	1/5	1.2	0.10
Cant. Servicios prestados	1		1/5	1.2	0.10
Cant. Personal por unidad	5	5		10	0.81
			Gran Total	12.4	

1 = Igualmente importante

5 = Mas importante

10 = Mucho mas importante

1/5 = Menos importante

1/10 = Mucho menos importante

4. Compara todas las opciones relativas a cada criterio ponderado.

- ✓ Para cada criterio, crear una matriz en forma de L con todas las opciones tanto en el eje vertical como en el horizontal y el criterio en la esquina izquierda de la matriz. Habrá tantas matrices de opciones como criterios a ser aplicados.
- ✓ Usar la misma escala de calificación (1, 5, 10) que en el paso 3, pero se debe adaptar la redacción para cada criterio.
- ✓ El valor decimal relativo de la "calificación de la opción"

Tabla B-2: Unidades de Salud vs. Criterio "Cantidad de pacientes atendidos".

Cant. Pacientes atendidos	Zacamil	Atlatcatl	San Jacinto	15 de Sept.	Ilopango	Total de la fila	Valor decimal relativo
Zacamil		5	1/5	1/5	10	15.4	0.18
Atlatcatl	1/5		1/10	1/10	10	10.4	0.13
San Jacinto	5	10		5	10	30.0	0.37
15 de Sept.	5	10	1/5		10	25.2	0.31
Ilopango	1/10	1/10	1/10	1/10		0.4	0.00
Gran Total						81.4	

1 = Igual cantidad de pacientes atendidos

5 = Mayor cantidad

10 = Mucho mayor cantidad

1/5 = Menor cantidad

1/10 = Mucho menos pacientes atendidos

Tabla B-3: Unidades de Salud vs. Criterio "Cantidad de servicios prestados".

Cant. Servicios prestados	Zacamil	Atlacatl	San Jacinto	15 de Sept.	Ilopango	Total de la fila	Valor decimal relativo
Zacamil		10	1	5	1/5	16.2	0.26
Atlacatl	1/10		1/10	1/5	1/10	0.5	0.01
San Jacinto	1	10		5	1/5	16.2	0.26
15 de Sept.	1/5	5	1/5		1/5	5.6	0.09
Ilopango	5	10	5	5		25.0	0.39
Gran Total						63.5	

1 = Igual cantidad de servicios

5 = Mayor cantidad

10 = Mucho mayor cantidad

1/5 = Menor cantidad

1/10 = Mucho menor

Tabla B-4: Unidades de Salud vs. Criterio "Cantidad de personal por unidad".

Cant. Personal por unidad	Zacamil	Atlacatl	San Jacinto	15 de Sept.	Ilopango	Total de la fila	Valor decimal relativo
Zacamil		5	1/10	1/10	10	15.2	0.17
Atlacatl	1/5		1/10	1/10	1/5	0.6	0.01
San Jacinto	10	10		1/5	10	30.2	0.35
15 de Sept.	10	10	5		10	35.0	0.41
Ilopango	1/10	5	1/10	1/10		5.3	0.06
Gran Total						86.3	

1 = Igual cantidad de personal

5 = Mayor cantidad

10 = Mucho mayor cantidad

1/5 = Menor cantidad

1/10 = Mucho menor cantidad

5. Usando una matriz resumen en forma de L, comparar cada opción en base a todos los criterios combinados.

- Colocar todos los criterios en el eje horizontal y todas las opciones en el eje vertical.
- En cada celda de la matriz, multiplicar la "ponderación de criterio" de cada criterio (el valor decimal mencionado en el paso 3) por la "calificación de la opción" (el valor decimal mencionado en el paso 4). Esto crea una "puntuación de la opción".
- Sumar las puntuaciones de las opciones a través de todos los criterios para obtener un total de fila. Dividir el total de cada fila por el gran total y convertir al valor decimal final. Comparar estos valores decimales para ayudarse en la decisión de que opción llevar a efecto.

Tabla B-5: Matriz resumen, Opciones vs. Todos los criterios.

	Cant. Pacientes atendidos 0.1	Cant. Servicios prestados 0.1	Cant. Personal por unidad 0.81	Total de la fila	Valor decimal relativo
Zacamil	0.18x0.1 (0.02)	0.26x0.1 (0.03)	0.17x0.81 (0.14)	0.19	0.19
Atlatcatl	0.13x0.1 (0.01)	0.01x0.1 (0.001)	0.01x0.81 (0.00)	0.01	0.01
San Jacinto	0.37x0.1 (0.04)	0.26x0.1 (0.02)	0.35x0.81 (0.28)	0.34	0.34
15 de Sept.	0.31x0.1 (0.03)	0.09x0.1 (0.01)	0.41x0.81 (0.33)	0.37	0.37
Ilopango	0.00x0.1 (0.00)	0.39x0.1 (0.04)	0.06x0.81 (0.05)	0.09	0.09
Gran Total				1.00	

6. Escoger la(s) mejor(es) opción(es).

Para la elección de la Unidad Médica, es importante la interpretación de los resultados obtenidos, ya que a diferencia de otros métodos donde la mejor opción es aquella que obtiene un mayor puntaje o porcentaje, no se tomara así en este caso, ya que en base a la ponderación de los criterios seleccionados, un valor decimal relativo mayor en las filas representa una mayor deficiencia en determinada unidad respecto a los criterios evaluados, por lo tanto se seleccionará como la mejor Unidad Médica para realizar el estudio aquella de menor valor decimal relativo.

En base a los resultados obtenidos, se puede determinar que la Unidad Médica que presenta un mayor valor decimal relativo es la Unidad Médica 15 de Septiembre (0.37), esto, según la escala de calificación, significa que es la unidad que presenta mayores deficiencias respecto a cada uno de los criterios establecidos. Por el contrario la Unidad Médica Atlacatl, con un valor decimal relativo (0.01) nos indica que es la unidad que presenta menores deficiencias, y por ende es la mejor opción a considerar para desarrollar el diagnóstico.

2.1.2 DESCRIPCION DE LA UNIDAD MEDICA ATLACATL

B) Breve Historia

La Unidad Médica Atlacatl fue fundada durante la Administración del señor Presidente de la República Coronel Arturo Armando Molina y el Ing. Carlos Salvador Regalado, entonces Director General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Inaugurada el 1 de mayo de 1977 "Día del Trabajo" en nuestro territorio. Inicio la atención de pacientes el 29 de agosto del mismo año, con 54 empleados y tres consultorios de Medicina General:

- Puericultura (tres cubículos)
- Planificación Familiar (tres cubículos)
- Curaciones e Inyecciones (tres cubículos)

Además un consultorio para Dental con cuatro clínicas, una de ellas destinada a la Higienista Dental y un departamento de Farmacia, en el mes de mayo de 1978 se estableció el laboratorio clínico. El 7 de enero de 1981 inicia el servicio de Emergencias funcionando 24 horas.

La unidad cuenta en general, con el siguiente personal:

- Un Director Médico de la Unidad
- 14 Médicos de Medicina General
- Un Médico de Puericultura
- 8 Odontólogos
- Un Higienista Dental
- Un Jefe de Enfermeras
- Una Enfermera Graduada
- 14 Auxiliares de Enfermería
- Un Administrador
- Dos Archivistas
- Tres Recepcionistas
- 7 Auxiliares de servicio
- Una Jefe de Farmacia

Actualmente funge como directora general de la Unidad la **Dra. Meili Linqui de Cerón**

C) Datos Generales de la Unidad Médica.

- Ubicación: Final 29 Calle Oriente, Pje. Cipactly, Col. Atlacatl
- Personal: 360 Empleados y 130 Médicos
- Clínicas o consultorios: 34 Clínicas
- Emergencia: 4 – 6 Camas

- Horas medicas: 9,182 Horas médico
- Área de Emergencias (Pediátricas y Adultos)
- Población: 20,600 Derechohabientes Adultos, 7,300 Niños
- Consultas promedio mensuales: 27,455
 - ✓ Generales: 7,036
 - ✓ Especializadas: 14,540
 - ✓ Urgencias: 4,236
 - ✓ Odontológicas (generales y especializadas): 1,643
- Horario de Lunes a Viernes 7:00 a.m. – 7:00 p.m.
- Sábado, Domingo y Feriados 8:00 a.m. – 4:00 p.m.
- Consulta Externa de Lunes a Viernes, de 7:00 a.m. – 7:00 p.m.
- Presta servicios Administrativos de Lunes a Viernes 7:00 a.m. – 3:00 p.m.

La División Administrativa de la unidad esta conformada por las siguientes unidades:

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| • Dirección | • Fondo circulante |
| • Administración | • Farmacia |
| • Servicios Generales (OLDD) | • Educadores en Salud |
| • Archivo Clínico | • Informática |
| • Admisión y Citas | • Compras por Libre Gestión |
| • Almacén | • Enfermería |
| • Subsidios | • Trabajo Social |
| • Estadísticas | • Punto Seguro |

La División Medica esta conformada por as siguientes unidades:

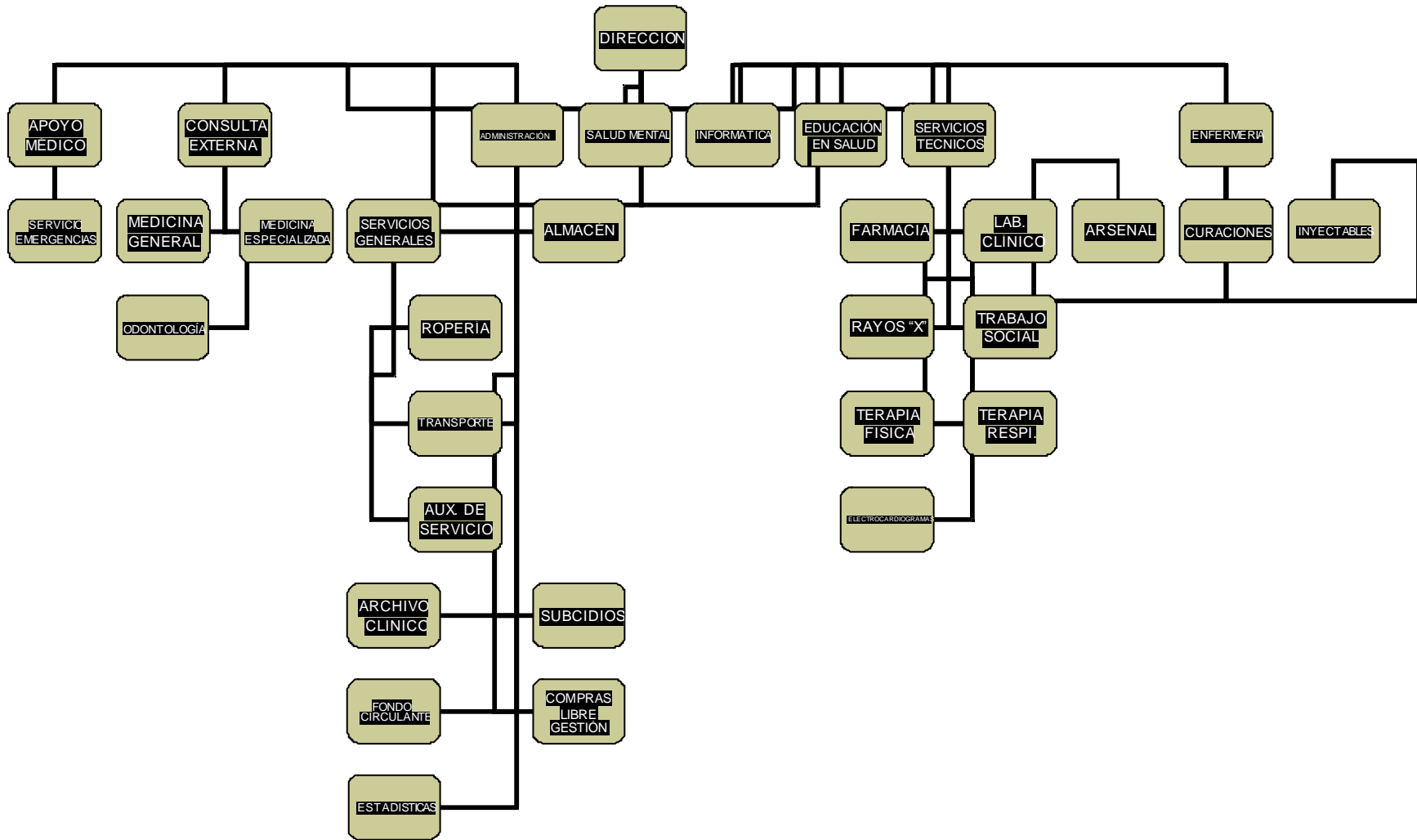
Emergencia:

- Medicina General
- Pediatría (Terapia respiratoria y pequeña cirugía)

Consulta Externa:

- Dermatología
- Cirugía General
- Ginecología
- Cirugía Plástica
- Medicina General
- Odontología
- Geriátría
- Medicina Interna
- Nutrición
- Ortopedia
- Fisiatría
- Proctología
- Psiquiatría
- Cirugía Torácica
- Psicología
- Salud Mental
- Medicina del Trabajo

D) Estructura Organizativa



E) Mobiliario y Equipo de la Unidad Medica

La Unidad Medica Atlacatl cuenta diversos recursos de mobiliario y equipo médico para la prestación de sus servicios, los cuales se detallan en forma general:

Mobiliario :

- ✓ Biombos
- ✓ Canapés
- ✓ Sillas ginecológicas
- ✓ Camillas
- ✓ Carros para curación
- ✓ Basureros para desechos comunes e hospitalarios
- ✓ Escritorios, sillas, archivos, estantes
- ✓ Cabestrillos

Equipo e instrumental:

- ✓ Estetoscopios
- ✓ Tensiometros
- ✓ Lámparas de mano
- ✓ Oftalmoscopios
- ✓ Otoscopios
- ✓ Termómetros
- ✓ Guantes quirúrgicos
- ✓ Guantes de latex no esterilizados
- ✓ Gasas, esparagrapos, paletas bucales, jeringas
- ✓ Espéculos
- ✓ Microscopios
- ✓ Tubos de ensayo
- ✓ Maquinas centrífugas
- ✓ Encubadoras para cultivos
- ✓ Cajas de petri para encubadoras

- ✓ Laminas y laminillas
- ✓ Hemoglocutest
- ✓ Equipo de nebulización
- ✓ Tanques de oxígeno
- ✓ Máquina de rayos X
- ✓ Máquinas para gases arteriales
- ✓ Megascopios (lámparas para lectura de rayos X)
- ✓ Básculas digitales y análogas
- ✓ Sillas de ruedas
- ✓ Refrigeradoras
- ✓ Electrocardiógrafo
- ✓ Equipo para venoclisis
- ✓ Autoclave eléctrico
- ✓ Equipo de pequeña cirugía reusables y descartables

2.2 SELECCIÓN DEL TIPO DE HERRAMIENTA PARA EL DIAGNOSTICO.

El proceso de Autoevaluación es una pieza clave del proceso de implantación del sistema de calidad porque permite a la organización hacer un diagnóstico de su situación actual e identificar sus puntos fuertes y sus áreas de mejora. Existe a disposición de las organizaciones una variedad de enfoques de Autoevaluación que anteriormente, en el marco teórico, se describieron:

- por simulación de presentación a un premio;
- por formulario;
- a través de reuniones de evaluación;
- a través de cuestionarios o matrices;
- por grupos de trabajo, etc.

Corresponde a la organización la decisión de elegir uno u otro en función de factores tan diversos como el tiempo que desee emplear en la Autoevaluación, el costo monetario que esté dispuesta a asumir, la calidad de

los resultados, la cultura existente o la finalidad que se persiga con la realización de este ejercicio.

Como regla general, los enfoques que implican un mayor compromiso de recursos suelen ofrecer unos resultados de mayor calidad y más detallados. Sin embargo, organizaciones 'principiantes' en temas de calidad, pueden no estar preparadas para procesos de Autoevaluación muy sofisticados. Una opción seguida por muchas organizaciones –y recomendada por la Fundación EFQM– es la de comenzar a familiarizarse con la Autoevaluación adoptando enfoques no muy complicados que comprometen poca cantidad de recursos – como por ejemplo los cuestionarios–, e ir pasando a enfoques más complejos a medida que se gana experiencia en este ejercicio, que precisan de un mayor compromiso de recursos pero cuyos resultados son más objetivos y exactos – por ejemplo, el enfoque de simulación de presentación al premio–.

Así pues, en función del grado de madurez y del nivel de esfuerzo que la organización desea invertir en el proceso será más adecuado utilizar un método u otro de Autoevaluación, como se muestra en la siguiente tabla.

Por último cabe resaltar que también es común la utilización de dos métodos a la vez, como el cuestionario y las reuniones de evaluación, con el objetivo de contrastar opiniones dentro del propio equipo.

Tabla B-6. Criterios de selección del método de Autoevaluación: diferencias en madurez y esfuerzo

ORGANIZACIÓN MADURA	Cuestionario de evaluación adecuado	Formulario apoyado por implicación de colegas	Simulación de presentación a premio o presentación a premio
ORGANIZACIÓN EN MARCHA HACIA LA EXCELENCIA	Cuestionario y Reunión de Evaluación Reunión de Evaluación tutorizada	Formulario Reunión de Evaluación tutorizada	Prueba piloto de simulación presentación a premio
INICIANDO EL CAMINO HACIA LA EXCELENCIA	Cuestionario de iniciación (Evaluación Express)	Cuestionario mas detallado	Cuestionario personalizado Reunión de Evaluación tutorizada
	<u>ESFUERZO BAJO</u>	ESFUERZO MEDIO	GRAN ESFUERZO

Fuente: Fundación Europea para la Gestión de la Calidad

Según los criterios establecidos por EFQM y la evaluación de estos respecto a la madurez y esfuerzos realizados por la Unidad Medica Atlatcatl del Seguro Social en materia de calidad, que se plantean en el análisis del ISSS, se puede concluir lo siguiente:

Para el caso de la Unidad Medica Atlatcatl del Seguro Social, el enfoque de Autoevaluación que mejor se adapta a su nivel de madurez y esfuerzos en lo que a implementación de un Modelo de Gestión de Calidad basado en el Modelo EFQM respecta, es el Cuestionario de iniciación o Evaluación Express, ya que son los primeros esfuerzos que se realizan en la institución en lo que al modelo EFQM

Evaluación Express se toman de cada uno de los subcriterios que comprende el modelo, los cuales se plantearon en el marco teórico, en el apartado de los criterios de evaluación del modelo. El diseño del cuestionario para la evaluación Express se presenta en el anexo 9

2.2.1 PROPOSITO

El propósito del cuestionario, basado en el Modelo de Excelencia EFQM, es servir de herramienta a empresas y organizaciones que desean realizar la Autoevaluación.

La Autoevaluación es un examen global y sistemático de las formas de hacer y de los resultados alcanzados por una organización, que permite esta identificar áreas de mejora para el futuro.

El cuestionario permite realizar la Autoevaluación de una forma sencilla, enriquecida y práctica. Existen otras formas de realizar la Autoevaluación que requieren de formación previa y una mayor dedicación de tiempo.

2.2.2 QUIEN DEBE REALIZAR LA AUTOEVALUACION.

La Autoevaluación debe ser realizada por el equipo directivo de la Unidad Médica Atlacatl. Si bien, este cuestionario es auto explicativo y no precisa de aclaraciones. Cada organización debe decidir la conveniencia o no de un asesor o facilitador ajeno al equipo directivo haga de moderador durante la Autoevaluación.

2.2.3 COMO REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN

Cada miembro del equipo directivo de la Unidad Médica deberá ir leyendo las preguntas del cuestionario, reflexionando y anotando las áreas de mejora que consideren oportunas

2.2.4 ASPECTOS A ANALIZAR

En la evaluación Express, los aspectos a analizar son los nueve criterios fundamentales del modelo, los cuales se describieron en el marco teórico y

mencionan a continuación:

- Liderazgo
- Estrategia y planificación
- Personas
- Alianzas y recursos
- Procesos
- Resultados en los clientes
- Resultados en las personas
- Resultados en la Sociedad
- Resultados clave

2.2.5 DETERMINACION DEL UNIVERSO

La población a la que esta dirigida la Evaluación Express del modelo EFQM la constituyen los jefes de cada uno de los departamentos de la Unidad Médica Atlacatl, los cuales son las siguientes:

- Directora de Unidad Medica
- Administrador de Unidad Medica
- Directores de Clínica Comunal
- Director de Unidad Medica regional metropolitana
- Jefes de sección de Laboratorio clínico
- Jefe de servicio de Laboratorio clínico
- Jefe de servicio de rayos X
- Jefe de registro medico
- Enfermera jefe
- Coordinador odontológico
- Jefe de servicio de trabajo social
- Jefe de servicio de Rehabilitación
- Coordinador de Educador en salud

2.2.6 DETERMINACION DE LA MUESTRA

Dado que el universo en estudio, la directiva de la Unidad Medica Atlacatl, es una población conformada solamente por 13 personas, el tamaño de la muestra será igual que el tamaño del universo.

3 AUTOEVALUACIÓN DE LA UNIDAD DE ESTUDIO.

3.1 METODOLOGIA UTILIZADA PARA PROCESAMIENTO DE LOS RESULTADOS

Para procesar los resultados de las cuestionarios de Autoevaluación, se hace uso de un programa elaborado en Excel el cual procesa los datos en forma individual para cada una de los cuestionarios contestados, el procedimiento en detalle es el siguiente:

A) Se introducen las respuestas para cada uno de las preguntas, marcando con el número uno (1) la opción de respuesta seleccionada. Para cada opción de respuesta se establece un peso que determinará el valor de la respuesta a cada pregunta marcada con el numero uno y el cual se multiplicará por este, para el caso, las opciones de respuesta "Blanco" y "Nada" tienen un peso igual a "Cero", "Poco" equivale a uno (1), "Bastante" a dos (2), "Mucho" a tres (3) y "Total" a 4, por lo que el máximo valor de cada pregunta podrá ser cuatro (4).

ASPECTOS A ANALIZAR	Blanco	Nada	Poco	Bast	Much	Tot	Valor	Media	S100	P. Pond
Pregunta										

B) Se obtiene el porcentaje del "valor" obtenido, es decir, S100, tomando como referencia el valor de 4 como el 100%, para luego obtener la

puntuación ponderada, multiplicando S100 por 0.8571.

C) Una vez marcadas todas las respuestas con uno y obtenido el promedio ponderado de cada una de estas, el programa extrae las áreas de mejora por cada uno de los criterios, siendo estas las que han obtenido una puntuación menor o igual a 40.

D) Al mismo tiempo se obtiene la puntuación promedio obtenida por cada criterio, el cual luego se multiplica por un factor de corrección establecido por EFQM el cual es diferente para cada uno de estos.

Tabla B-7. Factor de corrección EFQM para cada criterio.

CRITERIO	FACTOR CORRECTOR SEGÚN MODELO EFQM
Criterio 1: Liderazgo	1
Criterio 2: Estrategia y Planificación	0,8
Criterio 3: Personas	0,9
Criterio 4: Alianzas y Recursos	0,9
Criterio 5: Procesos	1,4
Criterio 6: Resultados en los Clientes	2
Criterio 7: Resultados en las Personas	0,9
Criterio 8: Resultados en la Sociedad	0,6
Criterio 9: Resultados Clave	1,5

E) Como ultimo paso, se tiene la Priorización de Áreas de Mejora, en el cual se evalúa el nivel de impacto que cada una de las áreas de mejora tiene en relación a los siguientes aspectos:

- ✓ Impacto positivo en los clientes.
- ✓ Impacto positivo en el resto de áreas de la Unidad.
- ✓ Inversión en recursos, restricciones legales o de otro tipo.
- ✓ Posición baja de partida, competencia, mejora de Imagen.

A cada uno de estos aspectos se les asignará un valor entre 1 y 5, representando el valor de 5 una mayor priorización del área de mejora respecto al punto que se está evaluando.

El valor total de la Priorización de cada Área de Mejora será el promedio de los valores asignados a cada aspecto antes mencionado.

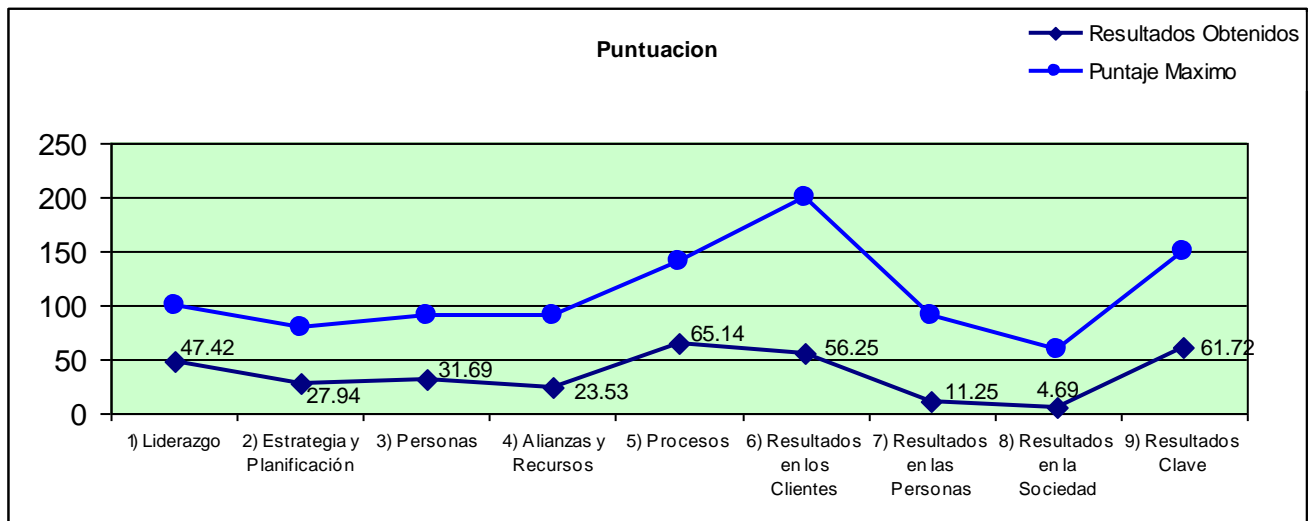
3.2 RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA AUTOEVALUACION

Los resultados del cuestionario de Autoevaluación que fue resuelto por los jefes de la Unidad Médica Atlacatl se muestran en el anexo 10, ellos se presentan como Áreas de Mejora, las cuales aquellas que obtuvieron un puntaje mejor o igual a 40, estas se agrupan por cada uno de los criterios fundamentales de EFQM.

Los resultados obtenidos de la Evaluación Express son evaluados por criterios, el resultado final es el siguiente:

Tabla B-8. Puntuación obtenida por criterios en la Autoevaluación Express de la Unidad Medica Atlacatl.

CRITERIO	PUNTUACIÓN PROMEDIO	PUNTUACIÓN MAXIMA
1) Liderazgo	47.42	100
2) Estrategia y Planificación	27.94	80
3) Personas	31.69	90
4) Alianzas y Recursos	23.53	90
5) Procesos	65.14	140
6) Resultados en los Clientes	56.25	200
7) Resultados en las Personas	11.25	90
8) Resultados en la Sociedad	4.69	60
9) Resultados Clave	61.72	150
TOTAL	329.62	1000



El grafico anterior nos permite realizar una comparación entre una organización excelente y la situación actual de la Unidad Médica Atlatl, como se puede observar no todos los criterios cuentan con el mismo grado de diferencia, lo que permite identificar los criterios en los que la Unidad Médica Atlatl debe orientar sus esfuerzos:

1. Resultados en los Clientes
2. Resultados Clave
3. Resultados en las Personas
4. Procesos
5. Alianzas y Recursos
6. Personas
7. Resultados en la Sociedad
8. Liderazgo
9. Estrategia y Planificación

Es importante mencionar que los tres principales criterios a trabajar son agentes de resultados, los cuales involucran de forma directa a los cinco agentes facilitadores.

Para la validación de los resultados, se realizo una reunión con la Directora y el administrador de la Unidad Medica Atlatl en la que se les presento los resultados y se discutieron por criterios (Ver anexo 11), se evidenció que muchos de los problemas actuales que presenta el centro de atención son resultados de la administración central, pero se aceptan cada uno de estos. De acuerdo al plan estratégico Institucional la directora del centro de atención dio prioridad a mejorar los resultados en los clientes, validando así los resultados obtenidos.

Con los resultados de la Evaluación Express y la validación de estos, las áreas claves en las que se basara el diseño de la herramienta de autoevaluación por criterios es el siguiente:

RESULTADOS EN LOS CLIENTES.

Los resultados en los clientes se divide en las Medidas de percepción que en este caso tienen los derechohabientes de la organización y en los Indicadores de rendimiento que son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento, así como para anticipar la percepción de sus clientes.

Como Unidad Médica no existe un plan de mejora basado en la percepción de los derechohabiente, sin embargo dentro del Plan Estratégico Institucional uno de los desafíos es la Satisfacción del cliente y se tiene como objetivo la Creación de una Cultura de Calidad Total en el proceso de prestación de los servicios de salud y económicos, Promover una filosofía de trabajo basada en la administración por valores y la Tecnificación del personal de salud. Actualmente se esta trabajando en estos tres grandes proyectos, pero no se cuenta con una herramienta que permita medir los resultados de estos dentro de la Unidad Médica.

RESULTADOS CLAVES

El Criterio de los resultados claves se dividen en los resultados claves del rendimiento de la organización que son los resultados clave planificados por la organización y en los indicadores claves del rendimiento de la organización que es la medidas operativas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar los probables resultados clave del rendimiento de la misma.

No existe a nivel de Unidad una comparación de los resultados claves con otras organizaciones externas, la comparación que se tiene es con otros centros de atención del Instituto a lo que se le da seguimiento, pero no se da la retroalimentación con los resultados. No existe un sistema de medición que permita el beneficio de la información y la comparación con organizaciones externas a estas.

RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

El criterio Resultados en las personas se refiere a los logros que está alcanzando la organización en relación con las personas que la integran y el criterio incluye la medida de percepción que se refieren a la percepción de la organización por parte de las personas que la integran, es decir los empleados y los indicadores que son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar el rendimiento de las personas que la integran, así como para anticipar sus percepciones.

Este criterio de resultados esta relacionado con el criterio facilitador Personas que contempla la Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos, Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización, Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización, Existencia de un diálogo entre las personas y la organización y Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización.

La unidad en estudio no cuenta con indicadores de la percepción que tienen los empleados de sus condiciones de empleo y de la organización. La administración del recurso humano se realiza a nivel institucional, pero cada centro de atención cuenta con un ambiente laboral con características diferentes y por ende con diferentes áreas de oportunidades y mejora, para el caso se trabajara con una herramienta de medición de acorde a las competencias en el área del recurso humano de la unidad médica.

PROCESOS

Este criterio se refiere a cómo diseña, gestiona y mejora la organización sus procesos para apoyar su política y estrategia y para satisfacer plenamente, generando cada vez mayor valor, a sus clientes y otros grupos

de interés. Este criterio facilitador incluye lo que la organización realiza en el diseño y gestión sistemática de los procesos; Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor; Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes y Producción distribución y servicio de atención, de los productos y servicios Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.

La unidad médica cuenta con los procesos definidos por el Departamento de Desarrollo Institucional, pero como Unidad Médica no existe el diseño de estos orientado a las necesidades particulares de sus clientes, ni se cuenta con un procedimiento que permita la identificación de áreas de mejora en los procesos ni acciones correctivas.

CAPITULO

III

DISEÑO DE LA IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN MODELO EFQM PARA EL AREA DE SALUD DEL ISSS



A. IDENTIFICAR LAS ÁREAS DE MEJORA.

Las áreas de mejora por criterio, de la Unidad Medica Atlacatl, se identificaron por medio del diagnostico realizado en dicha unidad medica, haciendo uso del enfoque de autoevaluación por Cuestionario o evaluación Express.

Las áreas de mejora identificadas agrupadas por criterio, se presentan a continuación:

TABLA A-1: Áreas de Mejora por criterios.

CRITERIO 6:

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

N

AREAS DE MEJORA

- 1 Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados obtenidos de los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de clientes
- 2 Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de los clientes
- 3 Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados obtenidos de la percepción de la satisfacción de los clientes
- 4 Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores directos de percepción de la satisfacción de los clientes.
- 5 Utilización de indicadores directos para las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de los clientes
- 6 Identificación de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de los clientes que completan la obtenida de la percepción
- 7 Utilización de indicadores de rendimiento interno para las áreas relevantes de la satisfacción de los clientes
- 8 Identificación de todos los clientes (los diferentes tipos de clientes)

- 9 Tendencias de los datos indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de los clientes
- 10 Recogida periódica y estructurada de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de los clientes
- 11 Recogida periódica y estructurada de información del grado de satisfacción de los clientes (encuestas, grupos de trabajo y/o focales)
- 12 Tendencias de los datos de percepción de la satisfacción de los clientes
- 13 Comparaciones con organizaciones similares en resultados de percepción de satisfacción de clientes.
- 14 Comparaciones con organizaciones similares en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de clientes
- 15 Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de clientes
- 16 Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados de percepción de clientes

CRITERIO 7:

RESULTADOS EN LAS PERSONAS

N AREAS DE MEJORA

- 1 Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados directos (de percepción) de satisfacción de las personas
- 2 Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de las personas
- 3 Comparaciones con organizaciones similares en resultados directos (de percepción) de satisfacción de las personas
- 4 Comparaciones con organizaciones similares en resultados indirectos (de

- rendimiento interno) de satisfacción de las personas
- 5 Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados directos (de percepción) obtenidos en la satisfacción de las personas
 - 6 Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados indirectos (de rendimiento interno) obtenidos en la satisfacción de las personas
 - 7 Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores directos (de percepción) de la satisfacción de las personas
 - 8 Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de las personas
 - 9 Recogida periódica y estructurada de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de las personas
 - 10 Tendencias de los datos de percepción de la satisfacción de las personas
 - 11 Tendencias de los datos indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de las personas
 - 12 Utilización de indicadores directos para las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de las personas
 - 13 Identificación de los aspectos significativos y su importancia relativa acerca de la satisfacción de las personas

CRITERIO 8:

RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

N

AREAS DE MEJORA

- 1 Comparaciones con organizaciones similares en resultados directos (de percepción) de satisfacción de la sociedad
- 2 Aprendizaje de las comparaciones con organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados directos de satisfacción de la sociedad

- 3 Aprendizaje de las comparaciones con organizaciones similares en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de la sociedad
- 4 Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de la sociedad
- 5 Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados directos (de percepción) de la satisfacción de la sociedad
- 6 Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de la sociedad
- 7 Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de la sociedad
- 8 Recogida periódica y estructurada de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de la sociedad
- 9 Tendencias de los datos directos (de percepción) de satisfacción de la sociedad
- 10 Tendencias de los datos indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de la sociedad
- 11 Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores directos (de percepción) de la satisfacción de la sociedad
- 12 Utilización de indicadores para las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de la sociedad
- 13 Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores directos (de percepción) de la satisfacción de la sociedad
- 14 Identificación de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de la sociedad
- 15 Utilización de indicadores directos de percepción del entorno social
- 16 Utilización de indicadores indirectos (de rendimiento interno) para las áreas relevantes de satisfacción de la sociedad

CRITERIO 9:
RESULTADOS CLAVE

N

AREAS DE MEJORA

- 1 Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en los resultados de los indicadores clave
- 2 Comparaciones de resultados clave con organizaciones similares
- 3 Comparaciones de resultados de los indicadores clave con organizaciones similares
- 4 Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados clave
- 5 Consenso acerca de los indicadores clave al menos a nivel de los responsables (líderes, directivos)
- 6 Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores clave
- 7 Tendencias de los indicadores clave
- 8 Definición de indicadores clave
- 9 Utilización de los resultados clave para las áreas relevantes de gestión

B. PRIORIZACIÓN Y SELECCIÓN DE LAS ÁREAS DE MEJORA



Una vez que se ha desarrollado el diagnóstico, la unidad deberá identificar cuáles son las áreas de mejora en las que desea mejorar, tomando en cuenta cuáles son sus debilidades y fortalezas, para tal objetivo se hace una valoración (Ver anexo 12) y uso de la técnica del diagrama de Pareto (ver anexo 13) que permitirá determinar cuáles serán las áreas de mejora en las cuales se focalizará el plan de mejoras, identificando así las áreas vitales de las muchas triviales y de esta manera presentar un plan que resuelva la mayor parte de las deficiencias de la unidad.

Como primer paso se realiza una valoración en base a 4 criterios que establece el modelo EFQM, los cuales son:

1. Impacto Positivo en los Clientes:

Relacionado con el impacto directo que tiene el área de mejora en los servicios de salud recibidos por el derechohabiente. Los planes de mejora de esta área son percibidos fácilmente por los derechohabientes e implican el logro de la satisfacción del cliente.

2. Impacto Positivo en el resto de áreas de la Unidad

Relacionado con el impacto que tienen los planes de mejora generados del área de mejora en todas las áreas que componen el centro de atención, es decir en que medida los cambios son percibidos y adoptados por cada una de las áreas.

3. Inversión en recursos, restricciones legales o de otro tipo

Este criterio se relaciona con la viabilidad de ejecución de los planes de mejora generados por el área de mejora, respecto a recursos financieros, económicos y humanos, restricciones legales u organizacionales, tiempo, espacio, etc.

4. Posición baja de partida, competencia, mejora de imagen.

A cada uno de estos criterios se le califica con una ponderación del 1 al 5, en el cual, el valor de 5 indica un mayor nivel de importancia para la área de mejora en relación al criterio evaluado. La escala de evaluación es la siguiente:

- | | |
|--------------------------|-------------|
| 1- Nada o insignificante | 4- Bastante |
| 2- Poco | 5- Mucha |
| 3- Normal o considerable | |

El siguiente paso es plantear un pareto con los resultados de la valoración realizada, e identificar así cuales serán finalmente las áreas de mejora a priorizar en el plan de mejoras.

Las áreas de mejora priorizadas por criterio son las siguientes:

Criterio: Procesos

Áreas de Mejora Priorizadas:

- Implicación proactiva de los derechohabientes para abordar sus necesidades, expectativas y preocupaciones.
- Disponibilidad y existencia de indicadores para evaluar la efectividad la gestión de los procesos, orientación hacia al cliente y establecimiento de indicadores y objetivos para cada uno de ellos para medir su efectividad.
- Introducción de cambios y mejoras en los procesos, comunicación a los grupos de interés y evacuación de los resultados

- Manejo de información del contacto habitual con los derechohabientes para definir objetivos e implantar mejoras, atención de quejas y reclamos en la Unidad.

Criterio: Procesos

Áreas de Mejora Priorizadas:

- Identificación, tendencias y registros de los resultados claves, consenso sobre los indicadores claves a nivel de responsables.
- Uso de indicadores clave para la áreas relevantes de gestión de la Unidad Medica.
- Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados de los indicadores clave de la unidad medica. Cumplimiento sucesivo de los objetivos para los indicadores clave.

Criterio: Resultados en los Clientes

Áreas de Mejora Priorizadas:

- Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados obtenidos de la percepción de la satisfacción de los clientes y los resultados obtenidos de los indicadores indirectos (de rendimiento interno).
- Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores directos de la percepción de la satisfacción de los clientes e indirectos (de rendimiento interno).
- Identificación, Utilización, Tendencias, recogida periódica y estructurada de indicadores directos e indirectos (de rendimiento

interno) de la satisfacción de los clientes que completan la obtenida de la percepción.

- Identificación de los diferentes tipos de clientes.

Criterio: Resultados en las Personas

Áreas de Mejora Priorizadas:

- Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados directos (de percepción) e indirectos (de rendimiento interno) obtenidos en la satisfacción de las personas.
- Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores directos (de percepción) e indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de las personas.
- Utilización, Tendencias, recogida periódica y estructurada de indicadores indirectos e indirectos de la satisfacción de las personas.
- Seleccionar las acciones de mejora
- Realizar una planificación
- Llevar a cabo un seguimiento

C. DETECTAR LAS PRINCIPALES CAUSAS DEL PROBLEMA, FORMULAR EL OBJETIVO Y SELECCIONAR LAS ACCIONES DE MEJORA.



El proceso de Autoevaluación de las organizaciones adquiere su pleno sentido cuando contribuye a la mejora efectiva de las mismas. A continuación se plantean una serie de propuestas de acción más o menos inmediatas que tienen como finalidad reforzar el desempeño de la Unidad médica Atlacatl. A este respecto, las propuestas de mejora contenidas en este apartado se han elaborado a partir de las necesidades propias expresadas por la dirección de la unidad, a través de los criterios de priorización que recomienda el modelo EFQM.

La Dirección de la Unidad Médica Atlacatl es consciente de que las unidades médicas del ISSS se encuentran en una etapa de transformación que podría afectar al diseño, la organización y el funcionamiento de las distintas unidades. En ese sentido, las propuestas de mejora hacen hincapié en aquellos aspectos de la organización y en el funcionamiento de la unidad que son más claramente mejorables. Por tanto, se trata de contribuir a la mejora de la organización existente hoy, al tiempo que se prepara el terreno para poder implementar un sistema de gestión de calidad que mejore sus perspectivas de éxito.

A efectos expositivos se realiza una descripción de los elementos centrales del plan de mejora, aquellos aspectos en torno a los cuales se articula el resto de las acciones propuestas.

TABLA C-1: Causas, objetivos y acciones de mejora.

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

<p>ÁREA DE MEJORA N° 1 Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados obtenidos de la percepción de la satisfacción de los clientes y los resultados obtenidos de los indicadores indirectos (de rendimiento interno).</p>	
Descripción del Problema	No se logran los objetivos orientados a mejorar la satisfacción de los clientes.
Causas	<p>Falta de visión y misión orientada a lograr la satisfacción de los clientes.</p> <p>Falta de recopilación y análisis de información sobre la satisfacción de los clientes.</p>
Objetivo a conseguir	<p>Recopilar y procesar información sobre la satisfacción de los derechohabientes atendidos en la Unidad Médica Atlacatl.</p> <p>Establecer planes, objetivos y equipos de mejora para lograr la satisfacción de los derechohabientes atendidos en la Unidad Médica Atlacatl.</p>
Acciones de mejora	<p>Acortamiento de los tiempos prolongados de espera en la consulta externa.</p> <p>Establecer un método de actualización de existencias y divulgación del LOM (listado oficial de medicamentos) para la prescripción de medicamentos.</p> <p>Estudio del clima laboral e identificación de los factores de la cultura organizacional que se relacionan con la satisfacción del personal y los pacientes</p> <p>OTROS</p> <p>Establecer controles y planes de mejora del servicio prestado por el personal de la Unidad Médica Atlacatl.</p>
Beneficios esperados	Lograr la satisfacción del servicio prestado al derechohabiente.

ÁREA DE MEJORA N° 2 Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores directos de la percepción de la satisfacción de los clientes e indirectos (de rendimiento interno).	
Descripción del Problema	No se establecen objetivos para los indicadores de percepción y de rendimiento de la satisfacción de los derechohabientes con el servicio prestado en la Unidad Médica Atlacatl que permita la mejora continua.
Causas	Falta de interés por parte de la organización para lograr la satisfacción de los derechohabientes atendidos en la Unidad Médica Atlacatl. Falta de establecimiento de indicadores de la satisfacción de los derechohabientes.
Objetivo a conseguir	Establecer objetivos de los indicadores de la satisfacción del cliente para dar seguimiento a los planes de mejoras.
Acciones de mejora	Establecimiento de objetivos para los indicadores directos e indirectos de la satisfacción del derechohabiente para la Unidad Médica Atlacatl.
Beneficios esperados	Lograr la satisfacción del servicio prestado al derechohabiente.

ÁREA DE MEJORA N° 3 Identificación y utilización de indicadores directos de la satisfacción de los clientes e indirectos (de rendimiento interno) que completan la obtenida de la percepción	
Descripción del Problema	No se mide la satisfacción de los derechohabientes atendidos en la Unidad Médica Atlacatl.
Causas	No se cuenta con planes establecidos para el logro de la satisfacción de los derechohabientes atendidos en la Unidad Médica Atlacatl. No hay interés por medir el avance de la mejora del servicio prestado a los derechohabientes.

Objetivo a conseguir	Identificar y establecer indicadores de la satisfacción de los derechohabientes e indicadores de rendimiento de la organización para contar con información para la formulación de planes y equipos de mejora.
Acciones de mejora	Identificar y establecer indicadores de gestión (directos e indirectos) que permitan medir el grado de satisfacción del derechohabiente con el servicio prestado. OTROS Establecer una metodología que asegure la correcta recepción y tramitación de iniciativas, sugerencias, reclamaciones y quejas por parte del derechohabiente.
Beneficios esperados	Lograr la satisfacción del servicio prestado al derechohabiente.

RESULTADOS EN LAS PERSONAS

ÁREA DE MEJORA N° 1 Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados directos (de percepción) e indirectos (de rendimiento interno) obtenidos en la satisfacción de las personas	
Descripción del Problema	No se los objetivos orientados a la satisfacción del personal de la organización.
Causas	Falta de visión y misión orientada a lograr la satisfacción del personal de la organización. Falta de recopilación y análisis de información sobre la satisfacción del personal de la organización
Objetivo a conseguir	Recopilar y procesar información sobre la satisfacción del personal de la organización. Establecer planes, objetivos y equipos de mejora para lograr la satisfacción del personal de la organización.
Acciones de mejora	Desarrollo de un plan de carrera (Establecer un registro del personal que contribuya para el desarrollo de planes de carrera). Gestion del Personal por áreas de efectividad y competencia (Desarrollo de un plan de capacitaciones al personal, establecimiento de objetivos por puesto de trabajo).

	<p>Establecer canales de comunicación entre el personal y la organización.</p> <p>OTROS Establecer medios de divulgación de las prestaciones del personal.</p>
Beneficios esperados	Lograr la satisfacción del personal con la organización

ÁREA DE MEJORA N° 2 Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores directos (de percepción) e indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de las personas	
Descripción del Problema	No se establecen objetivos para los indicadores de percepción y de rendimiento de la satisfacción del personal con la organización.
Causas	<p>Falta de interés por parte de la organización para lograr la satisfacción del personal de la organización.</p> <p>Falta de establecimiento de indicadores de la satisfacción del personal de la organización.</p>
Objetivo a conseguir	Establecer objetivos de los indicadores de la satisfacción del personal de la organización para dar seguimiento a los planes de mejoras.
Acciones de mejora	Establecimiento de objetivos para los indicadores directos e indirectos de la satisfacción del personal con la Unidad Médica Atlacatl.
Beneficios esperados	Lograr la satisfacción del personal con la organización

ÁREA DE MEJORA N° 3 Identificación y utilización de indicadores directos de la satisfacción del personal de la organización e indirectos (de rendimiento interno) que completan la obtenida de la percepción	
Descripción del Problema	No se mide la satisfacción del personal con la organización, lo que no permite el monitoreo y control de la gestión del personal.

Causas	<p>No se cuenta con planes establecidos para el logro de la satisfacción del personal de la organización para los que sea necesaria la medición de avances.</p> <p>Falta de interés por medir los resultados del personal con la organización.</p>
Objetivo a conseguir	Identificar y establecer indicadores de la satisfacción del personal con la organización para la formulación de planes y equipos de mejora.
Acciones de mejora	<p>Identificar y establecer indicadores de gestión (directos e indirectos) que permita medir el grado de satisfacción del personal con la Unidad Médica Atlacatl</p> <p>OTROS</p> <p>Establecer un sistema de recopilación y procesamiento de información sobre la satisfacción del personal con la organización para el establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora.</p>
Beneficios esperados	Lograr la satisfacción del personal con la organización

ÁREA DE MEJORA N° 4 Identificación de los aspectos significativos y su importancia relativa acerca de la satisfacción de las personas	
Descripción del Problema	No se cuenta con información de los factores internos y externos que influyen en el desempeño y satisfacción del personal con la organización.
Causas	Falta de administración del recurso humano
Objetivo a conseguir	Identificar los factores de mayor influencia en el desempeño y satisfacción del personal de la Unidad Médica Atlacatl
Acciones de mejora	Estudio del clima laboral e identificación de los factores de la cultura organizacional que se relacionan con la satisfacción del personal y los pacientes.
Beneficios esperados	Lograr la satisfacción del personal con la organización

PROCESOS

ÁREA DE MEJORA N° 1, Implicación proactiva de los derechohabientes para abordar sus necesidades, expectativas y preocupaciones.	
Descripción del Problema	No se cuenta con ninguna forma de participación directa de los derechohabientes.
Causas	Carencia de un instrumento directo para recolectar información del derechohabiente. No se cuenta con información directa sobre los derechohabientes.
Objetivo a conseguir	Promover la participación de los derechohabientes. Tener un mayor conocimiento sobre las necesidades e intereses del derechohabiente
Acciones de mejora	Diseñar un mecanismo para la recolección de información directa. Promover un estudio real de las necesidades del derechohabiente para el cumplimiento de los objetivos de la unidad.
Beneficios esperados	Aumentar la calidad de los servicios de salud prestados y poder medir la satisfacción y el rendimiento de los recursos médicos implantados.

ÁREA DE MEJORA N° 2, Disponibilidad de indicadores de efectividad de gestión de los procesos, orientación hacia al cliente y establecimiento de indicadores y objetivos.	
Descripción del Problema	La unidad Médica no cuenta con indicadores para medir el desempeño de la gestión de sus procesos. Falta de mecanismos para verificar la gestión de los procesos.
Causas	Falta de un metodología de Autoevaluación. No existe una definición de indicadores de gestión.
Objetivo a conseguir	Tener la capacidad de medir el desempeño de la gestión de los procesos. Tener un parámetro de comparación para establecer acciones de mejora en las gestiones con deficiencia.

Acciones de mejora	Establecer mecanismos para la medición de los resultados en la gestión de los procesos.
Beneficios esperados	Evitar la dispersión de los esfuerzos y aumentar la efectividad en el servicio medico. Mejorar el rendimiento de la unidad medica.

AREA DE MEJORA N° 3, Introducción de cambios y mejoras en los procesos, comunicación a los grupos de interés y evaluación de los resultados

Descripción del Problema	Carencias de iniciativas orientadas hacia la implementación de planes de mejora en concordancia con los intereses de los grupos de interés.
Causas	Falta de herramientas de gestión
Objetivo a conseguir	Protocolización de herramientas y mecanismos para planificar la gestión.
Acciones de mejora	Elaboración de un informe anual de calidad. Divulgar las experiencias de calidad mediante publicaciones científicas en la unidad medica. Disponer de un protocolo de equivalentes terapéuticos para el uso de los dependientes de farmacia. Elaborar o adaptar y actualizar la guía farmacéutica de los productos empleados en la unidad medica.
Beneficios esperados	Analizar los canales de comunicación y hacerlos mas efectivos Fomentar la discusión sobre resultados para el establecimiento de mejoras.

ÁREA DE MEJORA N° 4, Manejo de información del contacto habitual con los derechohabientes para definir objetivos e implantar mejoras, atención de quejas y reclamos en la Unidad.

Descripción del Problema	Falta el desarrollo de iniciativas y procedimientos que permitan medir la satisfacción de los derechohabientes, incluyendo el análisis de los canales de comunicación externo e interno
Causas	No ha existido una iniciativa para el establecimiento de mecanismos de recolección de información directa del derechohabiente.

Objetivo a conseguir	Promover incorporación de las necesidades del derechohabiente en la formulación de los objetivos de la unidad Dar una respuesta pronta y efectiva a las deficiencias expresadas por los derechohabientes
Acciones de mejora	Establecer un programa de visitas de medico general/pediatra Desarrollar las herramientas básicas para la recolección de información Definir metodología para el manejo de la información.
Beneficios esperados	Mayor participación de los derechohabientes Mejoramiento de la proyección social

RESULTADOS CLAVES

ÁREA DE MEJORA N° 1, Identificación, tendencias y registros de los resultados claves, consenso sobre los indicadores claves a nivel de responsables	
Descripción del Problema	No se cuentan con evidencias documentales sobre tendencias y registros de los resultados de la unidad
Causas	Falta de mecanismos que permitan evaluar en la gestión de los procesos de organización.
Objetivo a conseguir	Disponer de los elementos necesarios para poder establecer las tendencias de los resultados.
Acciones de mejora	Definir los resultados claves para la Unidad medica Definir los indicadores claves y diseñar una metodología para su registro y procesamiento.
Beneficios esperados	Disponibilidad de información relevante sobre los resultados de la gestión de la unidad.

ÁREA DE MEJORA N° 1, Uso de indicadores clave para las áreas relevantes de gestión de la Unidad Médica.	
Descripción del Problema	No se tienen implementados el uso de indicadores claves para cada una de las áreas relevantes de gestión.
Causas	No están definidos los mecanismos de medición.
Objetivo a conseguir	Promover la Autoevaluación haciendo uso de indicadores que permitan medir el desempeño de cada área estratégica de la unidad.
Acciones de mejora	Definir los resultados claves para las áreas relevantes de la unidad médica. Definir los indicadores claves y diseñar una metodología para su registro y procesamiento.
Beneficios esperados	Mejora en el desempeño de la unidad

ÁREA DE MEJORA N° 1, Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados de los indicadores clave de la unidad médica. Cumplimiento sucesivo de los objetivos para los indicadores clave.	
Descripción del Problema	Actualmente no se establecen los planes, objetivos en función de los resultados de los indicadores clave.
Causas	Falta de una metodología para el desarrollo de equipos de mejora que se fundamente en los indicadores claves.
Objetivo a conseguir	Garantizar el cumplimiento sucesivo de los objetivos establecidos para los indicadores.
Acciones de mejora	Definir una metodología para la implementación de mejoras en la unidad médica.
Beneficios esperados	Mejora en el desempeño de la unidad

TABLA C-2: Desglose de objetivos del plan de mejora

Recopilar y procesar información sobre la satisfacción del derechohabiente

Establecer planes, objetivos y equipos de mejora para lograr la satisfacción del derechohabiente con el servicio prestado

Establecer objetivos de los indicadores de la satisfacción del cliente para dar seguimiento a los planes de mejoras

Identificar y establecer indicadores de la satisfacción de los derechohabientes e indicadores de rendimiento de la organización para contar con información para la formulación de planes y equipos de mejora

Recopilar y procesar información sobre la satisfacción del personal de la organización

Establecer planes, objetivos y equipos de mejora para lograr la satisfacción del personal de la organización

Identificar los factores de mayor influencia en el desempeño y satisfacción del personal de la Unidad Médica Atlacatl

Establecer objetivos de los indicadores de la satisfacción del personal de la organización para dar seguimiento a los planes de mejoras

Identificar y establecer indicadores de la satisfacción del personal con la organización para la formulación de planes y equipos de mejora

Promover la participación de los derechohabientes.

Tener un mayor conocimiento sobre las necesidades e intereses del derechohabiente

Tener la capacidad de medir el desempeño de la gestión de los procesos.

Protocolización de herramientas y mecanismos para planificar la gestión

Promover incorporación de las necesidades del derechohabiente en la formulación de los objetivos de la unidad.

Disponer de los elementos necesarios para poder establecer las tendencias de los resultados.

Promover la Autoevaluación haciendo uso de indicadores que permitan medir el desempeño de cada área estratégica de la unidad.

Garantizar el cumplimiento sucesivo de los objetivos establecidos para los indicadores.

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

RESULTADOS EN LAS PERSONAS

PROCESOS

RESULTADOS CLAVE

OBJETIVO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE MEJORA: ESTABLECER UN PLAN DE MEJORA PARA ALCANZAR LA EXCELENCIA DE UNIDAD MEDICA ATACATL

OBJETIVO DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE MEJORA: Proporcionar a la Unidad Medica Atlacatl los elementos necesarios para mejorar los resultados obtenidos en el diagnostico

D. DESARROLLO DE PLANES DE MEJORA



1. ENFOQUE DE PROCESOS

1.1 ENFOQUE DE PROCESO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN.

Identificar procesos estratégicos, procesos clave y procesos de soporte.

En primer lugar se debe conocer la estrategia que tiene la Institución para alcanzar la misión o razón fundamental de su existencia; en su defecto se tendrá que utilizar líneas estratégicas, objetivos o incluso normativas que orienten la marcha de la organización. Esta estrategia permite identificar con claridad cuáles son los procesos clave (los que justifican la razón de ser del centro/servicio/unidad y se realizan en tiempo real con el derechohabiente) y los procesos de soporte que facilitan el funcionamiento.

Clasificación de procesos:

- ✓ clave u operativos: Se definen como todos aquellos procesos que tienen contacto directo con el cliente, se realizan en tiempo real y son la razón de ser del centro de salud.
- ✓ Procesos de gestión o estratégicos: Son aquellos procesos que establecen las guías y orientaciones necesarias para que los procesos tengan los resultados adecuados.
- ✓ Procesos de soporte: Son los procesos que aportan recursos, ya sean materiales, organizativos o de información, para la realización de los procesos claves

Con todo ello es posible establecer el mapa de procesos, en el que estarán reflejados todos los procesos del centro o la Unidad médica, Servicio

o Departamento. El mapa no es más que una representación gráfica de la organización, como un zoom que permite observar los procesos que tienen lugar en ella. Por ello es importante que el mapa de procesos incluya un detalle de las relaciones entre los procesos identificados y cómo se incardinan para facilitar la consecución de los objetivos y la misión.

Se debe denominar e identificar cada uno de los procesos así como a sus responsables. A partir de aquí, una vez comprobada la idoneidad del mapa de procesos, se despliega en cascada, describiendo objetivos, actividades de cada uno de los procesos y de sus subprocesos. A su vez, se debe ir estableciendo las relaciones entre procesos y subprocesos, lo que, paulatinamente puede ir acompañado de la definición de las instrucciones de trabajo para las personas que intervienen en ellos. Los procesos deben describirse de forma que quede suficientemente claro qué pasos deben darse para realizarlo satisfactoriamente.

La denominada, "arquitectura de procesos", permite describir el conjunto de actividades y sus relaciones desde un nivel general (arquitectura 0 de procesos del Servicio hasta un nivel de mayor detalle especificando instrucciones de trabajo o tareas específicas que deben realizarse - arquitectura de procesos nivel 3-.

Figura D-1: Modelo para la agrupación de procesos en el mapa de procesos.

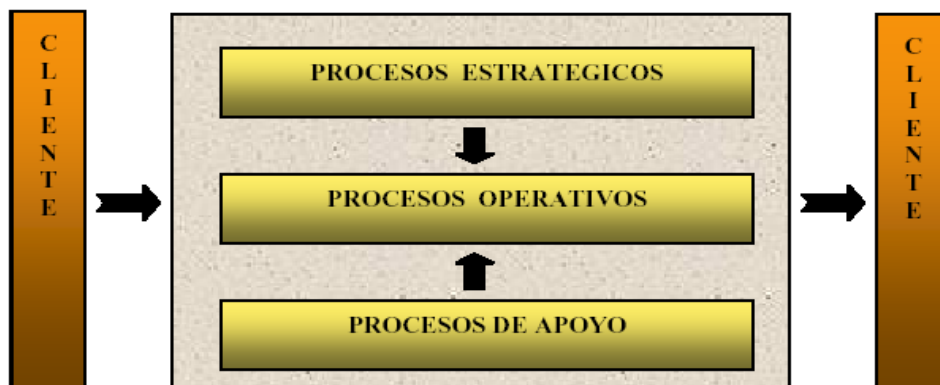
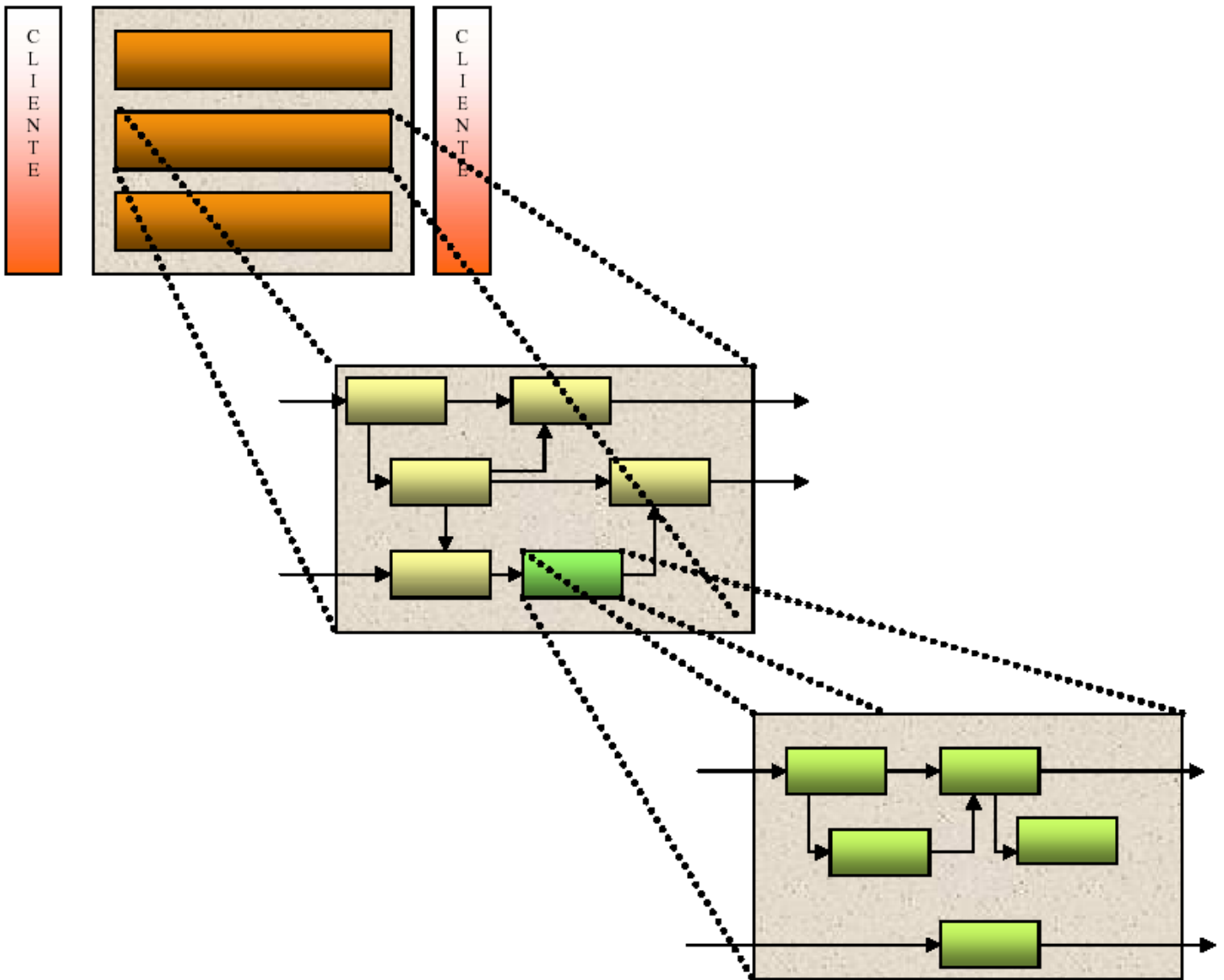


Figura D-2: Representación grafica "en cascada"



Fuente: Guía para la gestión basada en procesos

¿Qué se entiende por proceso?

En el medio de salud se entiende por proceso el “conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del derechohabiente al que va dirigido⁷”. En otras palabras, un proceso no es más que *la sucesión de pasos y decisiones que se siguen para realizar una determinada actividad o tarea que, cuando se trabaja desde el enfoque de gestión de la Calidad Total, deben ir orientados a satisfacer una necesidad de nuestros clientes internos o externos*^{8 9}.

Todo proceso incluye una sucesión de actividades que, necesariamente, tienen cada una de ellas alguna actividad precedente y lógicamente tendrán otra a continuación hasta su final. Al espacio comprendido entre los límites establecidos para cada proceso, se le denomina “ámbito del proceso”. Los procesos, a su vez, se subdividen en subprocesos cuando por su complejidad es aconsejable subdividir el conjunto de actividades que los integran para una mejor comprensión.

En el caso concreto de las empresas del sector servicios, donde en general, coincide que el producto se consume en el momento en el que se produce, se actúa sobre el propio cliente al que se considera como “sustrato” (entrada) a transformar en producto con valor añadido al término del proceso de prestación de un servicio (salida). Por ello, el producto obtenido en el sector servicios se fundamenta en el mismo cliente, al que se ha aportado el valor añadido con una prestación de servicio determinada. Así mismo, la información puede ser una entrada al proceso, siendo en este caso la salida una información actualizada o que aporte un mayor valor añadido.

⁷ Arcelay A, Guía para la Gestión de Procesos. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Eusko Jaularitza-Gobierno Vasco. Vitoria, 1999.

⁸ Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. Med Clin (Barc) 2000

⁹ Lorenzo S. ¿Gestión de procesos en asistencia sanitaria? Rev Calidad Asistencial 1999

En el sector salud los procesos clave se centran en la atención al paciente; la mejora del proceso necesita la implicación de todos los profesionales y la toma autónoma de decisión, consensuado entre los mismos, utilizando la evidencia científica a través de documentos prácticos de uso (guías, vías de práctica clínica), y todo esto desarrollado dentro de un sistema integrado^{10 11}.

La definición del proceso la lleva a cabo el propietario o el equipo de proceso, una vez analizadas y delimitadas las características del problema de salud, que no solamente se ha de situar en la fase de prevención secundaria, sino que dependiendo de la población atendida o del proceso a estudio pueden contemplarse aspectos de la prevención primaria, con lo que se tendría que, por ejemplo, adecuar las actuaciones entre organizaciones (Hospital y Unidades medicas, por ejemplo). En procesos asistenciales de patologías crónicas o de atención primaria es interesante la descripción integral del proceso para asegurar la continuidad de cuidados a través del mismo entre niveles asistenciales (atención primaria, especializada, sociosanitaria, etc).

1.2 LA GESTIÓN POR PROCESOS

La gestión por procesos busca reducir la variabilidad innecesaria que aparece habitualmente cuando se producen o prestan determinados servicios y trata de eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las acciones o actividades, al consumo inapropiado de recursos, etc. Facilita la coordinación y la sinergia entre los diferentes procesos que se dan en una organización y es una base sólida para organizar el empowerment, la asunción de responsabilidad por parte de los profesionales en el ámbito de

¹⁰ Arcelay A. Gestión de procesos. Rev Calidad Asistencial 1999

¹¹ López Revuelta K, Lorenzo S, Gruss E, Garrido MV, Moreno JA. Aplicación de la gestión por procesos en Nefrología. Gestión del proceso de hemodiálisis. Nefrología 2002

actuación de su proceso y su trabajo diario.

En las organizaciones de salud se aprecia de forma clara la visión sistémica que define este tipo de gestión: un conjunto de personas, servicios u organizaciones (proveedores) que solicitan que se lleven a cabo una serie de actividades (procesos) para una serie de personas o servicios que reciben los resultados (derechohabientes).

Al utilizar la gestión¹² por procesos en una organización debe describirse de forma clara su misión (para qué y por qué existe y para quién se realiza el proceso), concretando, a continuación, entradas y salidas, e identificando clientes internos, proveedores del mismo y clientes externos, destinatarios de los servicios, etc. Se puede medir la cantidad y la calidad de lo producido, el tiempo desde la entrada hasta la salida y el coste invertido en añadir valor; y, por último, ha de poder asignarse la responsabilidad del cumplimiento de la misión del proceso a su propietario del proceso.

La representación gráfica de los procesos facilita su comprensión y a veces supone una base sólida para la mejora de circuitos o su coordinación. Se pueden utilizar diferentes metodologías para ello como el IDEF, Qualigraf o diagramas de flujo.

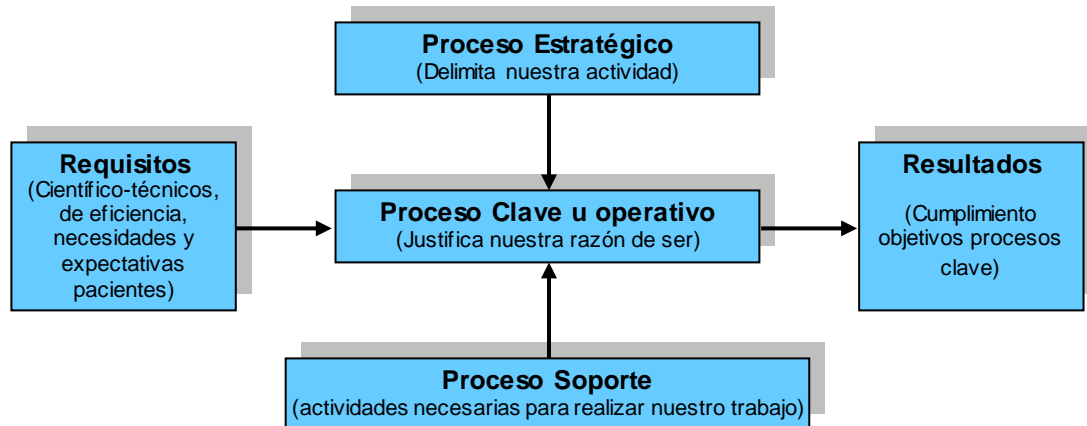
La metodología IDEF (Integration for Function Modelling)¹³ distingue diversos niveles en la arquitectura de los procesos, siendo los utilizados con más frecuencia: 1º proceso; 2º subprocesso; 3º actividades; y 4º tareas. Los procesos se representan mediante una caja con los requerimientos de proveedor a la izquierda, el servicio facilitado al cliente por la derecha, las limitaciones, normas o estrategias en la parte superior y los recursos necesarios en la parte inferior. Este sistema de representación gráfica

¹² Costa JM. Metodología del diseño de procesos. Cuadernos de Gestión 1998;4:17-22.

¹³ <http://www.idef.com>

permite la representación de modelos complejos, asegura una gran integración de los mismos y permite detectar circuitos que no aportan valor añadido¹⁴.

Figura D-3: Representación grafica de un proceso



CÓMO IDENTIFICAR UN PROCESO

El proceso es un ámbito de actuación que define un curso de acción compuesto por una serie de etapas orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada. Todo ello con el fin de conseguir una salida que satisfaga

¹⁴ Moracho O. Arquitectura de procesos en el Hospital de Zumarraga. Qualitas Hodie 1999;

plenamente los requerimientos del cliente del mismo (derechohabiente o cliente interno), como consecuencia de las actividades realizadas. Un proceso es un "que" se hace. No tiene existencia real, pero es un concepto muy útil para organizar lo que hacemos, medirlo y mejorarlo¹⁵. En cambio, un procedimiento es la descripción detallada de las instrucciones operativas para llevar a cabo un proceso o parte de él; es un "cómo" se hacen las cosas.

Los procesos se clasifican en tres grandes grupos¹⁶:

1. **Estratégicos:** Son procesos a medio plazo, que facilitan guías, limitaciones, líneas estratégicas o normas de actuación para los procesos de la organización. ejemplo: planificación estratégica, mejora continua, implantación de sistemas de calidad... Habitualmente son procesos de dirección o de gestión.
2. **Clave:** Son aquellos que se realizan en tiempo real con el cliente externo y son la razón de ser de la organización. (ejemplo: prestar atención sanitaria en consultas, atender urgencias, etc.)
3. **Soporte o apoyo:** son los que facilitan la realización de los anteriores mediante la aportación de recursos o sistemas de apoyo. Por ejemplo: lavandería, seguridad, mantenimiento, etc.

Además cualquier proceso puede ser **crítico:** Son aquellos especialmente importantes para el éxito de la organización ya sea por su importancia estratégica, la importancia para el cliente o la trascendencia de un fallo en su realización.

Procedimiento para la descripción de un proceso:

1. Definirlo, especificar de qué se trata, sus límites y responsable. Definir su misión y objetivos. Conocer el marco dónde se desarrolla (procesos

¹⁵ Moracho O. Gestión de procesos y Modelo Europeo de Excelencia en el Hospital de Zumarraga Hospital: evaluación y mejora continua. Rev Calidad Asistencial 2000

¹⁶ Badía X, Bellido S. Técnicas para Gestión de la Calidad. Ed. Tecnos SA. Madrid,1999.

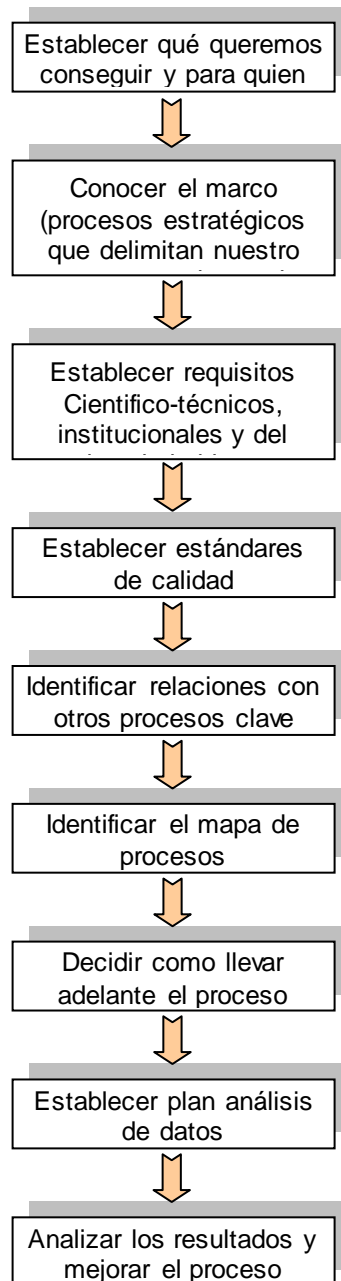
estratégicos).

2. Identificar quién es el beneficiario del proceso (derechohabiente, profesional, otro Servicio), conocer los requisitos científico-técnicos, describir sus expectativas y sus necesidades como "salidas" del proceso, e identificar los estándares de calidad aceptables para los clientes, en función de sus necesidades y expectativas.
3. Relacionar las actividades que se incluyen en el proceso, sus elementos, diagrama, secuencia, "entradas" y requisitos de calidad.
4. Especificar el método de evaluación y de revisión que se adoptara para introducir mejoras en el proceso, lo que incluye determinar indicadores del proceso.
5. Analizar los resultados y formular propuestas para mejorar el proceso en sí y sus resultados.

La figura D-4 recoge los pasos esenciales para la descripción de un proceso. Como lo indica, se trata de una tarea cíclica que no finaliza con su definición y diseño, sino que continúa con la monitorización de los indicadores que permiten conocer si se alcanzan los estándares de calidad del propio proceso y con propuestas (coordinadas por su propietario) para lograr la mejora de sus resultados¹⁷.

¹⁷ Galloway D. Mejora continua de procesos. Barcelona: Ediciones Gestión 2000:1998.

Figura D-4: Descripción de un proceso.



Identificar clientes, sus necesidades y expectativas.

El fin último de cualquier unidad de salud es satisfacer las necesidades y expectativas de sus derechohabientes (clientes). Para poder cumplir con ello es necesario, primero saber quiénes pueden considerarse clientes y, segundo, identificar sus necesidades y expectativas.

Conviene diferenciar entre dos tipos de clientes: los internos y los externos:

- ✓ Clientes internos: individuos o servicios dentro de la propia organización que reciben nuestros servicios para utilizarlos en su trabajo.
- ✓ Clientes externos: son los clientes finales, los que disfrutan de los productos o servicios de nuestra organización (los abonados de una compañía de comunicaciones, los estudiantes de una universidad, los pacientes de una unidad médica, los viajeros de una compañía de transporte, etc.).

Para identificar a los derechohabientes de las unidades medicas basta con preguntarse: ¿Quiénes reciben nuestros productos / servicios?

El objetivo de esta pregunta es conseguir un listado de clientes a partir de la cual se debe tratar de establecer qué necesidades tienen esos clientes, es decir, qué necesidades tienen y qué esperan los clientes que se les ofrezca.

En la tabla D-1 presentamos el decálogo de cuestiones que de manera práctica nos permitirán identificar a nuestros clientes / pacientes y sus necesidades.

TABALA D-1: Decálogo para la identificación de clientes/pacientes y sus

necesidades

1. ¿Quiénes son nuestros clientes?
 2. ¿Qué pacientes atendemos con más frecuencia? o ¿a qué profesionales remitimos nuestros informes?
 3. ¿Qué riesgos tienen nuestros derechohabientes? O ¿qué precisan nuestros colegas?
 4. ¿Qué pruebas diagnósticas / terapéuticas utilizamos?
 5. ¿Son adecuadas, las realizamos correctamente?
 6. ¿Qué información es la idónea y cómo debemos transmitirla?
 7. ¿Qué resultados esperamos?
 8. ¿Qué complicaciones tenemos?
 9. ¿Qué procesos estudiamos / evaluamos?
 10. ¿Qué esperan de nosotros nuestros clientes / derechohabientes?
-

1.3 PROCESO VS PROCEDIMIENTO, PROTOCOLO, VÍA CLÍNICA, GUÍA CLÍNICA

La práctica clínica se basa en la utilización de información clínica, percepciones, razonamientos y juicios clínicos. Sin embargo, no es un fenómeno exacto y reproducible. Los mecanismos de toma de decisiones son difíciles de comprender, existe gran variabilidad entre médicos ante un mismo proceso y de un mismo médico ante pacientes diferentes pero aquejados del mismo proceso.

La protocolización de la asistencia es una de las estrategias utilizadas tradicionalmente para disminuir la variabilidad, mediante el consenso profesional y/o las revisiones incompletas de la evidencia científica. Entre las diferentes formas de protocolización se proponen:

- ✓ **Guías de Práctica Clínica (GPC):** productos de gestión del

conocimiento que incluyen el resultado de la revisión sistemática de la evidencia científica o conocimiento explícito y la incorporación del juicio clínico o conocimiento tácito en su aplicación a un paciente concreto¹⁸.

- ✓ **Vías clínicas:** (clinical o critical pathways, care maps)¹⁹ son planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología, y que presentan un curso clínico predecible. Definen la secuencia, duración y responsabilidad óptima de las actividades de médicos, enfermeras, y otros profesionales, para un diagnóstico o procedimiento particular, minimizando retrasos, mejorando el uso de recursos y maximizando la calidad de la asistencia. Detallan las actividades del día a día en la atención del enfermo con un diagnóstico específico, consiguiendo así la optimización de la secuencia de actos médicos. Suelen desarrollarse para procedimientos médicos de gran volumen, alto riesgo o alto coste o que requieren la cooperación de múltiples profesionales. Hoy, existen en funcionamiento más de 1500 vías clínicas establecidas, especialmente en los países anglosajones.

La forma de presentación más común que adoptan las vías clínicas es la de una matriz temporal, en el eje de las abscisas se coloca el tiempo en divisiones por días o incluso horas y la ubicación del enfermo, en el eje de las ordenadas se distribuyen todas las acciones e intervenciones cuidadosamente distribuidas (evaluaciones y asistencias, determinaciones o tests de laboratorio, tratamientos médicos y cuidados de enfermería, medicación, actividad, fisioterapia, dieta, información y apoyo al enfermo y/o familiar, criterios de ingreso o de alta.

¹⁸ Ellis BW, Johnson S. A clinical view of pathways of care in disease management. *Int J Health Care Quality Assurance* 1997.

¹⁹ García Caballero J, Díez Sebastián J, Rodríguez Pérez P, Ureña V, de la Rosa Rodríguez G, Latorre Guisáosla M. Los programas de mejora de la calidad en la atención hospitalaria. En Rodríguez Pérez P y García Caballero J. *Calidad en la atención sanitaria. Conceptos teóricos y aplicaciones prácticas*. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Higiene y Salud Pública. Sociedad Española de Calidad Asistencial. MSD-Medicina Basada en la Evidencia. Madrid, 2001.

- ✓ **Protocolos:** para algunos autores los términos Guía de Práctica Clínica y Protocolo son sinónimos. Sin embargo, se suele considerar protocolo al conjunto de recomendaciones, habitualmente de indicación, de diagnóstico, de tratamiento y de seguimiento, cuyo objetivo es asegurar la calidad del proceso clínico y de los resultados. En general ayudan a la toma de decisiones en un plan de cuidados y son, habitualmente, normativos. En general los protocolos suelen desarrollarse por consenso y las guías están basadas en la evidencia disponible; en ambos casos no se tiene en cuenta la orientación al cliente en los mismos términos que en los procesos.

- ✓ **Procedimiento:** Un procedimiento es un conjunto de trámites. Los procedimientos pueden representarse en forma gráfica o en forma de texto, por tanto, un procedimiento es una característica de un proceso.

TABLA D-2: Proceso vs. Protocolo, procedimiento, vía clínica, guía clínica

PROCESO

- ✓ Conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial
- ✓ Objetivo: reducir variabilidad de la práctica
- ✓ Salidas del proceso orientadas a satisfacer al cliente

PROTOCOLO

- ✓ Normas de actuación que facilitan la forma más efectiva, eficiente y satisfactoria
 - ✓ Objetivo: facilitar la toma de decisiones clínicas
 - ✓ Facilitan la formación de los profesionales
 - ✓ Permiten asegurar calidad científico técnica
 - ✓ Asegurar uso adecuado recursos
-

-
- ✓ Reducir riesgo de reclamaciones judiciales

PROCEDIMIENTO

- ✓ Establecen documentalmente la forma de llevar a cabo una actividad
- ✓ Forma específica para llevar a cabo un proceso

VIA CLINICA

- ✓ Plan asistencial aplicado a enfermos de una determinada patología
 - ✓ Objetivo: Reducir variabilidad clínica
 - ✓ Permiten definir secuencia, duración y responsabilidades
 - ✓ Mejora uso de recursos
 - ✓ Herramienta de coordinación
 - ✓ Optimiza secuencia de actos médicos y de enfermería
 - ✓ Identifica expectativas y sucesos críticos
-

1.4 SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN DE LOS PROCESOS.

Para realizar el seguimiento de un proceso es necesario establecer el plan de análisis de datos. Una cuestión fundamental previa a la mejora de procesos es la medición y lo es porque no se puede mejorar aquello que no se conoce. La gestión por procesos pasa por establecer una serie de elementos que permiten medir su eficacia, su utilidad y si resulta satisfactorio para los clientes del proceso. Los pasos que se recomienda seguir son:

- a) Desarrollo de criterios e indicadores. Establecer estándares de calidad.
- b) Diseño de un calendario de recogida de datos.
- c) Recolección y codificación de datos.
- d) Análisis y mejora del proceso.

- a) Desarrollo de criterios e indicadores. Establecer estándares de calidad.

Los procesos no se pueden medir de forma general, sino que hay que medir diferentes aspectos de los mismos. Para ello se definen criterios e indicadores para cada proceso y, en función de la información disponible, se establece estándares de calidad que posibilitan saber en qué medida el dato del indicador refleja si “se hace bien lo correcto”.

Las dimensiones que se pueden medir en un proceso pueden abarcar la cantidad de cosas que se hacen (por ejemplo, actividad asistencial), la calidad técnica (requisitos técnicos, demoras, indicadores centinela), la calidad percibida (resultados de encuestas) o el coste del proceso.

Criterio: Qué se desea obtener, objetivo. En terminología de la Joint Commission²⁰ es aquella condición que debe cumplir la práctica clínica para ser considerada de calidad. También puede entenderse como el nivel o niveles esperados de éxito, o las especificaciones según las cuales puede evaluarse la actuación clínica.

Indicador: Es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las actividades²¹, es decir la forma particular (normalmente numérica) en la que se mide o evalúa un criterio. Puede haber más de un indicador para cada criterio.

El término estándar hace referencia al grado de cumplimiento exigible a un criterio y se define como el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad. Dado que determina el nivel mínimo que comprometería la calidad, también puede entenderse como el conjunto de maniobras diagnósticas y terapéuticas indicadas en cada situación. Por ejemplo: el porcentaje de pacientes que inician rehabilitación precoz entre aquellos que tienen posibilidades reales de mejorar sus déficits neurológicos debe aproximarse al 100%. La verdadera utilidad del estándar es por tanto la posibilidad de

²⁰ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Estándares de acreditación de hospitales. Fundación Avedis Donabedian. Barcelona, 1997.

²¹ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. Control de Calidad Asistencial, 1991; 6:65-74.

comparación con un valor mínimo aceptable.

En ocasiones se puede encontrar valores estándar en la literatura, otras veces, su ausencia obligará a aceptar valores por consenso, y por último, también se puede optar por acordarlo en función de los resultados observados en el medio. Siempre que sea posible es deseable que la definición del estándar tome en cuenta no solo los datos del propio Servicio sino también los resultados del mejor Servicio de referencia que sea posible.

Características de los indicadores. Han de ser:

- ✓ Concretos: cuanto mejor definido sea el enunciado, menos errores se cometerán al recoger los datos.
- ✓ Objetivos: evitar evaluaciones clínicas subjetivas.
- ✓ Específicos: deben identificar tan solo verdaderos problemas.
- ✓ Clínicamente válidos: de acuerdo con los conocimientos actuales de la literatura o con los conocimientos de los profesionales y/o con la opinión de expertos en su defecto.
- ✓ Relevantes: solo los indicadores necesarios.
- ✓ Eficientes: evitando duplicidades y grandes esfuerzos en la recogida de la información.

b) Diseño de un calendario de recogida de datos.

Una vez definidos todos los indicadores para cada proceso, se realiza un plan de recogida de datos, donde se detallan las fechas en que deben ser recogidos las mediciones de cada indicador así como las fuentes y la/las persona/as encargada/as de esa recogida.

c) Recolección y codificación de datos.

Por último se lleva a cabo la recogida de los datos y su codificación para

el análisis posterior y la revisión del proceso introduciendo aquellas mejoras que se entienda necesarias.

La forma más sencilla para llevar adelante esta recolección y codificación de datos es mediante cuadros de mando que permitan la monitorización de cada uno de los indicadores. Es importante asimismo comenzar por sistematizar y analizar la idoneidad de los indicadores ya disponibles en el servicio.

d) Análisis y mejora del proceso.

Una vez estandarizado un proceso, se planificará su mejora ante dos tipos de circunstancias: (a) oportunidades internas del proceso para la mejora de la efectividad y eficiencia, y (b) oportunidades externas por cambios en el entorno que hagan aconsejable una modificación del proceso para que sus resultados se adapten mejor a las expectativas.

Como en la fase de estabilización, los indicadores de efectividad y eficiencia informarán sobre si se ha podido conseguir el objetivo, manteniendo controlado al máximo la variabilidad en el proceso.

Son herramientas imprescindibles en esta fase las clásicas metodologías para reducir la variabilidad en el sector sanitario. Se pueden clasificar para un uso más racional en: 1) Basadas en la evidencia científica: guías de práctica clínica, método del uso apropiado, etc.; y 2) Basadas en la práctica: técnicas cualitativas: (método Delphi; técnica de grupo nominal, protocolos clínicos, planes de cuidados estandarizados, vías clínicas).

1.5 MEJORA DE PROCESOS.

Los modelos de calidad total comparten una serie de características. La primera, la necesidad de la implicación de la Dirección de la organización de que se trate en el diseño, planificación, evaluación y mejora de la calidad del conjunto de actividades, acciones y resultados. La segunda, la implicación de

las personas (trabajadores de la organización) que, en definitiva, son quienes hacen las cosas y quienes consiguen los resultados. La tercera, pasa porque las decisiones se adopten en función de los datos, destacando la importancia que se atribuye a la evaluación y medición en el diseño de la calidad. La orientación al cliente, la gestión por (o de) procesos y la mejora continua son las otras características esenciales que, aunque es obvio que están relacionadas con las anteriores, forman por si mismas un trío esencial para entender la gestión de la calidad.

Hoy día el concepto de calidad tiene mucho que ver con la idea de adaptarse a las necesidades actuales y futuras de los derechohabientes, pasa porque la organización haya identificado sus procesos críticos y que los gestiones de forma apropiada ofreciendo garantías a sus derechohabientes y a sus trabajadores y, desde luego, no puede entender la calidad sino se habla de mejora continua en el seno de una organización. La mejora continua forma parte de la razón de ser de la calidad desde sus orígenes.

Por esta razón, la gestión de los procesos en una organización tiene como uno de sus objetivos, precisamente, la mejora de los mismos, tanto en cuanto a los resultados que se logran, como a la forma en que se llevan a cabo las tareas, los métodos de evaluación, la continuidad de la vigencia de los objetivos propuestos o de los límites del proceso, etc.

En la mejora de un proceso intervienen, o deben intervenir, todas las personas involucradas en el mismo e, incluso, propietarios de otros procesos próximos o relacionados. Aunque, no cabe duda, de que será necesario que alguien tome la iniciativa y ese alguien no es otro que el propietario del proceso.

Se menciono anteriormente sobre la figura del propietario del proceso (responsable se le llama también en algunas organizaciones), y se destacó su papel, sobre todo, en:

- ✓ Asegurar que se cumplan los objetivos del proceso, proponiendo aquellas modificaciones que posibiliten alcanzarlos con mayor seguridad en caso de no lograr los estándares.
- ✓ Establecer y mantener la relación con otros propietarios de otros procesos de la organización, con la vista puesta en la misión y estrategia global de la organización.
- ✓ Llevar a la práctica el control del proceso, lo que supone analizar periódicamente los indicadores asociados al mismo. Y
- ✓ La mejora del proceso, propiamente dicha para, independientemente de que se alcancen los estándares, se introduzcan mejoras.

Como se ve, la mejora de resultados, método, sistema de medición, etc. Asociado a los procesos constituyen funciones muy importantes de los propietarios de procesos y, aunque no son exclusivas del propietario del proceso, requieren de toda su atención.

Para evaluar un proceso y decidir qué tipo de mejoras es necesario introducir, se recomienda normalmente los siguientes pasos:

1. Determinar el estado actual del proceso, lo que incluye desde la misión hasta el grado de cumplimiento de estándares, pasando por sus límites o las tareas que se incluyen, buscando simplificarlas, ordenarlas por obtener mayor eficiencia o, sencillamente, valorar si siguen teniendo sentido tal y como se diseñaron inicialmente. Este punto incluye la valoración de nuevas tecnologías que pudieran afectar al proceso y, también, el análisis de la experiencia de otras organizaciones con procesos similares.
2. Analizar la información disponible (fundamentalmente la nueva información) sobre el punto de vista del cliente y, específicamente, revisar los datos sobre necesidades y expectativas actuales y futuras de los distintos tipos de clientes a los que el proceso va dirigido.

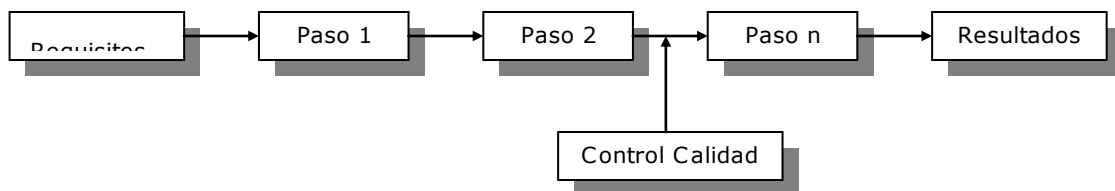
3. Identificar posibles problemas y/o puntos de mejora derivados de la experiencia adquirida en la gestión del proceso o en la participación en el mismo de diferentes profesionales.
4. Analizar las causas de los problemas identificados a fin de estudiar posibles alternativas, siempre con el grupo de personas implicadas
5. Establecer acciones de mejora a partir del análisis de esas posibles alternativas, priorizando, fijando un calendario, utilizando algún método para conocer si son eficaces y, sobre todo, teniendo en cuenta si las personas que las tienen que llevar adelante las perciben como viables (lo contrario es una pérdida de tiempo en la que muchas veces es fácil caer en las organizaciones).
6. Transcurrido el plazo de tiempo fijado, evaluar los efectos de las acciones de mejora implantadas, considerando si se han llevado a cabo conforme a lo previsto, las incidencias que hubieran podido ocurrir, los datos sobre efectividad de las medidas adoptadas y una valoración de hasta qué punto es posible mantener esta mejora o si es necesario plantearse otras alternativas.
7. Consolidar la mejora y volver a empezar un ciclo de mejora sobre un aspecto, resultado, método, diferente.

Un aspecto que debe considerarse en la mejora de los procesos viene derivada del denominado enfoque "poka-yokes", originalmente desarrollado en Japón. Según esta idea, a la hora de diseñar, o rediseñar, un proceso es conveniente considerar cómo es posible prevenir los errores involuntarios e inadvertidos que de forma inherente al propio proceso aparecerán antes o después. De hecho, la palabra poka significa error inadvertido/involuntario y la palabra yokeru prevenir. La idea es sencilla: los errores humanos son inevitables (ya sea por cansancio, por distracción, etc.), y lo importante es

prevenir que se conviertan en defectos (errores que llegan o perjudican al cliente). La mejor manera de prevenirlos es introducir determinados controles de calidad a lo largo de las fases del proceso y evitar así este tipo de errores involuntarios.

Como ejemplo, en el esquema de la figura 6, entre el paso 2 y el paso n se introduce un control de calidad que nos asegura que se ha producido el hecho esperado sin error, precisamente en una fase del proceso donde habitualmente en el pasado se detectaba con frecuencia error humano.

Figura D-5: Control del proceso



A la hora de planificar correctamente la mejora de un proceso suele resultar de gran ayuda tener en mente el siguiente diagrama de un plan de mejora. Por un lado, se debe considerar si el objetivo que se persigue sigue teniendo vigencia, segundo si se alcanza el despliegue perseguido y se tiene claro qué debe realizarse y por qué; y tercero, considerar si el método de evaluación y medida es el más apropiado para los fines propuestos y si la información que se deriva de este método posibilita el aprendizaje y, por consiguiente, la mejora continua.

Por otro lado, para establecer un plan de mejora con posibilidades de éxito, se recomienda considerar los siguientes puntos:

Primero, poner en práctica algún método que nos permita priorizar qué haremos primero o qué requiere de nuestra atención en primer lugar. Hay diversos métodos y diversas formas de hacerlo. La participación de las personas involucradas en el proceso y considerar si existe algún problema

grave que requiere una inmediata respuesta son dos condiciones que resulta indispensable no olvidar. La primera por las razones arriba apuntadas (implicación y sensación de viabilidad), la segunda porque lo contrario no sería éticamente aceptable.

Las preguntas que habitualmente solemos formularnos y que nos suelen ayudar a fijar prioridades son las siguientes (no necesariamente en el mismo orden):

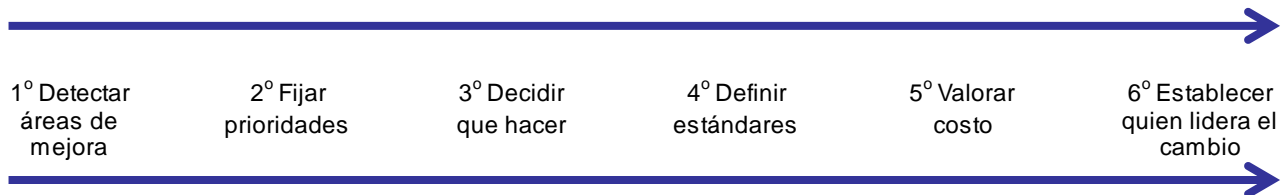
1. ¿Es grave?...
2. A cuántos pacientes afecta...
3. Qué costes tiene la mejora...
4. ¿Tenemos posibilidades de tener éxito al introducir la mejora?...
5. ¿Qué molestias, inconvenientes, riesgos supone?
6. ¿Cuántos profesionales están involucrados de cara a obtener la mejora?
7. ¿Qué costes o repercusión tiene no actuar?
8. ¿Resultará fácil saber si realmente hemos mejorado en algo?

Una vez decididas las prioridades (por ejemplo: 1 nivel máximo de prioridad, 2 nivel intermedio y 3 no urgente), se pasa a elaborar un cronograma para llevar adelante las mejoras ideadas. Normalmente, se habla en términos de medio plazo (nunca superior a un año). Lo siguiente será definir un método que permita saber si se ha tenido éxito al introducir en el proceso la propuesta de mejora elaborada. Este punto es básico. Más de una vez, la mejora que se aprecia es independiente de la acción emprendida y se debe, sencillamente a causas externas. Por otro lado, se debe saber en qué medida se obtiene la mejora que se espera, si se esta por debajo de lo que se espera (y preguntarse por qué) o si se esta por encima (y también preguntarse por qué).

Es obvio que se necesita preguntarse cuál es el coste de la acción que se pretende emprender y, lógicamente, si se esta en condiciones de llevarla a la práctica. Y, aunque todos los implicados deben participar y sentir la mejora

como propia, alguien (normalmente el propietario del proceso) debe liderar su puesta en práctica.

Figura D-6: Fases de la mejora de procesos



Una alternativa a la mejora de los procesos que se ha descrito es la denominada reingeniería de procesos. Se trata en este caso no de introducir pequeños cambios orientando el proceso para resultar más efectivos y más eficientes, sino de un cambio radical.

En 1990, Michael Hammer puso de relieve que “pese al rápido cambio tecnológico, el diseño de nuevos productos es desesperadamente lento”. Esta reflexión pasa por ser el origen de la reingeniería de procesos, junto a la idea de Peter Drucker de que “nada es menos efectivo que hacer eficiente lo que no se debería haber hecho nunca”.

La reingeniería no busca un cambio progresivo, consiste en empezar desde cero con un diseño que se puede describir como de “terreno por edificar”. Básicamente, pone su acento en la necesidad de que el cliente sea el centro de la atención del conjunto de personas de una organización y, por tanto, subraya la importancia de reorientar los procesos hacia innovación, ponderando la velocidad de respuesta al cliente y la calidad final. Una característica añadida de la reingeniería de procesos es la importancia que atribuye al papel de las nuevas tecnologías. En definitiva, es un enfoque que prima el “todo o nada” y que pretende un cambio radical en la forma en que se gestiona un proceso, más que un cambio sensible del mismo. Como todo,

tiene sus ventajas y sus inconvenientes, circunstancias en las que su utilización resulta provechosa y otras, por el contrario, que puede resultar contraproducente.

Desde esta perspectiva se aconseja realizar la siguiente reflexión: ¿para qué sirve realmente este proceso? ¿Es verdaderamente útil, indispensable? ¿Son todos sus pasos necesarios? A partir de aquí, se empieza a pensar de otra forma y preguntándose si verdaderamente lo que se está haciendo sigue teniendo todo su sentido.

En la práctica, muchas veces se observa que lo que se hace, se hace, porque antes se hacía, y esta sencilla explicación no es siempre tan evidente. La reingeniería de procesos sugiere que no siempre se debe seguir haciendo lo mismo y que la innovación es bienvenida.

Las siguientes preguntas que se deben de formular son:

- ✓ ¿El nivel de servicio que se ofrece es el requerido?
- ✓ ¿Nos sirve este proceso en alguna medida para tener ventaja
- ✓ ¿Están bien aplicados los recursos que precisa este proceso?
- ✓ ¿Tenemos un interés estratégico en esto?

Las respuestas a estas preguntas invitan, sin duda, a una reflexión sobre la importancia, necesidad y oportunidad de lo que se hace, lo que debe beneficiar a la organización y a los derechohabientes, sobre todo si, además, nos preguntamos las siguientes cuestiones:

- ✓ Qué es la calidad para nuestros diferentes clientes
- ✓ Qué necesitan nuestros clientes y no tienen
- ✓ Qué necesitamos mejorar
- ✓ Qué esperan nuestros clientes (externos e internos) que les demos
- ✓ ¿Estamos mejorando realmente?

En realidad cualquier herramienta o sistema de mejora puede ser válido y útil para incorporar mejoras en los procesos (Certificación ISO, cumplimiento de estándares, grupos de mejora, rediseño del proceso...). Se destaca como elementos clave sin embargo para el éxito de la implantación del sistema de gestión la coherencia con la estrategia de la organización, la claridad y comprensión en la descripción de los procesos, la adecuación de objetivos e indicadores, el apoyo de los líderes de la organización, la correcta identificación de necesidades y expectativas de los clientes/derechohabientes y, muy especialmente, la implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas.

1.6 METODOLOGIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL ISSS.

Se propone clasificar los procesos en tres grandes grupos: estratégicos, operativos y de apoyo; y para la representación gráfica de los procesos se haga utilizado diagramas de flujo.

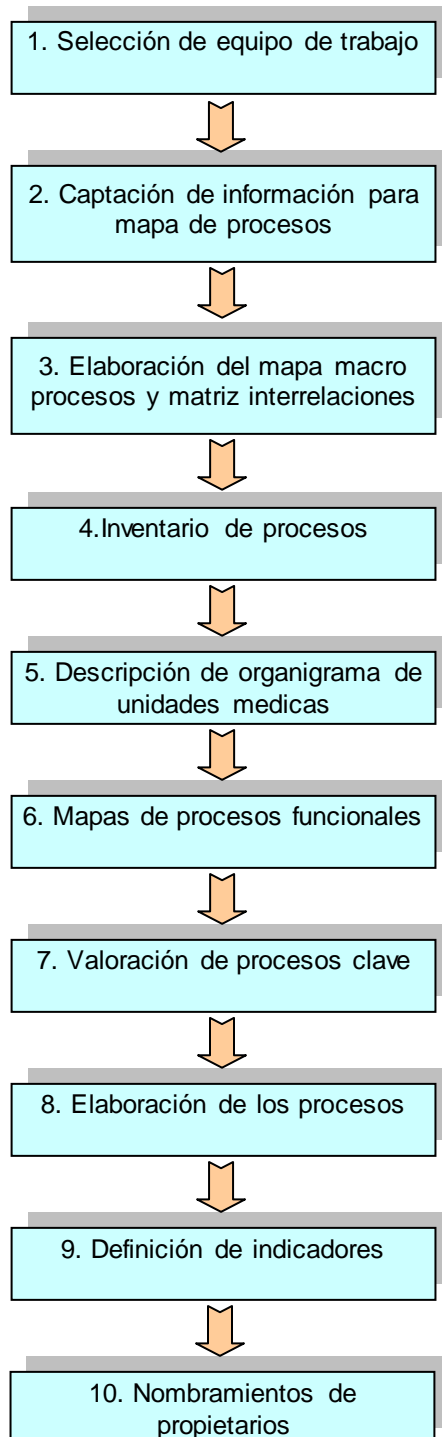
Para describir cada proceso en las unidades medicas, se hará siguiendo el orden siguiente:

1. Definición, incluyendo límites y responsable.
2. Identificación de beneficiarios del proceso, describiendo sus necesidades como "salidas" del proceso, e identificando las características de calidad aceptables.
3. Relación de las actividades que se incluyen en el proceso, sus elementos, diagrama de flujo, secuencia, entradas y características de calidad.
4. Método de evaluación y de revisión que adoptaremos para introducir mejoras en el proceso, incluyendo los indicadores del mismo y la periodicidad de su medición.
5. Nombramiento de propietario.

De esta forma el plan inicia con la selección del grupo de trabajo,

formado por un equipo multidisciplinar en el que la mayor parte, será personal asistencial (director, administrador, un responsable de enfermería, y 8 facultativos entre los que se incluía el coordinador de calidad del centro) (figura D-7).

Figura D-7: Etapas de la Gestión por procesos en UM.



Se deberá elaborar el mapa de macroprocesos y la matriz de interrelaciones. A partir de ahí se realiza la captación de información para la elaboración del mapa, la descripción del organigrama de las unidades medicas y el inventario de procesos del centro (en que se han incluido las definiciones de todos los procesos identificados). Todo este trabajo se realizará de forma consensuada por el equipo de trabajo.

Posteriormente se realizarán los mapas de procesos funcionales en los que se refleja la actividad de cada área de las unidades médicas de acuerdo con los diferentes procesos.

En la fase siguiente se lleva a cabo la identificación de los procesos clave, para lo cual se recomienda utilizar como criterios de priorización: cobertura, calidad asistencial (incluyendo la satisfacción de clientes y profesionales) e impacto en el presupuesto.

Una vez definidos los procesos, se creará grupos de trabajo para la primera fase en los que se definirán los procesos correspondientes a lo largo del año. Dichos grupos de trabajo multidisciplinarios en todos los casos incluirán facultativos, personal de enfermería y personal no asistencial representativo de las unidades implicadas en cada uno de ellos. Siguiendo la metodología descrita, se definirán actividades, diagramas de flujo, indicadores y características de calidad y finalmente se asignarán propietarios de los procesos. Luego tendrá lugar la primera evaluación e iniciar así la segunda fase de gestión de procesos en las unidades medicas.

2. ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES DE GESTIÓN

"Lo que no se puede definir no se puede medir, lo que no se puede medir no se puede mejorar, lo que no se puede mejorar se puede deteriorar".

Lord Kelvin

Medir es determinar una cantidad comparándola con un patrón, una unidad o un estándar de referencia. En muchas organizaciones, la medición se ha limitado a una simple recolección de datos sobre los procesos. Se registra la información acerca de los resultados, las etapas intermedias, los insumos, el desempeño de los grupos de trabajo, entre otros. Pocas veces se registran los datos que pueden convertirse en información valiosa para el mejoramiento continuo y la toma de decisiones.

Las mediciones son muy importantes, pero lo son más las acciones que se toman con base en dichas medidas. Una medición deberá entonces estar asociada con algún tipo de decisión. La medición en las organizaciones de salud es de vital importancia para lograr un conocimiento profundo de los procesos y su relación con la gerencia de los mismos. Dicho conocimiento parte de admitir su variabilidad y las causas asociadas con ella, las cuales son imposibles de conocer sin medición.

Antes de iniciar un proceso de medición se hace necesario vencer la (natural) resistencia que culturalmente ha existido por el mal uso que se le ha dado a los datos, utilizándolos como base para encontrar culpables, asociando las mediciones con premios y castigos. Implementar un sistema de medición proporciona a las organizaciones de salud grandes beneficios, tales como:

- ✓ Gerenciar con base en datos y hechos.

- ✓ Planificar con mayor certeza y confiabilidad.
- ✓ Visualizar con mayor claridad las oportunidades de mejoramiento de un determinado proceso.
- ✓ Analizar y explicar la manera como suceden los hechos.
- ✓ Centrar la atención en factores que contribuyen al logro de la Misión.
- ✓ Ayudar a fijar metas y a monitorear las tendencias.
- ✓ Proporcionar a los empleados un sentimiento de logro.
- ✓ Mostrar la efectividad con la que se usan los recursos.

Un sistema de medición por sí solo carece de valor, a menos que esté acompañado de un proceso efectivo de retroalimentación que realmente sea el punto de partida para inducir el cambio.

Todo proceso puede y debe medirse. Sin embargo, no es muy práctico medirlo todo. Lo más apropiado es determinar cuáles son las actividades que mayor impacto tienen sobre el proceso y establecer allí las mediciones. Inicialmente, puede concentrarse el esfuerzo en las actividades de los procesos críticos de la empresa.

Las mediciones deben ser sencillas, procesables y útiles como apoyo a las estrategias directivas. Deben ocuparse de los aspectos correctos, en el lugar preciso y en el tiempo adecuado. Adicionalmente, un buen sistema de medición debe poseer las siguientes características:

- ✓ **Pertinencia.** Las mediciones deben ser tomadas en cuenta y tener importancia en las decisiones gerenciales. En la medida que una medición va perdiendo pertinencia también debe merecer menos atención.
- ✓ **Precisión.** Las mediciones deben reflejar fielmente la magnitud del hecho que se quiere analizar o controlar. Para garantizar el grado de precisión de las mediciones se deben considerar los siguientes aspectos: definir claramente la medición, escala, error permisible, seleccionar el instrumento adecuado y capacitar al personal encargado de tomar la información.
- ✓ **Oportunidad.** Las mediciones deben suministrar la información en el

momento indicado que permita aún tomar los correctivos del caso, de tal manera que siempre garantice que los procesos estén bajo control.

- ✓ **Confiabilidad.** Esta característica está muy ligada a la precisión pero además enfatiza que las mediciones deben ser actos repetitivos y de naturaleza periódica, que permitan en el tiempo la comparación y la correlación con otras mediciones.
- ✓ **Economía.** Debe existir una proporcionalidad entre los costos incurridos para obtener las mediciones y los beneficios y relevancia de las decisiones que se sustentan con los datos obtenidos.

Los indicadores solo representan un dato que debe ser analizado. Es evidente que no todas las situaciones son iguales y que no todos los objetivos pueden ser alcanzados al mismo tiempo ni con la misma intensidad.

Ninguno de los indicadores, para el caso de las instituciones sanitarias, por si solo se ha demostrado que asegure la calidad, sin embargo, si se ha demostrado que la monitorización de un conjunto de indicadores posibilita la mejora continua. La selección de indicadores no debe ser exhaustiva. Por el contrario, se recomienda identificar aquellos “trazadores” que permitan obtener información de varios procesos a la vez con un consumo de esfuerzo moderado. Tener datos no significa disponer de información útil. Por la misma razón, se debe optar por indicadores sencillos de medir, pertinentes y fáciles de interpretar sin ambigüedades.

El establecimiento de Indicadores para la Mejora en los Procesos, Resultados de los Derechohabiente, Personal de la Institución y Resultados Claves, tienen que estar sostenidos en el Plan Estratégico Institucional, lo que permitirá medir el aporte como Unidad Médica para el Logro de los Objetivos Institucionales.

La Dirección General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social considero importante alinear la estrategia institucional, para lo cual estableció

su Plan Estratégico 2005- 2009, esto les permitirá ubicarse en su situación actual y proyectarse hacia donde se dirigen, identificando necesidades del derechohabiente en las cuales deben concentrarse, cuál es la cobertura que quieren tener en los próximos cinco años, así mismo cómo se hará sostenible la nueva filosofía de servicio en cuanto a los recursos humanos, tecnológicos, de infraestructura y financieros.

El Plan Estratégico para el quinquenio 2005-2009, se realizó en dos fases: La primera fue el análisis y diseño. En esta fase, el equipo planificador identificó los problemas en las áreas críticas de éxito y priorizó los que deben ser resueltos, una vez se llegó a estos acuerdos sobre lo que se debe resolver, se procedió a plantear los desafíos en las áreas claves de éxito, partiendo de esto se diseñaron las líneas y los objetivos estratégicos.

El objetivo estratégico está referido a la situación global que se estima alcanzar al final del plan y las líneas estratégicas se presenta como la combinación de recursos, procedimientos y trayectoria a seguir desde la situación presente a la situación objetivo definida.

El monitoreo y avance de los proyectos individuales establecidos para el logro de los Objetivos, es importante para la toma de decisiones.

Establecer una metodología para el establecimiento de Indicadores en general contribuirá al proceso de monitoreo.

2.1 METODOLOGÍA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES

La metodología para el establecimiento de Indicadores se resume en una hoja nombrada "Hoja Metodológica para el establecimiento de Indicadores" (Ver anexo 14), para su llenado es necesario:

2.1.1 ESTABLECIMIENTO DEL EQUIPO DE TRABAJO

Se propone la conformación de equipo de trabajo multidisciplinario, seleccionando personal encargado de la administración de bienes y/o servicios dentro de cada unidad de trabajo. Este equipo de trabajo debe tener conocimientos de administración, conocer su área de trabajo, además debe manejar información general de la Institución.

2.1.2 CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

Se debe capacitar al equipo de trabajo, se proponen 2 sesiones de 2 horas cada una en la que se les presente los objetivos del proyecto, su importancia, el aporte requerido, manejo del Plan Estratégico Institucional para los años 2005-2009 y el diagnóstico realizado bajo el modelo EFQM.

2.1.3 FORMULACIÓN DE INDICADORES.

Para definir un buen indicador de control en un área de trabajo, se puede utilizar una sencilla técnica que consiste en responder cuatro preguntas básicas. Es importante desarrollar un criterio para la selección de los indicadores que deberán monitorearse en forma continua, ya que el seguimiento tiene un costo alto cuando no está avalado por un verdadero beneficio.

¿Es fácil de medir?

¿Se mide rápidamente?

¿Proporciona información relevante?

¿Se grafica fácilmente?

Si las respuestas a todas las preguntas son afirmativas, ya se ha definido un buen indicador de desempeño. Claro que se requiere de un poco de tiempo evaluar cada pregunta de manera concreta y asegurar que si se responde afirmativa o negativamente, la respuesta está asegurada.

Aspectos generales acerca de los indicadores de gestión:

✓ Se define un indicador como la relación entre las variables cuantitativas o

cualitativas, que permite observar la situación y las tendencias o cambios generados en el objeto o fenómeno observado, respecto de objetivos y metas previstos e influencias esperadas.

- ✓ Estos indicadores pueden ser valores, unidades, índices, series estadísticas, entre otros.
- ✓ Se utilizan como factores para establecer el logro y el cumplimiento de la misión, objetivos y metas de un determinado proceso.
- ✓ Los indicadores de gestión son, ante todo, *información*, es decir, agregan valor, no son solo datos. Siendo información, los indicadores de gestión deben tener los atributos de la información, tanto en forma individual como cuando se presentan agrupados.

Beneficios derivados de los indicadores de gestión

Entre los diversos beneficios que puede proporcionar a una organización la implementación de un sistema de indicadores de gestión, se tienen:

- ✓ Satisfacción del cliente.

La identificación de las prioridades para una empresa marca la pauta del rendimiento. En la medida en que la satisfacción del cliente sea una prioridad para la empresa, así la comunicará a su personal y enlazará las estrategias con los indicadores de gestión, de manera que el personal se dirija en dicho sentido y se logren los resultados deseados.

- ✓ Monitoreo del proceso.

El mejoramiento continuo sólo es posible si se hace un seguimiento exhaustivo a cada eslabón de la cadena que conforma el proceso. Las mediciones son las herramientas básicas no sólo para detectar las oportunidades de mejora, sino además para implementar las acciones.

✓ Conducción del cambio.

Un adecuado sistema de medición permite a las personas conocer su aporte en las metas organizacionales y cuáles son los resultados que soportan la afirmación de que lo está realizando bien.

La formulación de indicadores se debe realizar con el apoyo de analistas de Desarrollo Institucional como moderadores, quienes aportaran los lineamientos para su elaboración. Se proponen 3 sesiones por enfoque EFQM.

Los componentes de la hoja son los siguientes:

a) Nombre de la Entidad

Para los cuatro enfoques, la entidad será: ISSS Unidad Médica Atlatcatl.

b) Nombre del Enfoque EFQM:

De acuerdo al enfoque a trabajar, este podrá ser:

- ✓ Resultados en los Clientes.
- ✓ Resultados en las Personas.
- ✓ Resultados Claves.
- ✓ Procesos.

c) ¿Qué se va a Evaluar?

Para este punto es importante identificar el objetivo y la línea estratégica para alcanzarlo.

Los Objetivos Estratégicos Institucionales son los siguientes:

1. Brindar atención integral en salud con un enfoque de medicina Familiar, diseñar y desarrollar una innovadora estrategia de ampliación de cobertura.

2. Desarrollar nuevos proyectos con enfoque a la Modernización Institucional, identificando las áreas claves para su consecución.
3. Desarrollar una Administración por Valores, con especial énfasis en el logro de la Visión y Misión Institucional.
4. Desarrollar acciones que permitan el Fortalecimiento y la sostenibilidad Financiera institucional en el largo plazo.

Y las líneas estratégicas que fueron definidas para orientar el desarrollo de los objetivos estratégicos institucionales, orientando y alineando la gestión institucional al cumplimiento del objetivo general conforme a la visión y misión institucional, son:

Desafío 1. Modelo de Atención

Establecer el Modelo de Atención con enfoque de Atención primaria de salud y salud Familiar.

Incorporación al Régimen de Salud de nuevos Sectores de la población.

Nuevo Modelo de Gestión.

Desafío 2. Modernización

- 2.1 Alcanzar y mantener un índice de abastecimiento igual o mayor al 95% de bienes y servicios.
- 2.2 Diseño y Construcción de Infraestructura apropiada a las necesidades de los Centros de Atención.
- 2.3 Agilidad en los Procesos de Atención.
- 2.4 Excelencia en el Servicio, mediante la obtención de la Certificación y Acreditación Hospitalaria.

Desafío 3. Satisfacción del Cliente

- 3.1 Creación de una Cultura de Calidad Total en el proceso de prestación

de los servicios de salud y económicos.

3.2 Promover una filosofía de trabajo basada en la administración por valores.

3.3 Tecnificación del personal de salud.

Desafío 4. Sostenibilidad Financiera

4.1 Aumentar las recaudaciones de cotizaciones y otros ingresos.

4.2 Maximizar la rentabilidad de las inversiones.

4.3 Utilizar otros recurso y fuentes de financiamiento.

4.4 Racionalización del gasto y reducción de costos.

4.5 Controlar la siniestralidad.

d) Factores Claves de Éxito

Los Factores claves de éxito son aquellas acciones o situaciones que aseguran el éxito, esta depende del objetivo y línea estratégica establecida.

e) Meta Establecida

De acuerdo a las acciones de mejora establecidas.

f) Finalidad del Indicador

Establecer lo que se quiere medir.

g) Indicador

Un indicador es una relación entre variables cuantitativas o cualitativas que permite observar la situación y las tendencias de cambios generadas en el objeto o fenómeno observado, en relación con objetivos y metas previstas e impactos esperados. Estos indicadores pueden ser valores, unidades, índices, series estadísticas, etc. Son las herramientas fundamentales de la evaluación.

Los indicadores se dividen en:

✓ Indicadores de Eficiencia.

Estos permiten identificar si el fenómeno que se está tratando de medir se desarrolla con la mínima participación de recursos posibles.

Los indicadores de eficiencia miden el nivel de ejecución del proceso, se concentran en el cómo se hicieron las cosas y miden el rendimiento de los recursos utilizados por un proceso. Tienen que ver con la productividad.

✓ Indicadores de eficacia.

Estos permiten identificar si el fenómeno que se está tratando de medir cumple con el objetivo o fin para el cual fue desarrollado.

El indicador de eficacia mide el logro de los resultados propuestos. Nos indica si se hicieron las cosas que se debían hacer, los aspectos correctos del proceso. Los indicadores de eficacia se enfocan en el qué se debe hacer, por tal motivo, en el establecimiento de un indicador de eficacia es fundamental conocer y definir operacionalmente los requerimientos del cliente del proceso para comparar lo que entrega el proceso contra lo que él espera. De lo contrario, se puede estar logrando una gran eficiencia en aspectos no relevantes para el cliente.

✓ Indicadores de Efectividad.

Estos indicadores expresan hasta qué punto se cumplieron los objetivos al llevar a cabo un programa o actividad. Indicadores de efectividad apuntan hacia el logro de objetivos de calidad, prontitud, exactitud y satisfacción propuestos en algún tipo de plan.

Las técnicas para elaborar indicadores son simples. El proceso sugerido para hacerlo es el siguiente:

Paso 1. Definir los atributos importantes. Mediante el uso de un diagrama de

afinidad (lluvia de ideas mejorada) obtenga el mayor número de ideas acerca de medidores o indicadores que puedan utilizarse para medir las actividades o los resultados del mismo, según sea el caso. Asimismo, los atributos más importantes que debe tener el medidor o indicadores. Luego, por consenso seleccione los más apropiados.

Paso 2. Evaluar si los medidores/ indicadores tienen las características deseadas, es decir, medibles, entendibles y controlables.

Paso 3. Compare contra el conjunto de medidores o indicadores actuales para evitar redundancia o duplicidad. Esto es la comparación de los resultados.

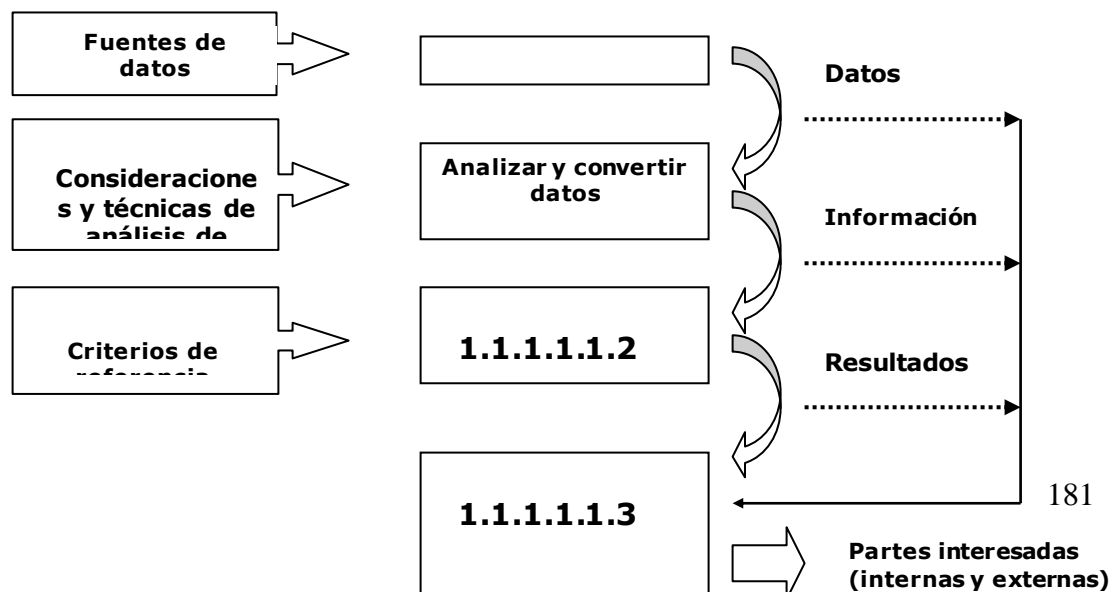
h) Información Necesaria para Desarrollar los Indicadores

Son todos aquellos datos que son necesarios para establecer el indicador. Para poder obtener los datos para los indicadores se requiere contar con un buen sistema de registros.

Generalmente la recopilación de los datos requiere la coordinación con diferentes departamentos al interior de las unidades medicas o con departamentos o unidades externas.

Se requiere que antes de compilar dichos registros, cada uno de los términos sea definidos muy claramente. Una vez definidos los términos, se pasa a establecer los indicadores, o sea las definiciones operacionales (las fórmulas).

FIGURA D-8: Metodología para el manejo de la información



i) Fuentes de Verificación:

Se refiere a toda la documentación administrativa de control existente con la que se va a respaldar para darle un valor a cada indicador.

j) Valoración

Según como se expresa su valoración, los indicadores pueden ser presentados en forma cualitativa o cuantitativa:

- ✓ Cualitativos, si solo expresan la presencia o ausencia de una cualidad.
- ✓ Cuantitativos, si se expresan en forma numérica (porcentajes, promedios, tasas, etc).

Todo indicador debe ser cuantificable, es decir, que se pueda convertir en un número. Requiere del establecimiento de unidades, las cuales también deben tener la característica de ser fácilmente entendibles y que además permitan la comparación con otros procesos dentro de las unidades médicas.

k) Justificación para la Formulación de la Meta

Para el análisis específico del cumplimiento de la meta, el parámetro de aceptación deberá ser definido, en muchas organizaciones es el considerado en el rango del 85% al 100%, con respecto a la meta programada, para aquellos resultados que queden por debajo del 85% o que superen la meta del 100%, se deberá exponer la justificación respectiva relacionada con los factores contribuyentes o limitantes que hacen posible la obtención de dichos resultados.

l) Frecuencia de Medición

Para la verificación de las actividades y consecución de los objetivos trazados, se realizará un proceso de evaluación, estableciendo los períodos a

la evaluación del primer trimestre, semestral, del tercer trimestre y anual.

La evaluación de la gestión que se realiza, deberá ser complementada con un breve análisis de los resultados obtenidos, a nivel de indicadores y con el cumplimiento de los objetivos institucionales, así como también del nivel de avance de los proyectos de mejora continua o proyectos nuevos que se han desarrollado en cada área de gestión.

2.1.4 ESTABLECIMIENTO DE UNA METODOLOGÍA PARA EL SEGUIMIENTO.

El establecimiento de una metodología para el seguimiento de indicadores es muy importante para esto se debe de dejar definido el periodo de evaluación, los respaldos y fuentes de información, los responsables y/o encargados de la medición y presentación.

También es importante definir el tipo de información gerencia que proporcionara cada indicador, quienes serán sus usuarios y en que periodo de tiempo se les proporcionara.

La metodología propuesta se compone de diferentes etapas:

ETAPA I: PREPARACION DEL PROCESO EVALUATIVO.

Se deberá seleccionar las actividades y/o problemas de la calidad de la atención en los derechohabientes, resultados en las personas, resultados claves, etc.

En general, no se deben evaluar demasiadas dimensiones en un sólo proceso, y su número dependerá de la complejidad de los que se seleccionen y la prioridad que tengan para el objeto de la evaluación. El incluir las diferentes dimensiones en más de un proceso evaluativo, permite que la mejora de la calidad en el programa que se diseñe, sea paulatina, lo que lo hace más alcanzable.

Se deberá seleccionar las categorías ocupacionales y personales en general a incluir en la evaluación.

La calidad de la atención a la salud no sólo involucra al personal técnico y profesional, sino que incluye a todos aquellos que dentro de la institución, servicio o programa, o en el contexto, tienen incidencia directa o indirecta en los resultados.

La evaluación tendrá su base en la determinación de criterios, indicadores y estándares establecido en el proceso anterior.

Se deberá seleccionar los métodos evaluativos a utilizar y confección de instrumentos evaluativos.

De acuerdo con los criterios seleccionados, se podrá seleccionar el o los métodos evaluativos a utilizar, en los que se puede incluir entre otros:

- ✓ Observación.
- ✓ Auditoria médica a historias clínicas individuales, familiares o epidemiológicas.
- ✓ Encuestas.
- ✓ Entrevistas.

Para la aplicación de cada método evaluativo se confeccionarán los instrumentos correspondientes: guías, cuestionarios, tablas de vaciamiento (Elaborado en el proceso anterior), entre otras. Además se deberá entrenar al personal que participará en el proceso.

ETAPA II: EJECUCION DEL PROCESO EVALUATIVO

Esta etapa consistirá en los siguientes pasos:

1. Aplicación de los instrumentos diseñados para evaluar los criterios seleccionados.

2. Determinación de las desviaciones existentes en relación con los estándares preestablecidos.
3. Clasificación de las desviaciones en:
 - a) Problemas de competencia y desempeño que pueden modificarse con la capacitación.
 - b) Problemas de organización:
 - ✓ Uso de recursos disponibles.
 - ✓ Establecimiento y ejecución de mecanismos de apoyo.
 - ✓ Funcionabilidad de la estructura organizativa.
 - ✓ Comunicación entre dirigentes, trabajadores y comunidad.
 - ✓ Sistema de reconocimiento y estimulación.
 - ✓ Problemas de liderazgo y autoridad.
4. Determinación de medidas correctoras (programa de mejora continua de la calidad).
 - a) Confección del programa de mejora de la calidad con el criterio del propio personal involucrado en su ejecución, los que tendrán también una participación decisiva en el establecimiento de los plazos para su seguimiento mediante la aplicación de técnicas cualitativas de búsqueda de consenso.
 - b) Determinación de los plazos para monitorización de la mejora de la calidad, incluidos los indicadores que serán objeto de ella, así como los de las evaluaciones periódicas, y los resultados que se esperan obtener.

ETAPA III: SEGUIMIENTO DEL PROCESO

Para el seguimiento se utilizarán los mismos instrumentos diseñados para la evaluación inicial, y se realizarán las actividades de monitoreo y evaluación según lo planificado. De no modificarse las desviaciones de la calidad según lo esperado, deberá discutirse en colectivo el programa para

su reevaluación y adecuación de acuerdo con las necesidades.

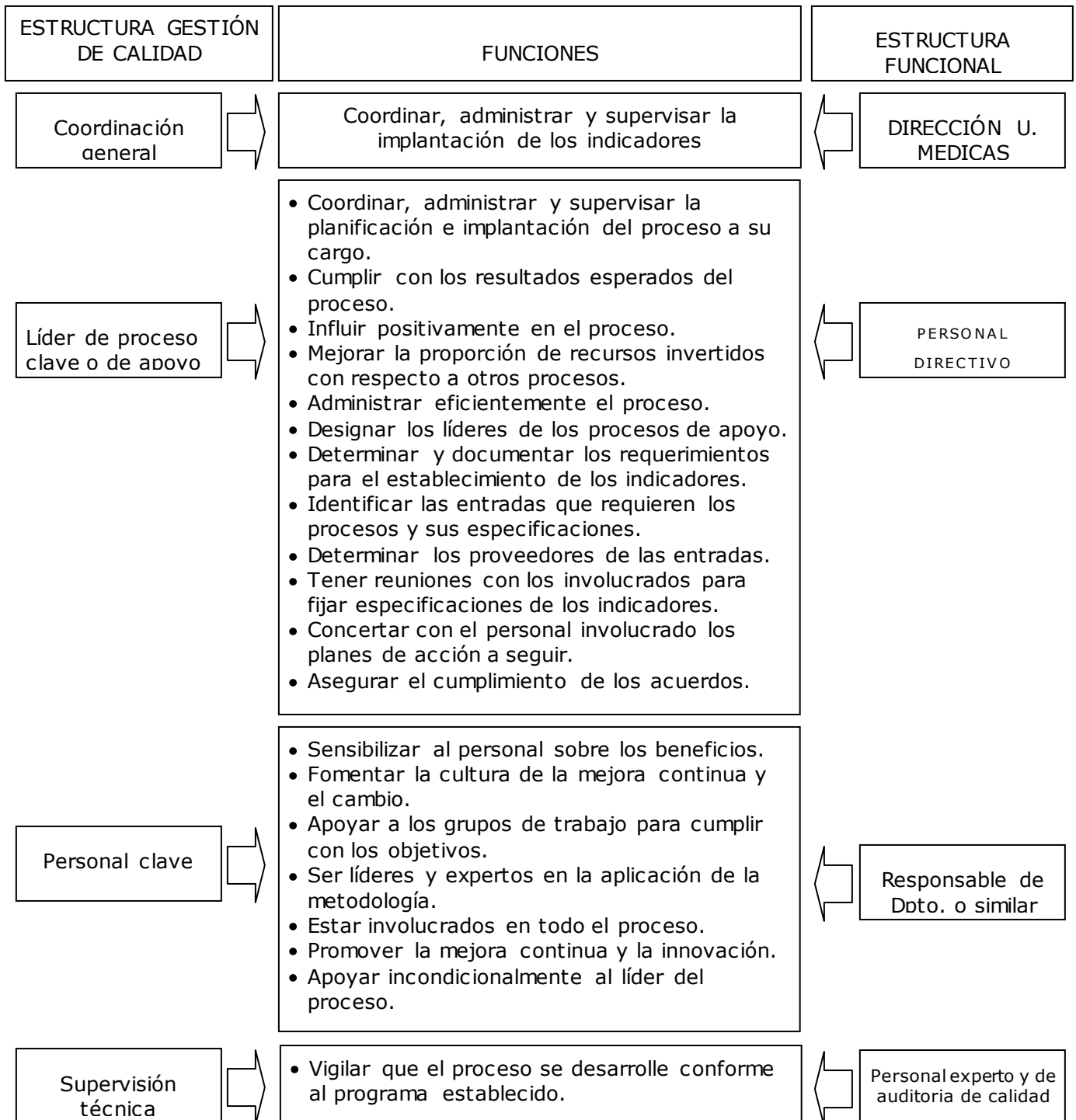
2.1.5 VALIDACIÓN, PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN.

Cuando los indicadores se encuentren establecidos y se cuente con una metodología para su seguimiento, será necesario presentarlos ante la Dirección de la Unidad Médica para su aprobación y compromiso de seguimiento.

2.1.6 FUNCIONES PRINCIPALES DE LOS INVOLUCRADOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES.

Cada miembro debe conocer tanto su papel en el equipo de trabajo, como las funciones específicas que se le asignan, el siguiente esquema presenta una propuesta de asignación de papeles y funciones en función de los distintos niveles de la estructura del equipo de trabajo en la organización.

Figura D-9: Funciones principales de los involucrados en el establecimiento de metas.



3 ACORTAMIENTO DE LOS TIEMPOS PROLONGADOS DE ESPERA EN CONSULTA EXTERNA

La calidad en la atención a la salud ha sido por largo tiempo una meta por alcanzar, diferentes experiencias a nivel mundial han demostrado que ésta se puede lograr mediante la modificación de actitudes e inversiones de bajo costo, la eliminación de paradigmas caducos y obsoletos es la preocupación actual, no sólo de los responsables de las decisiones en salud a nivel popular, sino también de los profesionistas de la salud que cada día buscan mejorar su trabajo mediante proyectos que beneficien tanto su desempeño como a la población usuaria. En la actualidad las directrices marcadas, en el sentido de alcanzar la calidad en el otorgamiento de los servicios de salud, están basadas en la equidad y respeto a la población y trabajador, estos deben ser claramente percibidos por los usuarios quienes calificarán su desempeño y darán las pautas a seguir en las modificaciones y acciones a seguir. El tiempo prolongado de espera para consulta externa es un indicador sensible de la calidad prestada por una institución de salud.

METODOLOGIA A UTILIZAR

Realizar un estudio de intervención, prospectivo, longitudinal, y analítico con el objetivo general de disminuir los tiempos prolongados de espera en la consulta externa en un primer nivel de atención mediante la identificación de los factores que determinan este fenómeno y así realizar las diferentes intervenciones en los micro procesos componentes del proceso de atención en consulta externa, sin afectar la calidad de atención prestada a los usuarios de esta unidad. Se proponen dos tipos de estudio, uno basado en la opinión del cliente que permita identificar acciones de mejora inmediatas y otro que

consiste en un análisis profundo basado en el proceso actual.

3.1 ESTUDIO DE LOS TIEMPOS DE ESPERA BASADO EN LA SATISFACCION DEL CLIENTE.

Objetivo general.

- Disminuir los tiempos de espera de los usuarios de consulta externa, en la Unidad Médica Atlacatl.

Objetivos específicos:

- Describir los factores organizacionales que inciden en los prolongados tiempos de espera en la consulta externa.
- Identificar características del recurso humano que coadyuven en los prolongados tiempos de espera.
- Delimitar características de infraestructura en los servicios de apoyo para la consulta externa, que incrementan tiempos de espera .
- Proponer alternativas de solución para la disminución de los tiempos de espera en la consulta externa.
- Aplicar acciones que favorezcan la disminución de tiempos de espera en la consulta externa.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

El diseño del estudio debe ser experimental, realizando 4 mediciones en un periodo de cinco a seis meses, se deben utilizar 2 instrumentos de medición, uno para anotar los tiempos de espera y el otro para registrar satisfacción y sugerencias del usuario, la unidad de Observación debe ser el tiempo de espera y satisfacción de cada uno de los usuarios de consulta externa utilizando estudio de sombra en los usuarios desde la dotación de la

ficha de consulta hasta la entrada al consultorio, registrando hora de inicio y finalización del proceso en estudio, posterior a cada medición se realizara una reunión con el personal involucrado, con el objetivo de implementar intervenciones para la solución a la problemática encontrada.

3.1.2 DISEÑO DE LA HERRAMIENTA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El instrumento deberá ser un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas con el objetivo de que se exprese la opinión y sugerencias de los derechohabientes para mejorar el servicio, aplicado a la salida del consultorio.

3.1.3 DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA.

Para el tamaño de la muestra se debe utilizar una herramienta de muestreo, la conformación de la muestra en cada medición debe ser aleatoria, seleccionando al azar a los usuarios con previo consentimiento de causa.

La variable independiente es la infraestructura y organización deficiente de los servicios de apoyo a consulta externa, la variable dependiente es el tiempo de espera e insatisfacción del usuario.

3.1.4 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Para recabar los datos se propone solicitar la colaboración de personal de atención al cliente previamente capacitados, una vez recabada la información se debe procesar y analizar utilizando proporciones.

3.1.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

La información recolectada, se debe traducir en sugerencias y/o problemas identificados por el usuario, procesos con mayores problemas, insatisfacciones más frecuentes del derechohabiente. La información debe

dar la pauta para acciones de mejora inmediatas.

Se debe poner atención en las condiciones y características de los servicios de apoyo a la consulta externa que se encuentran íntimamente relacionados para la prestación del servicio y que muchas veces son los factores que determinan los tiempos prolongados en la consulta externa, estos servicios pueden ser:

- 1.- Archivo clínico.
- 2.- Enfermería.
- 3.- Farmacia.

Todas las acciones para la mejora del servicio deben ser producto de un análisis de los resultados de las encuestas.

3.1.6 IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORAS INMEDIATAS

Se deben planear los cambios, informar al personal involucrado y realizar una logística para su implementación, es importante mencionar que estos cambios no representan modificaciones organizativas, simplemente acciones que permitan la agilización de proceso administrativo.

3.2 ANALISIS DEL PROCEDIMIENTO Y LOS TIEMPOS DE SERVICIOS DE APOYO A LA CONSULTA EXTERNA.

3.2.1 IDENTIFICACIÓN DE PERSONAL A TRABAJAR EN EL PROCESO.

Como primer paso de esta etapa se debe obtener una lista del personal de la Unidad medica que va a participar en el levantamiento de la misma, considerando la magnitud y especificaciones del trabajo.

3.2.2 CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

Una vez integrado el grupo de trabajo, se debe capacitar, no sólo en lo

que respecta al manejo de medios de investigación que se utilizarán para el levantamiento de la información, sino también en todo el proceso que se seguirá para preparar un manual al finalizar el análisis.

Por ello, se debe dar a conocer a los participantes el objetivo que se persigue, así como los métodos de trabajo adoptados, calendarización de actividades, documentos que se emplearán. (Cuestionarios, formatos, etcétera), responsables del proyecto, unidades administrativas involucradas, inventario de información a captar y distribución del trabajo a cada persona.

Cuando el grupo de trabajo sea numeroso, puede resultar conveniente formar subgrupos, coordinados cada uno por un responsable, quien debe encargarse de revisar y homogeneizar la información.

3.2.3 LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los esfuerzos de recopilación deben enfocarse en el registro de hechos que permitan conocer y analizar información específica y verdaderamente útil para el análisis, pues de lo contrario se puede incurrir en interpretaciones erróneas, lo cual genera retraso y desperdicio de recursos.

Esta actividad exige mantener una relación constante con las fuentes internas emisoras de la información, así como con las áreas u organizaciones con otra ubicación física.

Para recabar la información en forma ágil y ordenada se puede utilizar alguna o una combinación de las siguientes técnicas de recopilación:

- Investigación documental

Esta técnica permite la selección y análisis de aquellos escritos que contienen datos de interés relacionados. Para ello se estudian documentos tales como bases jurídico-administrativas, diarios oficiales, actas de reuniones, circulares, manuales, instructivos, oficios y todos aquellos que contengan información relevante para el estudio.

- Encuesta

Este método implica la realización de entrevistas personales con base en una guía de preguntas elaborada con anticipación. También se puede utilizar un cuestionario, a fin de que las entrevistas tengan un contenido homogéneo.

En términos generales, todo cuestionario debe expresar el motivo de su preparación, procurar que las preguntas sean claras y concisas, con un orden lógico, redacción comprensible, facilidad de respuesta y evitar demasiadas preguntas. Asimismo, se puede incluir un instructivo de llenado para indicar cómo contestarlo.

- La entrevista

Consiste básicamente en celebrar reuniones individuales o grupales en las cuales se cuestiona orientadamente a los participantes para obtener información. Este medio es posiblemente el más usado y el que puede brindar información más completa y precisa, puesto que el entrevistador, al tener contacto con el entrevistado, además de obtener respuestas, puede percibir actitudes y recibir comentarios.

- Observación Directa

Este recurso puede ser empleado por los técnicos o analistas en el área física donde se desarrolla el trabajo de la organización. A partir del análisis de la información recabada se deben sostener pláticas con algunas de las personas que prestan sus servicios en estas áreas para complementarla o afinarla.

3.2.4 INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una vez que se cuenta con la información de las áreas involucradas en el estudio, se debe ordenar y sistematizar los datos a efecto de poder

preparar su análisis.

a) Cómo clasificar la información

Para facilitar la tarea de integración, es recomendable que la información obtenida se vaya accedando a equipos de cómputo para salvaguardarla y facilitar su manejo. Con este propósito se pueden:

- Crear directorios, subdirectorios y archivos para desagregarla en función de la división del trabajo.
- Crear bases de datos o programas específicos.
- Utilizar paquetes acordes con las necesidades específicas del proyecto.
- Combinar los puntos anteriores para optimizar resultados.

b) Áreas para agrupar la información

Se debe tomar en cuenta la reglamentación jurídico-administrativa que regula la realización del trabajo, como se ha atendido por parte de las unidades responsables de hacerlo y qué efecto ha tenido sobre otras unidades, organizaciones, clientes y/o usuarios.

También es oportuno, en su caso, considerar la evolución o desarrollo de las estructuras organizacionales anteriores y los resultados que se obtuvieron, lo cual permite contar con un marco de referencia histórico para comprender mejor la situación actual.

3.2.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y DISEÑO DE NUEVOS PROCEDIMIENTOS

En esta etapa se debe realizar un estudio o examen crítico de cada uno de los elementos de información o grupos de datos que se integraron con el propósito de conocer su naturaleza, características y comportamiento, sin perder de vista su relación, interdependencia o interacción interna y con el ambiente, para obtener un diagnóstico que refleje la realidad operativa. Esta mecánica de estudio puede seguir la siguiente secuencia:

- Conocer
- Describir
- Descomponer
- Examinar críticamente
- Ordenar cada elemento
- Definir las relaciones
- Identificar y explicar su comportamiento

Un enfoque muy eficaz en el momento del análisis de los datos consiste en adoptar una actitud interrogativa y formular de manera sistemática seis cuestionarios fundamentales:

- Qué trabajo se hace?
- ¿Para qué se hace?
- ¿Quién lo hace?
- ¿Cómo se hace?
- ¿Con qué se hace?
- ¿Cuándo se hace?

a) Técnicas de apoyo para el análisis

Las técnicas de análisis que se pueden utilizar en esta fase están directamente relacionadas con el origen del proyecto, así como con la información técnica del líder o responsable en función del análisis, factibilidad para su aplicación, disponibilidad de tiempo, asignación de recursos y nivel técnico del grupo de trabajo.

Entre las técnicas que generalmente se utilizan para auxiliar el análisis administrativo en este campo, se encuentran las siguientes: Organizacionales.

- Administración por objetivos
- Análisis de sistemas
- Análisis de costo-beneficio

- Análisis de estructuras
- Árbol de decisiones
- Auditoría administrativa
- Autoevaluación
- Control total de calidad
- Estudio de factibilidad
- Estudio de viabilidad
- Benchmarking
- Desarrollo organizacional
- Reingeniería organizacional
- Reorganización
- Cuantitativas.
- Análisis de series de tiempos
- Correlación
- Modelos de inventario

- Modelos integrados de producción
- Muestreo
- Números
- Números índices
- Programación dinámica
- Programación lineal
- Simulación
- Teoría de colas o de líneas de espera
- Teoría de las decisiones

3.2.6 PREPARACIÓN DEL PROYECTO DEL MANUAL

Una vez que se ha realizado el análisis de los procedimientos y se cuenta con toda la información, se deberá actualizar el manual de procedimientos; para tal actividad se requiere convocar a todos los participantes de la presentación del manual, para revisión del contenido y presentación de cada apartado.

4 ESTABLECER UN MÉTODO DE ACTUALIZACIÓN DE EXISTENCIAS Y DIVULGACIÓN DEL LOM (LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS) PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS.

El listado Oficial de Medicamentos (LOM) es uno de los esfuerzos realizado por la subdirección de Salud, con el objetivo de contar con un listado de medicamentos actualizado que cubra las necesidades de los derechohabientes, en la actualidad el LOM cuenta con 629 códigos (Ver anexo 15). En base a las necesidades de este listado, la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) realiza las compras de medicamentos.

El ISSS cuenta con un sistema de Aprovevisionamiento que lleva el control de las existencias a nivel de almacenes y Farmacias Generales (Ver anexo 16), sin embargo esta información no es la necesaria para la prescripción de medicamentos en un centro de atención, el control de existencias en las farmacias de cada centro de atención, se lleva por medio de las hojas de kardex de forma manual, lo que dificulta la accesibilidad de información.

Entre los problemas generados por la falta de accesibilidad de información sobre existencias de medicamento en este centro de atención, se puede mencionar:

- Prescripción de medicamento de no existencia en la farmacia del centro de atención.
- No se tiene conocimiento del tiempo para el cual se cuenta con un medicamento.

La prescripción de medicamento deberá regirse en lo posible a las existencias de medicamentos dentro de las farmacias, además de considerar que dentro del LOM existen medicamentos con bioequivalencia o genéricos. Es importante que el personal medico conozca el LOM manejado por la Institución, que tenga la oportunidad de hacer sugerencias de cambio,

reemplazo, eliminación y agregar códigos que permitan dar el tratamiento correcto a las patologías que cada uno ellos trata.

Se ha generado un sistema de información por medio de los Centro de Atención de Punto Seguro en los que se informa al final de cada semana las existencias de las farmacias en cada centro de atención, para lo cual es necesario la revisión manual de las tarjetas de kardex.

Punto Seguro informa a la Subdirección de Salud los medicamentos reportados como desabastecidos y se verifica en el Sistema de Aprovisionamiento las existencias en los almacenes y en la UACI los contratos vigentes para esos códigos, con el objetivo de adelantar las entregas pendientes y/o generar o dar seguimiento a un proceso de compra.

Para dar solución a la accesibilidad de información sobre las existencias de LOM para la prescripción de medicamentos se propone realizar un estudio para la implementación de una aplicación informática de Kardex en el centro de atención.

4.1 LEVANTAMIENTO DE REQUERIMIENTOS PARA LA APLICACIÓN INFORMÁTICA.

El levantamiento de los requerimientos para la aplicación informática se refiere a identificar las necesidades de información que se desea que maneje el sistema.

4.2 DISEÑO DE LA APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA EL KARDEX.

El diseño de la aplicación de Kardex incluye la definición de tablas y las relación de estas, la definición de los tipos de consultas y reportes, usuarios de la aplicación, diseño de pantallas, selección de la herramienta de programación, etc.

Además se deberá establecer la relación que tendrá con el sistema de

aprovisionamiento actual que se maneja en estas farmacias como consulta.

Es importante mencionar que el acceso que tiene las farmacias de los centros de atención al Sistema de Aprovisionamiento es únicamente para la consulta y para descargar las existencias de las farmacias Generales y Almacenes que les realizan las entregas.

4.3 DISEÑO DEL PROCEDIMIENTO DE DIVULGACIÓN DEL LOM Y SUS EXISTENCIAS.

El proceso de contratación e inducción del personal medico no incluye el estudio del LOM, esta debilidad ha repercutido con problemas en la prescripción, actualmente se entrega un listado desactualizado al personal medico de nuevo ingreso, ya que este pasa en continua actualización. Es necesario que el personal tenga conocimiento de los cambios realizados al LOM y de sus existencias en el momento de prescripción por lo que se propone establecer un procedimiento para su divulgación, el cual dependerá de la accesibilidad de la aplicación y los tipos de consulta definidos.

4.4 IMPLEMENTACIÓN DE LA APLICACIÓN.

Para la implementación de la aplicación se deberán de considerar los usuarios definidos en el diseño, la relación con el sistema de aprovisionamiento, etc. Se debe establecer un periodo de prueba para realizar los ajustes correspondientes, para la alimentación de las existencias actuales, etc.

4.5 CAPACITACIÓN DEL PERSONAL MEDICO PARA LA PRESCRIPCIÓN EN BASE AL LOM Y SUS EXISTENCIAS.

Al contar con toda la información necesaria, producto de la aplicación, se capacitara al medico sobre el nuevo procedimiento para la prescripción de medicamento a sus pacientes, el objetivo de esto es generar responsabilidad

y conciencia por parte del medico para que su paciente tenga acceso al medicamento, será el medico quien informara al paciente de la existencia del medicamento que le esta prescribiendo, en el caso de no estar dentro del Listado Oficial de Medicamentos será el medico el responsable de informar a la Dirección de la Unidad Médica de la prescripción con su respectiva justificación.

Será responsabilidad de la Dirección de la Unidad Médica el control de las prescripciones fuera del LOM y de la presentación a la Subdirección de Salud de sugerencias para su incorporación en base a las justificaciones presentadas por los médicos.

5 ESTABLECER CANALES DE COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL Y LA ORGANIZACIÓN

Ahora que llega la globalización y los vaivenes de la economía, el ISSS tiene la necesidad de hacer que sus empleados sigan sintiéndose seguros dentro de la organización. El concepto básico para esto es la comunicación interna. Ante los cambios organizativos un puntal definitivo es la comunicación, con la cual los empleados obtienen respuestas a sus inquietudes, respecto de la organización.

La Unidad Médica Atlacatl debe utilizar esta arma estratégica, basada en los siguientes aspectos:

1. - El Director de la Unidad Medica líder en comunicación

El factor más importante es el liderazgo del director, que debe basarse en el comportamiento y en la filosofía. La Dirección debe de considerar la comunicación, una herramienta básica para gestionar la empresa, el directivo siempre debe estar dispuesto a los empleados y contestar todo tipo de preguntas, aunque sean difíciles y conflictivas.

2. - Actuaciones coherentes

Muchas veces, las comunicaciones formales y lo que los directivos transmiten no son coherentes, es decir no es lo mismo transmitir el mensaje de "compra" o "venta" de una empresa, cuando en realidad es una "fusión".

Los empleados siempre conocen las noticias a través de sus superiores, no de las comunicaciones formales, si los canales de comunicación formal e informal no son coherentes, la comunicación resulta una pérdida de tiempo. Hay que comunicar a tiempo, de forma abierta y sincera.

3. - Comunicación ascendente

De por sí las empresas siempre han cuidado la comunicación de niveles jerárquicos superiores a inferiores, aunque cada vez, existe más el compromiso de una comunicación en dos sentidos, como un instrumento de participación.

Todavía queda mucho para que sea igual de eficaz en ambos sentidos. Uno de los instrumentos más utilizados para la comunicación ascendente son las encuestas de opinión, pero para ser útil debe tener mecanismos de "feedback". Ocurre muchas veces que este tipo de encuesta sirve como mecanismo de malestar y si los empleados no tienen ningún otro instrumento de comunicación con sus jefes, los resultados pueden ser difíciles de interpretar.

4. - Comunicación directa.

Hay que hacer énfasis en la comunicación directa con los empleados, es básico el contacto directo con los empleados, ya que con esta relación damos confianza, sobre todo en conflictos y grandes cambios.

5. - Todos a una

La comunicación debe asumirse tanto por los empleados como por sus superiores, existe el problema frecuente en que los mensajes del presidente son deformados por los mandos intermedios. Los altos directivos tienen que

preocuparse de dar una visión global de la comunicación, ya que, si los mandos intermedios nos saben interpretar los mensajes, ya sea por falta de atención, apoyo, formación, o dejadez, los planes de comunicación no llevan a ningún sitio.

6. - Comunicación veraz

Todo el personal de la organización debe responsabilizarse para que la comunicación fluya y sea creíble, los empleados no quieren oír rumores de sus compañeros, exigen una comunicación veraz de sus líderes, estos deben hacer fluir la información que manejan, incluso cuando las cosas van mal, si estas se transmiten claramente se crea un entorno en que toda la información resulta más creíble.

7. - Instrumentos

Siempre hay que cuidar la manera de cómo se emite y se recibe el flujo de los canales de comunicación, por medio de e-mail, gráficos, boletines informativos, vídeos, entre algunos. Pero en realidad, para una comunicación eficaz, lo importante es la gestión y que la comunicación sea continua, no el instrumento utilizado

La información y participación de los trabajadores resulta esencial para el logro de los objetivos empresariales. La Gestión empresarial obliga a las organizaciones a implementar nuevas estrategias y planes de acción, con multiplicidad de proyectos de producción para optimizar su imagen mediante todos los medios materiales, humanos y financieros que tienen a su disposición, para lo que necesitan instrumentos que generen rápidamente notoriedad y buscar líneas de actuación respecto a los ciudadanos y a los empleados.

Para ello las organizaciones deben cambiar, entender y posicionar y dar valor a la contribución de la comunicación interna como un servicio dirigido a toda la organización y como un instrumento de gestión necesario para apoyar

los cambios y transformaciones de la empresa.

Entendemos que la comunicación interna es un instrumento fundamental para la gestión de la comunicación que depende directamente de la función directiva y de las estrategias, políticas, misión y objetivos definidos por la organización. En este contexto, poner en marcha un servicio de comunicación interna es un reto para una organización puesto que debe proceder a crear un aparato para desarrollar esta función, su servicio o unidad, sus estrategias. Para que la gestión de la comunicación interna sea posible, debe estar integrada en los procesos de toma de decisiones, de gestión de proyectos, es decir, en las fuentes de información de carácter estratégico.

Entre las responsabilidades de la dirección, en primer lugar es el responsable de poner en marcha la gestión de la comunicación interna. La ejecución y la implantación de la comunicación interna deben recaer y apoyarse en los ejecutivos, directores y mandos intermedios.

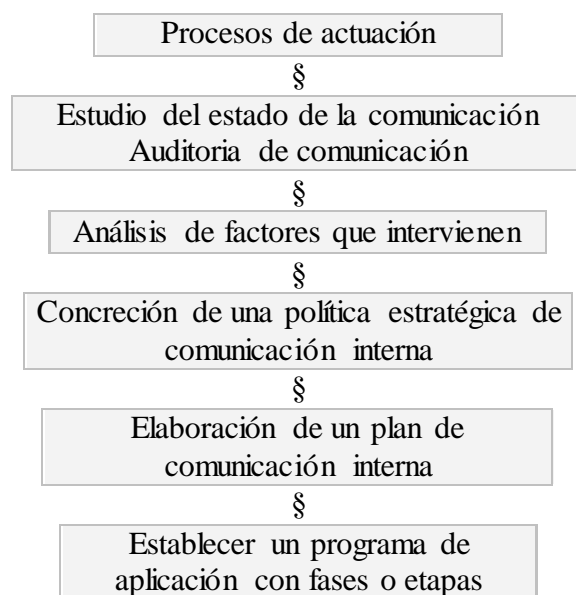
5.1 PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE COMUNICACIÓN INTERNA.

Formular e implementar una estrategia de comunicación articulada de acuerdo con la realidad del día a día que, muchas veces, en las organizaciones, debe adaptarse a los cambios constantes impuestos por el entorno externo, y además mantener el peso de la estructura, misión, cultura institucionales, se concreta a través de un plan de acción en comunicación interna(Gráfico II).

Se han de establecer un conjunto de programas coherentes que incluyan cada uno de los circuitos de comunicación transversal, haciendo la comunicación más ágil y adecuada a las necesidades de la organización. Y hay que realizar una evaluación, un seguimiento y control y una supervisión de resultados.

Figura D-10: Fases del Plan de Comunicación Interna

Gráfico II
Fases del Plan de Comunicación Interna



6. ESTUDIO DEL CLIMA LABORAL E IDENTIFICACION DE LOS FACTORES DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL QUE SE RELACIONAN CON LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL Y LOS PACIENTES.

El ISSS encargada de brindar atención integral en la salud y seguridad social, se encuentra en un proceso de modernización, que incluye un cambio en el modelo de atención para ofrecer servicios integrales en salud que satisfagan a los clientes externos y los clientes internos.

Un proceso de cambio, como el que actualmente se implementa en el Sector Salud, debe abarcar la cultura organizacional. Esta debe ser una variable dentro de la estrategia de transformación y modernización, pues nada se gana readequando la organización del trabajo, si paralelamente no mejora la actitud, los valores y comportamientos del personal derivada de la

cultura organizacional.

La cultura organizacional se expresa por el comportamiento de la organización, por lo tanto; la conducta que el empleado adopte en sus roles sociales o laborales dentro de la organización se deriva de esa cultura.

Eugenio Ramírez, amplía el concepto de cultura organizacional, definiéndola como "...el conjunto de creencias y valores que están presentes en una organización en forma explícita e implícita, formal o informalmente, en forma visible u oculta, que se manifiesta en un conjunto de actitudes hacia la empresa, hacia el entorno, hacia el trabajo, hacia los compañeros, hacia la clientela, hacia la innovación, hacia la toma de decisiones, hacia la tecnología, hacia la resistencia al cambio, hacia el clima organizacional, etc., en forma funcional o disfuncional."

La preocupación e interés por aplicar herramientas de medida del clima laboral de las empresas es relativamente nueva. Al menos de forma tan generalizada. Y entre las herramientas utilizadas, son los cuestionarios o encuestas sobre clima laboral los más utilizados.

Una vez que una organización decide poner en marcha un proceso tendiente a conocer el nivel de clima laboral, por medio del empleo de cuestionarios o encuestas, ha de tener en cuenta diversas cuestiones. Algunas de ellas son, en realidad, previas o anteriores a esa decisión. El proceso debería de ser, más o menos, como sigue:

- Análisis y discusión, en el seno de los más altos órganos de dirección de la empresa – Consejo de Administración, Administradores, Directores, Gerente, según los casos- de la conveniencia y decisión de ir a una evaluación del clima laboral.
- Adquisición de firmeza interna, por parte de esos órganos directivos, así como convencimiento de que, sea cual sea el resultado de la encuesta o cuestionario, se hará para tratar de mejorar en la medida de lo posible la situación actual del clima laboral.

- Normalmente, se precisará de un asesoramiento de Consultores externos para explicar y organizar todo el proceso a seguir, en la mejor forma posible.
- Reunión con los directivos, en su caso, y con los mandos intermedios de la empresa u organización para explicarles detenidamente que pretende hacer la empresa, por qué y para qué.
- Tener claro que la encuesta o cuestionario es únicamente para conocer y evaluar el nivel de clima laboral de la empresa y no para tomar medidas o represalias contra trabajadores o contra una plantilla descontenta.
- Utilizar un cuestionario o encuesta de medición que esté bien elaborado y sea una herramienta válida para el fin que se pretende. Ha de cubrir un espectro amplio de cuestiones, ya que el clima laboral está influido por diversos factores, y además para sacar suficiente provecho a una actuación entre los trabajadores de la magnitud de un cuestionario de este tipo.
- Explicar adecuadamente a los trabajadores a los que se vaya a aplicar el cuestionario o encuesta de clima laboral, cuál es el motivo que la empresa persigue, que se trata de establecer a partir de ahí las mejoras o correcciones que sean precisas, y que se solicita la colaboración del personal. Deberá asegurarse tajantemente que con el cuestionario o encuesta, que deberá de ser anónimo, no se producirá efecto negativo alguno sobre los trabajadores en general ni sobre ninguno de ellos en particular.
- Explicar que la encuesta o cuestionario es una pieza más de un proceso de análisis interno y crítico que la empresa hace de sí misma, con el ánimo de establecer e implantar procesos de mejora. Esto no es más que unirse a una corriente de multitud de empresas que están haciendo lo mismo en busca de mejorar en sus condiciones de competitividad en un mercado cada vez más amplio y globalizado.
- Motivar suficientemente al personal para que colabore rellenando el cuestionario o encuesta con la máxima objetividad posible y en la forma más completa que puedan.

- Tratar adecuadamente los datos recabados en los cuestionarios o encuestas, con el fin de sacar el máximo partido posible que puedan contener aquellos.
- Analizar, a nivel de dirección en primer lugar y después con los mandos intermedios los datos que se desprendan de los cuestionarios. Evitar reacciones, entre directivos y mandos intermedios, negativas hacia los resultados obtenidos y hacia la plantilla de personal a su cargo.
- De los cuestionarios se deducirán, normalmente, consecuencias positivas y negativas hacia la empresa, en general, y hacia jefes o mandos en particular, así como hacia puestos de trabajo y las condiciones de éstos. La dirección y los mandos han de situarse en una posición mental - aunque a veces no sea fácil hacerlo - de objetividad y frialdad ante el análisis. Lo contrario desvirtuaría los efectos positivos a lograr con este instrumento y tiraría por tierra el trabajo efectuado.
- Extraer los puntos débiles y fuertes en el clima laboral de la empresa, observados o deducidos de los cuestionarios aplicados, para hacer el análisis pormenorizado de cada uno de ellos. Los puntos débiles exigen soluciones, los fuertes afianzarlos.
- Finalmente, mantener un buen expediente de todo el proceso, guardando informáticamente y, en su caso, en papel todo el material utilizado o producido en el proceso como experiencia a tener en cuenta en otra ocasión futura en que se afronte este asunto.

El objetivo de realizar un estudio de la Cultura Organizacional de la Unidad Medica es determinar los factores más influyentes en la satisfacción del personal.

6.1 IDENTIFICAR EL TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Se propone una investigación de tipo exploratoria, que describa los factores de la cultura organizacional y cómo inciden en la satisfacción de los médicos y pacientes en la consulta externa, aspecto indispensable para el cambio en el modelo readecuado de atención.

6.2 DISEÑO DE LA HERRAMIENTA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Se recomienda utilizar la técnica del cuestionario para recolectar la información al universo de médicos y personal de apoyo (Enfermeras, colaboradores clínicos, etc) de la Unidad Medica y se seleccionan una muestra aleatoria de aproximadamente 200 pacientes de la consulta externa.

EL diseño de la herramienta, es decir del cuestionario, tiene el objetivo de reflejar los factores de la cultura organizacional que podrían estar incidiendo en la baja satisfacción de los médicos por la calidad, continuidad y coordinación en la atención médica, y consecuente disminuir la satisfacción por la resolución de los problemas en los pacientes, estos factores son por lo tanto los menos desarrollados como la autonomía, la estructura y la identidad.

Las adecuadas relaciones interpersonales y el buen trato recibido por los superiores, se relacionan también con una adecuada satisfacción en los pacientes por la atención y comunicación que el médico le brinda en la consulta.

Los cuestionarios a utilizar, si se quiere hacer un buen trabajo que sea productivo, no pueden liquidarse con cuatro preguntas puestas al azar. Las preguntas han de ser pensadas y objetivadas, en busca de conocer datos relevantes de las diferentes variables que conforman el clima laboral. Y éste constituye un entramado de cuestiones que se entremezclan y van formando ese clima laboral.

Como esto es así y son muchas las variables que intervienen en la formación de ese abstracto que es el clima laboral, se precisan bastante preguntas. Los buenos cuestionarios o encuestas de clima laboral se mueven entre 80 y 120, más o menos. Y las variables principales que miden son alrededor de 10. Pero, podrían tratar de medirse más, pero sucede que la extensión del cuestionario tiene un límite razonable. Ha de contarse con la

fatiga, el cansancio y el aburrimiento que puede provocar, entre los trabajadores que han de responder, largos cuestionarios, más allá de las 100 preguntas.

En consecuencia, un buen cuestionario será aquel que logre combinar:

- Cubrir varios de los factores básicos que intervienen en la formación del clima laboral en la empresa u organización.
- Tener un número de preguntas suficientemente amplio para alcanzar un conocimiento suficiente de lo que se pretende medir.
- Las preguntas han de ser sencillas, lo más cortas posibles y muy claras en su planteamiento.
- Es preferible que sean de respuestas cerradas y no abiertas. Es mejor, más fácil y cómodo, responder poniendo una "x" en unas casillas valoradas o rodearan con un círculo una letra que tener que escribir una o varias frases.
- Las preguntas tienen que dejar bien definido qué significa marcar una u otras columnas, letras o situaciones.
- Debe de ser anónimo, aunque puede dejarse unas casillas para informaciones del tipo o similares al de sección o departamento, categoría en la empresa y rango o estrato de edad, o similares.
- Ha de estar bien estudiado cómo se corrigen y cómo se valoran las respuestas. Esto requiere la existencia de criterios previamente establecidos.
- Han de estar establecidos, igualmente, los criterios para objetivar niveles de clima laboral en función de las puntuaciones o informaciones obtenidas en los cuestionarios o encuestas.

Una vez construido un cuestionario o encuesta ha de ser experimentado. Por este motivo son mejores, por lo general, los cuestionarios que han tenido un rodaje, que han pasado procesos de prueba y corrección o mejora. A veces se ve que preguntas inicialmente incluidas no funcionan, no aportan la información prevista o son de interpretación difusa.

Y, en estos casos, conviene cambiarlas.

Finalmente, resta agregar, que los buenos cuestionarios son aquellos que, tras una serie de aplicaciones, son sometidos a pruebas de naturaleza estadística para evaluar algunos aspectos claves, tales como la fiabilidad y la correlación entre elementos. Son suficientemente aplicadas, pruebas tales como:

- Análisis de correlación
- Análisis factorial
- Análisis de fiabilidad

Estos y otros requieren unas técnicas específicas, de naturaleza estadística, en las que se somete las respuestas obtenidas en su aplicación a análisis comparativos con los obtenidos mediante otros conocidos cuestionarios y a tratamientos estadísticos que requieren el uso de aplicaciones informáticas específicas para esta finalidad.

El cuestionario debe buscar relacionar los problemas que actualmente se tienen con el servicio, con la insatisfacción del personal que trasciende al derechohabiente.

El brindar mayores oportunidades para desarrollar la iniciativa del médico, por medio de técnicas participativas y proveerles del recurso e incentivos adecuados para su desarrollo, son las principales recomendaciones para mejorar la satisfacción del médico por la calidad, la continuidad, la coordinación y la oportunidad de los servicios médicos, y consecuentemente mejorar la satisfacción del paciente por la resolución de problemas.

Además, se requiere de una consolidación de los procesos organizativos por medio de establecimiento de procesos, normas, reglas y procedimientos flexibles que defina las principales acciones técnicas y conductuales del médico en la consulta, a fin de mejorar la puntualidad y calidad en la consulta médica, así como de los servicios de apoyo.

El estudio se enfoca en la atención médica; sin embargo, se reconoce que la satisfacción del paciente es una percepción globalizada, que incluye otros servicios.

6.3 DIVULGACIÓN DEL PROYECTO.

Es importante informar a los miembros de la Unidad Médica los Objetivos que persigue el estudio para lograr con esto su apoyo, debe considerarse que una actitud positiva tanto de los directivos como del personal es imprescindible para alcanzar los objetivos.

Actitud de los directores o directivos

Es precisa, para poder llevar acabo con éxito la medición del clima laboral en la empresa, una actitud positiva, crítica y abierta por parte de la dirección de ésta. Y es absolutamente contrario a esta actitud positiva la que se suele derivar de aquellos gerentes, directores, directivos y mandos intermedios que tienen o actúan con una mentalidad, según las diversas tipologías existentes, de convicción de saberlo todo, de suficiencia o de autosuficiencia, de desprecio hacia las nuevas formas de dirigir empresas o negocios, o sencillamente de desconocimiento de éstas o de restar importancia al factor humano en sus organizaciones laborales.

Solamente, con el desprendimiento personal de los propios criterios y opiniones, es posible afrontar con la suficiente credibilidad y motivación procesos de estudio y medida del clima laboral, obteniendo de éstos las ventajas e informaciones que se quieran obtener.

Actitudes del personal de la empresa

El personal de la empresa es protagonista principal y fundamental en un proceso de medición del clima laboral en su empresa. Tiene que colaborar y actuar limpiamente, respondiendo con independencia personal, mental y psíquica, a los cuestionarios o encuestas que se le presentan.

Sucede, con frecuencia, que existen elementos perturbadores de ese grado de objetividad que se requiere. Muchas son las razones que pueden concurrir para que esto sea así. Podemos citar a modo de ejemplo:

- Trabajadores enfrentados con la dirección, con sus mandos o con la propia empresa, bien abiertamente bien en su fuero interno.
- Trabajadores muy descontentos por el salario que perciben
- Trabajadores muy desmotivados por su trayectoria en la empresa
- Trabajadores afiliados o simpatizantes con algún sindicato que actúa siguiendo consignas o instrucciones de éstos.
- Trabajadores con contratos laborales temporales, de corta duración y que consideran o conocen que no van a continuar en la empresa.
- Trabajadores que han sido sancionados o expedientados en el pasado y que están resentidos con sus jefes.
- Trabajadores que están o se consideran explotados por la empresa, que realizan muchas horas de trabajo sin reflejo en sus nóminas.
- Determinado trabajadores que hacen, muchas veces, sin otra razón que su propia constitución mental y psicológica, una labor de erosión y deterioro de las relaciones entre compañeros de trabajo o entre éstos y sus mandos.
- Trabajadores que viven o consideran que viven en un mal ambiente de trabajo en su entorno de compañeros y mandos.

Todas estas situaciones y otras muchas más que se podrían enumerar, dificultan la realización de procesos de medición de clima laboral. Pero no lo imposibilitan. Por estos y otros motivos se hace precisa una preparación previa del personal, en su conjunto, para clarificar qué se pretende hacer, por qué y para qué. Y se deben de tomar determinadas medidas en la corrección y evaluación de los resultados obtenidos con los cuestionarios o encuestas, para disminuir el peso de los posibles factores de perturbación negativa en su realización que puedan existir.

Cuando exista en la empresa una representación sindical es conveniente

plantear, previamente, el proceso que se pretende efectuar a sus representantes o delegados. Se les debe de explicar bien las razones que tiene la empresa para llevarla a cabo y qué pretende con ello. Por lo general, se puede obtener así el apoyo y la comprensión de los líderes o representantes sindicales de la empresa, lo que puede ayuda de cara a la colaboración del personal.

6.4 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se recomienda la recopilación de la información con el apoyo del personal de atención al cliente, previa capacitación de la herramienta de recolección a utilizar.

Es evidente que un cuestionario o encuesta no se puede plantear a los trabajadores en cualquier momento. Hay días, fechas y horas que hacen inviable llevar a cabo un proceso de medición del clima laboral. Podemos enumerar algunos:

- Los lunes a primera hora del día.
- Los viernes por la tarde o a última hora de la mañana.
- En días de puente en que se está trabajando.
- Cuando se está discutiendo un convenio colectivo.
- En épocas de problemas laborales.
- En días de condiciones de trabajo duras: mucho calor, mucho frio, trabajo muy intenso, presión de incrementos en la fabricación o prestación de servicios.
- En meses de vacaciones de parte del personal, tales como julio o agosto.
- Cuando exista nerviosismo o inquietud en la plantilla o parte de ella por cualquier razón.
- El día de pago de la nómina.
- En días de despido de personal o finalización de contratos.
- En fechas próximas a los cambios de dirección, directivos o mandos

intermedios.

- Cuando existan, realmente o en rumores, problemas económicos o financieros en la empresa.

Estos y otros más podrían constituir el elenco negativo para la realización de procesos de medición de clima laboral. Son momentos o situaciones que lo desaconsejan normalmente. Aunque en alguna ocasión, no existe otra alternativa que hacerlo con alguno de esos condicionantes.

6.5 ANÁLISIS DE FACTORES INFLUYENTES.

Este estudio analiza los factores que inciden en la cultura organizacional y su relación con la satisfacción de los médicos y pacientes en la consulta médica. Los factores de la cultura organizacional que podrían ser analizados son la autonomía, la estructura, el apoyo, la identidad y la tolerancia al conflicto.

La autonomía: Se entiende autonomía como la responsabilidad, independencia y oportunidad que tienen los empleados para ejercer una iniciativa en la organización.

La estructura: Son las normas, reglas y supervisión utilizadas para modular el comportamiento del empleado.

El apoyo: Se refiere a la ayuda y afabilidad de los gerentes.

La identidad: Se entiende como el grado de identificación con la organización.

La tolerancia al conflicto: Se refiere al grado de conflictos con otros funcionarios y al deseo de ser honesto y sincero ante las diferencias.

También se recomienda analizar algunos factores como:

La resolución de problemas

Realizar un comparativo entre la información proporcionada por el personal de la organización y los derechohabientes (Ver anexo 17 Ejemplo).

6.6 PLANTEAMIENTO DE PLANES DE MEJORA.

Se deberán definir planes de Mejora para la Cultura Organizacional de la Unidad Médica Atlacatl, estos Planes deben de estar orientados a la superación de los problemas mas frecuentes identificados en la encuesta.

Los planes de Mejora para la cultura organizacional es importante, ya que la superación de los problemas influirán no solo en el personal que labora en la Unidad, sino también en el servicio prestado a los derechohabientes. Algunas recomendaciones para mejorar la satisfacción del médico y del paciente son:

- a) Brindar mayores oportunidades para implementar la iniciativa del médico por medio de técnicas como grupos focales u otros que favorezcan la participación, exposición de ideas y generen un compromiso de los médicos y superiores para implementar los cambios.
- b) Dotar de suficientes recursos (tiempo, información, medios para procesarla y otros) al médico, para que lidere las iniciativas propuestas.
- c) Promover reconocimientos e incentivos a los médicos cuyas iniciativas favorezcan la calidad en la atención médica.
- d) Crear un documento y su consecuente capacitación, con las normas, reglas y procedimientos flexibles, que defina las principales acciones técnicas y conductuales del médico en la consulta médica, utilizando técnicas participativas que involucren los diferentes niveles técnicos, operativos y administrativos.
- e) Implementar mecanismos de supervisión directa e indirecta, control y evaluación de las normas, reglas y procedimientos, con el fin de garantizar su cumplimiento y adaptación a las necesidades de médicos

y pacientes.

- f) Revisar y diseñar un nuevo sistema de citas y entrega de medicamentos que faciliten la accesibilidad y oportunidad en la atención médica.

7. GESTIÓN DEL PERSONAL POR ÁREAS DE EFECTIVIDAD Y COMPETENCIA

7.1 DEFINICIÓN DE COMPETENCIA

Se entiende por “competencias” ciertas aptitudes que posee la persona y que hacen que su desempeño resulte efectivo o incluso superior en relación a lo que ese puesto de trabajo requiere.

Involucran tres componentes fundamentales, ellos son:

- *El saber actuar* hace referencia a la capacidad inherente que tiene la persona para poder efectuar las acciones definidas por la organización. Tiene que ver con su preparación técnica, sus estudios formales, el conocimiento y el buen manejo de sus recursos cognitivos puestos al servicio de sus responsabilidades. Este componente es el más utilizado tradicionalmente a la hora de definir la idoneidad de una persona para un puesto específico de trabajo, lo cual se contextualiza el énfasis que habitualmente realizan las empresas en la capacitación de su personal.
- *El querer actuar* alude no sólo al factor de motivación de logro intrínseco a la persona, sino también a la condición más subjetiva y situacional que hace que el individuo decida efectivamente emprender una acción en concreto. Influyen fuertemente la percepción de sentido que tenga la acción para la persona, la imagen que se ha formado de sí misma

respecto de su grado de efectividad, el reconocimiento por la acción y la confianza que posea para lograr llevarla a efecto.

- El tercer componente de la competencia es el *poder actuar*, las condiciones del contexto así como los medios y recursos de los que disponga el individuo, condicionan fuertemente la efectividad en el ejercicio de sus funciones. En muchas ocasiones la persona sabe cómo actuar y tiene los deseos de hacerlo, pero las condiciones no existen para que realmente pueda efectuarla.

7.2 IMPACTO EN LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Para una organización, contar con las personas que posean las características adecuadas que contribuyan al cumplimiento de los objetivos y metas de ella, se ha convertido en una importante necesidad de Recursos Humanos, a través de este enfoque, se deja de percibir los cargos como unidades fijas, sino que se basa en capacidades que pueden ser utilizadas de manera transversal, es decir, las destrezas y habilidades que una persona posee para ejecutar las tareas necesarias para un puesto de trabajo, también son necesarias para otro puesto de trabajo que no tenga aparentemente una relación directa, se hacen dinámicas y maleables, con la finalidad de una lograr una satisfacción de las expectativas y necesidades que poseen tanto clientes internos como clientes externos. Por esta razón, el modelo de competencias, surge como una alternativa que permite lograr una gestión de recursos humanos que posea una mirada integral, mediante objetivos comunes y un modo de acceder a ellos también común, es decir, los diferentes procesos productivos resultan coherentes entre sí.

Los beneficios que conlleva la implementación de este modelo en el proceso de evaluación, al momento de evaluar al personal, se accede al perfil de competencias requeridas para el puesto específico, desde donde se obtienen las conductas que manifiestan la presencia de dichas competencias.

Tanto la validez como la confiabilidad de la evaluación se ven beneficiadas al contar con parámetros de medición fácilmente contrastables la presencia o ausencia de conductas específicas, disminuyendo de paso las posibles críticas y resistencias al proceso de evaluación en sí mismo, por lo que el rol del evaluador es definir qué nivel de conducta es el más frecuente en un trabajador y no juzgar cualitativamente su desempeño.

7.3 APLICACIÓN DEL MODELO “GESTIÓN POR COMPETENCIAS”

Para aplicar el modelo de Gestión por Competencias, se hace necesaria la identificación de perfiles propios para cada puesto de trabajo de una organización, por lo cual, las competencias que sean consideradas como deseables para un puesto de trabajo dentro de una cultura organizacional, no tendrán que ser necesariamente las mismas para el mismo puesto de trabajo dentro de otras organizaciones, por esta razón, la aplicación del modelo se debe efectuar caso a caso, a través de la identificación de personas que ya han demostrado por medio de sus comportamientos que poseen las “competencias” requeridas, identificando qué características poseen esas personas que generan que su desempeño sobresalga del resto de sus pares y por tanto, resulten más contribuyentes en pro de los objetivos de la organización.

A continuación se señalará el proceso operativo desarrollado por I. Reyes y R. Baeza (2005), para implementar el Modelo de gestión por competencias en las organizaciones:

1. Comunicación interna del trabajo: Para lograr una satisfactoria implementación de este modelo, resulta conveniente informar a los trabajadores de proceso que se llevará a cabo. Se considerará la participación por parte del personal de la organización como imprescindible, así también la comprensión por parte de los mismos, la

utilidad que su implementación conlleva tanto para la organización, como para ellos mismos. Por esta razón es importante efectuar reuniones con las personas que resulten partícipes del proceso y reuniones con los diferentes sindicatos, promoviendo así la transparencia y claridad de los objetivos y alcances que se pretenden conseguir.

2. Selección de la muestra: A partir de la personas entrevistadas, se efectúa una división en dos grupos; las personas que poseen un buen desempeño y otro con las personas de desempeño bajo lo esperado, de acuerdo los criterios que posean los ejecutivos de la organización, basándose en los sistemas existentes de dirección presentes, en caso de que no existan, será una decisión consensuada respecto de los mismos. Luego se comparará que competencias presentan diferencias significativas entre ambos grupos y en cuáles no. El número de personas a entrevistar varía sustancialmente según el total de ocupantes por cargo. El criterio usado es que en cargos con menos de 20 ocupantes se debe entrevistar a todas las personas y en cargos con 21 ocupantes o más, se debe considerar un porcentaje no inferior al 70% de las personas, contando de esta manera con una muestra representativa.
3. Entrevistas de incidentes críticos: Esta etapa implica profundizar previamente el conocimiento de cada cargo que incluya un análisis descriptivo de este, además de una visita al lugar concreto de trabajo y así poder realizar las entrevistas de selección de personal, con la mayor cantidad de información relevante que sea posible. Se elaboran pautas estructuradas para llevar a efecto las entrevistas conductuales. Los entrevistadores requieren un entrenamiento específico para conducir la entrevista hacia identificar como trabaja la persona en la práctica, para lo cual se analizan los incidentes críticos de la trayectoria laboral de la persona en el cargo, pues está demostrado que en dichos incidentes, sean éstos exitosos o no exitosos, se constatan los máximos niveles de competencia e incompetencia. Del análisis de las respuestas conductuales

reales de las personas se determina lo que en realidad se puede alcanzar en un cargo y organización particular. Entrevistadores inexpertos pueden caer en el error de asumir como conductas de trabajo, los conceptos que una persona tenga de su desempeño. Existen respuestas de alta deseabilidad, como mencionar que se aplica liderazgo situacional y se cree en el trabajo en equipo, una aproximación de este tipo no refleja competencia pues sólo es una declaración conceptual. El foco está en analizar conductas reales.

4. Elaboración de perfiles de competencia: Esta es la etapa central de la intervención y por lo tanto, es la que presenta una mayor complejidad. Se describen a continuación las diferentes etapas que implica:

Trascripción de entrevistas y clasificación de competencias: Esa información es analizada por el panel de consultores, quienes proceden al análisis y categorización de los datos obtenidos en las entrevistas de incidentes críticos, identificando las conductas descritas por los participantes y asociándolas a las competencias con que dicha conducta tenga directa relación. Se categorizan las respuestas conductuales según el grupo muestral, ya sea de desempeño bueno o bajo lo esperado.

Clasificación mediante el Inventario de Competencias: Este diccionario, resumen de todas las escalas de competencia y el detalle de sus niveles de conducta, es el marco de referencia para categorizar las conductas observadas y asociarlas a competencias. Si el proceso de analizar las conductas y clasificarlas lo hace sólo una persona se corre riesgo de subjetividad, razón por la que la metodología considera el análisis de todas las conductas extractadas de todas las entrevistas por parte del panel de consultores, quienes por consenso categorizan las competencias. Ello garantiza objetividad en el proceso de detección de los perfiles de competencia de cada cargo y está descrita como la metodología estadísticamente más efectiva para elaborar perfiles de competencias. Su

desventaja es el tiempo que requiere el análisis de cada una de las conductas.

Administración del Inventario de Conductas Exitosas: se aplica un cuestionario de determinación de conductas exitosas, diseñado con la misma información del Inventario de Competencias, que permite de un modo más rápido y económico, determinar el perfil de competencias de una persona. Para efectos del diseño del perfil de competencias del cargo, esta información es estadísticamente correlacionada con los resultados del panel de expertos.

Determinación de perfiles observados: Se comparan las conductas demostradas por ambos grupos de desempeño. Aquellas competencias en que existen diferencias significativas a favor del grupo de buen desempeño, constituyen finalmente las competencias que en la práctica dan cuenta de ese mejor desempeño. El resultado de este análisis será el perfil observado de cada cargo, que incluirá las competencias de cada cargo (se indican las categorías de conducta observadas, desde las inexitosas a las exitosas) y una descripción de las conductas concretas del trabajo que describen la competencia.

Informe preliminar a la organización: Se elabora un informe preliminar con el perfil observado de competencias de cada cargo, el que es enviado para el análisis de la jefatura del cargo analizado.

Validación de los perfiles observados: Se solicita a la jefatura que valide el perfil observado y el perfil deseado para el determinado cargo e introduzca aquellas modificaciones que estime necesarias. De esta manera se genera un involucramiento de la jefatura en el proceso de implementación de una Gestión por competencias. En general, la experiencia indica que si bien los perfiles observados son muy coincidentes con los deseados, en ocasiones existen competencias relevantes que el ocupante no tiene, y que suelen asociarse a competencias corporativas estratégicas.

Determinación de los perfiles deseados de competencias por parte del cliente, en función del perfil observado a partir de dos requerimientos: definir si todas las competencias observadas son las deseadas y determinar la categoría conductual que se exigirá, definiendo así el estándar de exigencia conductual con la cual se evaluará a cada ocupante y el grado de brecha de competencias que existe.

5. Elaboración del instrumento de evaluación de competencias: Basado en los perfiles deseados de competencias, se elabora el instrumento de Evaluación de Competencias adaptado a las conductas exitosas de la organización, que permitirá la evaluación individual de los ocupantes de los cargos para determinar la brecha de competencias. Se elaborará un instrumento común y general para permitir la evaluación de competencias de los cargos, siendo diferente el perfil deseado de cada cargo.
6. Capacitación a jefaturas en entrevista de brecha de competencias: Todas las jefaturas que evaluarán la brecha de competencias deber ser entrenadas en la familiarización con el instrumento de evaluación el cual sigue exactamente el mismo formato de los perfiles deseados y con las preguntas que estimulan las respuestas conductuales. Con este instrumento la jefatura y un consultor entrevistan a cada uno de los ocupantes de los cargos críticos, para determinar su actual nivel de competencia. Esta entrevista conjunta es muy importante pues los resultados se determinan por consenso de ambos profesionales y se transfiere la metodología a quienes seguirán aplicándola en el futuro. También se evitan sesgos por juicios previos de desempeño o errores por inexperiencia en la técnica de entrevista.
7. Informes finales perfiles de competencias: Como productos finales de este proceso se consideran:

Informes individuales de brecha de competencias con las necesidades de

capacitación de cada persona, indicando las competencias fácilmente entrenables, las costosamente entrenables y las difícilmente entrenables. Informe final del trabajo, es el informe global con los resultados generales, en que se graficará la distribución de las brechas de competencias del conjunto de personas evaluadas, junto con los análisis que se estime necesarios: por nivel jerárquico, por línea de negocios o por el criterio que sea relevante.

8. Evaluación del personal por áreas de efectividad y competencia.

Metodología para la evaluación.

La presente metodología tiene como finalidad brindar a los responsables del proceso de evaluación del desempeño en cada dependencia o entidad un conjunto de elementos que les permita llevar a cabo, en forma objetiva y homogénea, la selección de candidatos para el otorgamiento de estímulos y recompensas. Para tal efecto, se consideró necesario lo siguiente:

- Proporcionar un método sistémico a quien efectúe la evaluación, con el objeto de que pueda reflexionar seriamente sobre las fortalezas y debilidades del personal a su cargo.
- Establecer un procedimiento estándar para la evaluación del desempeño de los servidores públicos a su cargo.
- Propiciar que el evaluador disponga de una herramienta, que permita retroalimentar a sus colaboradores los aspectos en los que debe mejorar.

Esta metodología incluye los pasos a seguir en la entrevista de

evaluación y tiene como instrumento de medición una "cédula", cuyo diseño es objetivo y de fácil aplicación, tanto para el que evalúa, como para las áreas responsables del proceso de evaluación; asimismo, se consideran aspectos tales como: el establecimiento y cumplimiento de metas y la medición de factores de actuación profesional requeridos para desarrollar el puesto que ocupe cada servidor público. La cédula de evaluación mencionada, se integra por 7 apartados, a saber:

En el primer apartado, se deberán incluir los datos personales y laborales del evaluado.

En el segundo apartado, se describirán las principales funciones que desempeña el servidor público sujeto de evaluación, mismas que servirán de base para el diseño de las metas.

En el tercer apartado, se programarán cuatro metas que deberán ser cuantificables, las cuales se formularán de común acuerdo entre el jefe inmediato y cada uno de los servidores públicos bajo su mando. Los indicadores de medición de "Resultados y Oportunidad" serán utilizados para la evaluación de metas en el desempeño del personal y permitirán al servidor público tener la posibilidad de conocer con toda claridad y anticipación lo que se espera de él y, tanto a él como al jefe inmediato, les proporcionará criterios objetivos y equitativos para evaluar el trabajo a desarrollar.

Procedimiento para la definición de metas

El proceso de definición de metas consiste en el establecimiento anticipado de resultados observables y medibles, que se desean alcanzar en forma programada; con la intención de cumplir con los objetivos del área de la unidad administrativa, de la dependencia o entidad, en un periodo anual.

El propósito fundamental del establecimiento y definición de metas es la medición de logros específicos, ya que éstos deben arrojar datos cuantificables que permitan verificar el avance y/o resultados obtenidos. Dichos logros se verán reflejados en aportaciones a la dependencia o entidad.

Derivado de lo anterior, y con el objeto de apoyar a los jefes inmediatos responsables de este proceso, e independientemente de la naturaleza del trabajo que tengan que desarrollar los servidores públicos bajo su mando, se ha estructurado el siguiente método que facilitará el establecimiento y definición de dichas metas; razón por la cual, deberán cubrirse las etapas aquí establecidas.

Etapa I. Determinación del propósito general del área a su cargo, identificando:

- El objetivo esencial del área.
- Las funciones que se desarrollan.
- Lo que se debe realizar para desarrollar dichas funciones en forma adecuada.
- Áreas de oportunidad que deben mejorarse de manera inmediata.

Etapa II. Identificación de las actividades clave del área a su cargo y definición de los objetivos prioritarios de la misma; para lo cual, se deberá:

- a. Examinar todas las actividades que se desarrollan cotidianamente, para establecer un orden de importancia
- b. Determinar y establecer la prioridad a aquellas actividades que mayor importancia e impacto tengan en el área.
- c. Definir los objetivos prioritarios del área en cuestión, mismos que deberán ser alcanzados con la realización de las actividades clave que fueron ya definidas; para ello, el responsable de este proceso deberá:

- Establecer un número limitado de objetivos generales que deberán alcanzarse en un periodo determinado.
- Definir los objetivos con precisión, para poder delimitar específicamente los resultados esperados.
- Seleccionar los objetivos, en función del valor de impacto que tienen en los resultados que debe lograr el área

Etapa III. Identificar el propósito de trabajo de cada uno de los integrantes del área; para lo cual es necesario:

- a. Establecer el vínculo existente entre los objetivos del área, con el propósito del trabajo de cada uno de los integrantes de la misma.
- b. Identificar qué necesitan los servidores públicos que desarrollan las actividades, para cumplir en forma efectiva con sus responsabilidades.
- c. Determinar la contribución que se espera de los servidores públicos para alcanzar los objetivos del área.

Etapa IV. Preparar un listado de las posibles metas que debe alcanzar el personal bajo su mando; lo anterior para que, con base en el conocimiento que tenga de las funciones del área y del propósito de cada puesto, elabore un borrador con las metas que reflejen actividades que se han considerado importantes para desarrollarse por cada uno de los integrantes del área; solicite a su personal que elabore también un borrador de sus propias metas que considere importantes a desarrollar, comprobando para tal efecto que:

- Estén vinculadas a los objetivos del área y referidas a resultados o situaciones específicas.
- Consideren los aspectos más importantes del trabajo.
- Sean alcanzadas en un periodo de tiempo determinado dentro del período anual de evaluación.

Etapa V. Establecimiento de metas. Para la definición de metas que

propongan tanto el jefe inmediato como el colaborador, mediante las cuales se habrá de medir el grado de avance del trabajo por desarrollar y el cumplimiento de los objetivos preestablecidos, se recomiendan las siguientes reglas:

- a. Establezca cada meta de manera precisa y cuantificable.
 - b. Redacte claramente las metas, tomando en cuenta, para tal efecto, lo siguiente:
 - Use un verbo activo que haga hincapié en la realización, por ejemplo: analizar, revisar, elaborar, apoyar, etc.
 - Determine un resultado específico que pueda medirse tanto de manera cuantitativa como cualitativa.
 - Especifique un tiempo o fecha límite para alcanzar la meta.
 - Mencione únicamente las metas establecidas y la fecha de realización, haciendo caso omiso del por qué y el cómo.
 - Procure que las metas sean retadoras pero alcanzables
9. Plan de capacitación: Basados en el análisis de los resultados estadísticos y las necesidades propias de la organización, se propone el plan de capacitación pertinente, en el que se pretende el mayor potenciamiento de las competencias de los empleados de la organización, en función de las competencias con mayor brecha entre lo deseado y lo observado y de la facilidad de entrenabilidad de las mismas. Los posibles talleres de capacitación a implementar presentarán como contenidos los puntos anteriormente expuestos, quedando con esto obsoleto los cursos estándares que habitualmente eran implementados para satisfacer las necesidades referidas a esta área, lo cual plantea un gran desafío para quienes están a cargo del diseño instruccional y metodológico de los talleres de desarrollo de competencias.

10. Comunicación de resultados: Se recomiendan 3 instancias de comunicación: A partir de la entrega de las brecha de competencias que presentó de acuerdo a su propio puesto de trabajo, además de señalar cuales son las áreas que requieren una capacitación. A modo de supervisión, resulta pertinente que esta información sea efectuada por el jefe directo de la persona, pues cierra el ciclo del trabajo y permite una instancia de comunicación supervisor/supervisado en la óptica de la dirección del desempeño.

Dado que, generalmente, la implementación de este modelo surge como una necesidad visualizada y aceptada por los altos ejecutivos de la organización, es fundamental la presentación de los resultados a este sector.

Las reuniones en las que se presenten los resultados generales a los participantes del proceso, en el que se expresen los datos obtenidos de manera clara y transparente, deja la opción de la ejecución de próximas actividades de desarrollo de competencias y permitirá el logro de un cierre del proceso vivido.

8. DESARROLLO DE PLANES DE CARRERAS

Hemos escuchado personas que indican que su éxito se debió a estar en el lugar correcto en el momento correcto. Cuando se acepta esta justificación para el éxito, estamos rechazando la responsabilidad individual de planificar la carrera.

La responsabilidad primordial para desarrollar un plan de carrera es del empleado. Cada individuo es responsable de planificar su carrera. Sólo el individuo sabe lo que realmente quiere lograr de una carrera. No se debe pensar que el desarrollo de carrera es algo que ocurre automáticamente. Sin embargo, a pesar de tener planes elaborados, reconocemos que en realidad no se cumplen con exactitud. Es necesario reconocer que el ambiente laboral

está en cambio continuo y que los deseos personales del individuo también cambian. Por eso es recomendable ser flexible cuando se planifica una carrera y mantener el plan continuamente actualizado.

Para tener éxito en la planificación de carrera, el individuo debe determinar las destrezas y conductas requeridas del puesto deseado y adquirir esas destrezas a través de educación, experiencia de trabajo y adiestramientos.

El plan de carrera debe ser realista de acuerdo con las capacidades del empleado. Una vez se logren las metas trazadas en los planes de carrera, tendremos empleados con mayor satisfacción en el empleo y esto redundará en beneficio tanto para el empleado como para las metas de la empresa.

El aprendizaje es una experiencia continua durante toda la vida. No se detiene al completar un grado universitario. Un plan individual de carrera basado en educación, experiencia de trabajo y adiestramientos puede facilitar el logro de las metas profesionales.

Los planes de carrera tratan de casar la oferta de puestos de una empresa con la demanda de perfiles internos. La gestión del desempeño es el sistema utilizado para conseguirlo. "El plan de carrera es un concepto antiguo que pretendía decir al trabajador qué iba a hacer en unos años y que levantaba falsas expectativas. Sin embargo, tiene que ser un proceso que permita conocer los perfiles de que dispone la organización, formarlos y desarrollarlos para adelantarse a las necesidades que puedan surgir en el futuro". El sistema tiene que ser dinámico y flexible. Según Blanca Gómez, directora de recursos humanos de Coca-Cola España, "es un proceso continuo y vivo que evoluciona en función de los cambios que experimenta el trabajador y el negocio para poder casar la oferta con la demanda".

8.1 HERRAMIENTAS NECESARIAS.

Tener descritos los perfiles de los puestos de la organización y gestionar el desempeño de los empleados son las herramientas de base necesarias para poder diseñar la carrera de un profesional. Después de fijar los objetivos, y de hacer un seguimiento y corrección a lo largo del año, llega el momento de la evaluación y de la entrevista de desempeño con el superior inmediato.

"Esta medición nos permite conocer muy bien al trabajador y, en función de los resultados, fijar un plan de desarrollo y de formación en las áreas o habilidades que necesita mejorar", resalta Itziar Galdós, directora de recursos humanos de The Royal Bank of Scotland.

Pero a la hora de gestionar la carrera, "el empleado tiene que ser el verdadero protagonista", resalta Gómez. "Su superior tiene que apoyarle en el proceso y actuar como su coach -entrenador- y, desde mi departamento, facilitarle los recursos necesarios -evaluación, formación...- y las opciones de desarrollo -nuevos proyectos, puestos vacantes...-", añade. Para que el trabajador pueda participar en el diseño de su futuro, Coca-Cola España está implantando en el portal del empleado un sistema para que los profesionales consulten la descripción de los perfiles, los puestos vacantes y las herramientas necesarias para conocerse mejor. A pesar de que algunas empresas sólo diseñan las carreras a los profesionales con más potencial, Galdós destaca que "se debería hacer lo mismo con el resto de la plantilla. Todos los profesionales no pueden llegar a ser jefes, pero la empresa tiene la obligación de ofrecerles un desarrollo para que sean mejores en su trabajo"

Uno de los principales objetivos de gestionar los planes de carrera de los empleados es estar preparado ante cualquier cambio. Por ese motivo, algunas empresas preparan la sucesión de sus directivos para que "nadie en la compañía sea insustituible", señala Itziar Galdós, de The Royal Bank of Scotland. Los departamentos de recursos humanos identifican los perfiles con

más potencial, les forman y desarrollan para que estén preparados cuando un mando deje su cargo para promocionar, jubilarse o abandonar la organización.

8.2 DISEÑO DE UN PLAN DE CARRERA BAJO COMPETENCIAS

La globalización, los avances en la tecnología de la información, así como las competencias están orientando cambios dentro de las organizaciones, que obligan a estas a direccionar sus políticas y normas para hacerlas mas competitivas. Por tal razón, se proponer un plan de carrera basado en competencias, que permita determinar las diferentes competencias conductuales y/o emocionales necesarias para el desempeño exitoso de los miembros activos de la Unidad Médica, a través del estudio de las diferentes categorías de competencias.

8.3 ANALISIS DE LA PLANTILLA DE PERSONAL ACTUAL.

Se debe de identificar la plantilla de personal de la Unidad Médica, agrupada por categoría de puestos (Operativo, administrativo y gerencial).

Es imprescindible hacer un análisis y un diagnóstico profesional preciso y exhaustivo, tanto de la trayectoria anterior como de la situación actual de cada persona, la información de este análisis puede ser recolectada por medio de una hoja de datos en la que se destaquen las responsabilidades asumidas, los pasos que ha dado, los logros, los errores o fracasos y sus motivos, las competencias, aptitudes, conocimientos, etc. Hay que incentivar al personal a no ser condescendiente con uno mismo, el retrato final tiene que ser una fotografía fiel de la realidad.

Nada conduce tan lejos como una fuerte motivación del personal para conseguir lo que la organización quiere. Hay que revisar honestamente las prioridades que estos tienen, es necesario pensar si se está a gusto en la

Unidad Médica y en el puesto que ocupa, sin olvidar las necesidades personales y familiares.

La importancia de que el personal fije un nuevo objetivo, a la medida de su ambición, capacidades propias y posibilidades de mercado es esencial. Este debe ser realista y tener en cuenta todo lo anterior; si no, se corre el riesgo de quedar definitivamente frustrado y, además, resentido.

8.4 ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL DE LA UNIDAD MEDICA.

Otro análisis ha de referirse a la empresa, a las competidoras y al mercado en general. Es importante valorar los resultados, la evolución, los proyectos y sus desarrollos y la imagen que tienen en el mercado. identificar la misión, visión, organigrama, objetivos generales y específicos de la unidad médica, los proyectos actuales y los futuros, que vienen a ser oportunidades de desarrollo profesional del personal.

Toda esta información es necesaria para formar un panorama del ambiente laboral de la Unidad Médica, además de esto se debe anteriormente contar con:

- a) Descripción / Revisión de los puestos de trabajo: adecuar el número y la distribución de los puestos de trabajo existentes.
- b) Diseño de perfiles de los puestos: por funciones / tareas, por responsabilidades, por factores de desempeño o por competencias (conocimientos específicos, cualidades / capacidades: orientación a resultados, satisfacción a clientes, trabajo en equipo...).
- c) Evaluación de perfiles: Comparar las diferencias entre ellos, por ejemplo entre el puesto de dirección de organización y su nivel jerárquico superior: director de calidad y organización.

8.5 DEFINIR LAS RUTAS DE PROMOCION DE LOS PUESTOS.

Se trata de una herramienta para la movilidad y gestión de los Recursos Humanos a partir del diseño de las posibles rutas promocionales que puede seguir una persona dentro de la organización, en caso de cumplirse ciertos requisitos definidos y ordenados previamente.

8.5.1 MAPAS DE CARRERAS

Establecimiento de mapa de carreras: son las rutas que establecen el camino de promoción y/o movilidad de puesto más lógico, rápido y accesible.

Diseño y definición de procesos de evaluación: partiendo del mapa de carreras, se identifica cuáles son el desempeño, potencial y la formación necesarios para recorrer las rutas y además qué período de tiempo estimado es necesario para que se produzca la evaluación de una persona de un puesto a otro.

8.5.2 PLANES DE SUCESIÓN.

Consisten en la elección por parte de directivos de los colaboradores que previsiblemente les sustituirán, y en la preparación para la sucesión de su cargo.

Se identifican y seleccionan las personas con alto potencial de desarrollo y detectan las necesidades de personal por puesto.

Se diseñan los planes que permitan el desarrollo de estas personas en el tiempo y la forma deseados.

8.6 DISEÑO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y CAPACITACION.

Existen cinco factores esenciales para las personas que se desempeñan profesionalmente en una organización:

- Igualdad de oportunidades.
- Apoyo del jefe inmediato.
- Conocimiento de las oportunidades.
- Interés del empleado.
- Satisfacción profesional.

Además de la información general sobre la planeación de una carrera profesional, es necesario proporcionar información específica, de carácter informativo, puede describirse como capacitación y desarrollo respecto a la organización misma.

Información sobre oportunidades profesionales:

Son muchos los empleados que ignoran muchos aspectos de las oportunidades profesionales que les brindan sus organizaciones. La Administración de la Unidad Médica a través de la División de Recursos Humanos puede suplir esa carencia mediante un servicio periódico de información.

Las menciones verbales, los memorandos y los comunicados en este sentido que emita la Dirección revisten gran importancia. Los talleres y seminarios sobre la planeación de la carrera incrementan el interés del empleado.

Cuando diferentes puestos requieren habilidades semejantes, forman familias de puestos. En general, se requiere poca capacitación adicional para pasar de un puesto a otro de la misma familia. Si la administración de la Unidad informa a los empleados sobre puestos disponibles en una familia determinada, los empleados trazarán con facilidad una ruta profesional.

Una característica observada en quienes transitan por una familia de puestos es la tendencia a evitar los puestos que consideran desagradables. Para evitar el fenómeno, se puede establecer una secuencia; una pauta de cobertura de puestos que es necesario observar para obtener un ascenso.

Si un empleado es promovido, puede provocar sentimientos de inadecuación entre los aspirantes a la vacante, que tienen derecho a recibir retroalimentación al respecto. En este caso, la retroalimentación cumple con tres objetivos:

- Confirmar a los aspirantes a promociones que la Unidad Médica aprecia sus esfuerzos y los considera para futuras promociones.
- Explicar por qué fue seleccionado un empleado determinado.
- Orientar a los aspirantes respecto a las habilidades y conocimientos específicos que deben adquirir para obtener la promoción en el futuro.

El otro tipo de retroalimentación se refiere al desempeño laboral, probablemente el más importante de cuantos recibe el empleado.

Asesoría profesional:

El asesor profesional puede ser alguien que proporcione información especializada sobre familias de puestos en la organización, descripción de cada puesto, requerimiento de cada puesto, etc. Ciertas compañías optan por un psicólogo para que administre pruebas, identifique potencialidades y habilidades, etc., actividades que se suman a las de asesor sobre la organización y sus posibilidades. Para tener verdadero éxito, deben lograr que los integrantes se evalúen a sí mismos y a su entorno.

Esta asesoría deberá ser coordinada con la Sección Dotación de Personal a la Administración y programar entrenamiento de los empleados.

E. REALIZAR UNA PLANIFICACIÓN

Los planes desarrollados son resultado del ejercicio realizado, sin haber aplicado ningún orden de prioridad, sin establecer tiempos, recursos, etc. Sin embargo, algunas restricciones inherentes a las acciones elegidas pueden condicionar su puesta en marcha, o aconsejar postergación o exclusión del plan de mejoras. Es, por lo tanto, imprescindible conocer el conjunto de restricciones que condicionan su viabilidad. Establecer el mejor orden de prioridad será una labor la estructura de calidad establecida por el centro de atención²², es importante mencionar que el proceso no es tan sencillo, en primer lugar, la realización de aquellas acciones asociadas a los factores más urgentes, sino que se deben tener en cuenta otros criterios en la decisión. Entre los principales podemos encontrar:

Dificultad de la implantación

La dificultad en la implantación de una acción de mejora puede ser un factor clave a tener en cuenta, puesto que puede llegar a determinar la consecución, o no, del mismo. Se procederá a priorizarlas de menor a mayor grado de dificultad.

Plazo de implantación

Es importante tener en cuenta que hay acciones de mejora, cuyo alcance está totalmente definido y no suponen un esfuerzo excesivo, con lo que pueden realizarse de forma inmediata o a corto plazo. Por otro lado, existirán acciones que necesiten la realización de trabajos previos o de un mayor tiempo de implantación.

Impacto en la organización

Se define como impacto, el resultado de la actuación a implantar, medido a través del grado de mejora conseguido (un cambio radical tiene un impacto mucho mayor que pequeños cambios continuos). Es importante también

²² Estructura de Calidad propuesta para la implementación.

tener en cuenta el grado de despliegue al que afecta la medida. Si ésta afecta a varias titulaciones su impacto será mayor y la prioridad también deberá serlo.

A continuación se presenta una tabla que servirá como herramienta a la hora de establecer una priorización en las acciones de mejora identificadas anteriormente. Una vez establecidas las puntuaciones de cada factor se establecerá la suma de las mismas, lo que servirá de **orientación** para identificar como prioritarias aquellas que tengan una mayor puntuación total.

TABLA D-3: priorización de acciones de mejora para la implementación

Nº	ACCIONES DE MEJORA A LLEVAR ACABO	DIFICULTAD	PLAZO	IMPACTO	PRIORIZACIÓN

Para llevar a cabo las acciones de mejora propuestas es necesario especificar las tareas concretas que deberán realizarse para la consecución de los objetivos. Para ello hay que determinar quién es el responsable de la puesta en marcha y de la ejecución de las acciones de mejora, las diferentes tareas a desarrollar, los recursos humanos y materiales necesarios, el período de consecución, la fecha de inicio, los indicadores de seguimiento y los responsables de realizar el control y seguimiento de las mismas (Ver anexo 18).

F. EJECUCION DE UNA ACCION DE MEJORA

Con el objetivo de evaluar la factibilidad de ejecución de las acciones de mejora propuestas, a continuación se desarrolla una de estas acciones, la cual a sido seleccionada por ser aplicable a los cuatro criterios con los que se ha trabajado y se desarrolla para el criterio de mayo importancia.

IDENTIFICAR Y ESTABLECER INDICADORES DE GESTIÓN QUE PERMITAN MEDIR EL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL DERECHOHABIENTE CON EL SERVICIO PRESTADO.

1. METODOLOGÍA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES

La metodología para el establecimiento de Indicadores se resume en una hoja nombrada "Hoja Metodológica para el establecimiento de Indicadores", para su llenado es necesario:

ESTABLECIMIENTO DEL EQUIPO DE TRABAJO

Se propone la participación de personal del área de recepción, archivo, personal de enfermería, personal de atención al cliente, personal medico, administrador de la unidad medica, personal de Desarrollo Institucional y la representación de los derechohabientes.

CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

La capacitación será solicitada al Departamento de Capacitación y Desarrollo del Personal, quienes entregaran a los participantes toda la información sobre los esfuerzos realizados por el ISSS y sus esfuerzos en el logro de los servicios de calidad en salud.

FORMULACIÓN DE INDICADORES.

Para definir un buen indicador de control, se solicitara que se comente sobre el servicio prestado y la satisfacción del cliente, se propone se realice un lluvia de ideas sobre los comentarios y o problemas identificados en el servicio. De esta lluvia de Ideas se seleccionaron los tres problemas más sensibles y de mayor influencia en la satisfacción del cliente, identificando de estos los objetivos a alcanzar, las causa y acciones a tomar.

Además de esto se llenará el formulario Propuesto (Ver anexo 19)

FACTORES DE MAYOR INFLUENCIA EN LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

PROBLEMÁTICA	OBJETIVOS	ACCIONES
Trato inadecuado hacia los derechohabientes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar la atención hacia el usuario. 2. Contar con personal proactivo y resolutivo capaz de solventar las inquietudes del usuario. 3. Lograr un cambio actitudinal en los empleados para mejorar la atención al usuario. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitación sobre Attn. al Cliente a personal de la Unidad Médica 2. Colocación, en Emergencias, de rótulos de información sobre horarios de consulta, servicios prestados, etc. 3. Instalación de oasis, conos y basureros dentro del Hospital
Inadecuada ambientación en repuestas a los flujos de trabajo identificados como críticos.	Brindar al usuario un ambiente agradable, cómodo y funcional.	Rediseño del área de Emergencias, mejorando así el flujo del paciente dentro del área.
Largos tiempos de espera del derechohabiente para ser atendido, así como cuellos de botella en los procesos críticos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reducción de tiempos de operación Eliminación de demoras asociadas al proceso. 2. Aumento en Capacidad Instalada de los procesos (# pacientes atendidos, cantidad de recetas despachadas, etc.) 3. Reducción de costos de operación por disminución de tiempos de operación 	Mejora en los tiempos de operación y disminución de demoras en los procesos de Laboratorio, Entrega de Medicamentos y otros procedimientos identificados como críticos

De estos factores se determinaron sus causas, problemática, acciones e indicadores

MEJORA EN LOS TIEMPOS DE OPERACIÓN Y DISMINUCIÓN DE DEMORAS EN LOS PROCESOS DE LABORATORIO, ENTREGA DE MEDICAMENTOS Y OTROS PROCEDIMIENTOS IDENTIFICADOS COMO CRÍTICOS			
CAUSA	PROBLEMÁTICA	ACCIONES	INDICADORES
Entrega de Medicamentos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desabastecimiento. 2. Deficiencias en Control de Medicamentos. 3. Locales inadecuados para el Almacenamiento. <p>Demoras en la recepción y entrega de Medicamentos Tiempo recepción de medicamentos = 5 min Tiempo entrega medicamentos = 10 min</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrega efectiva de medicamentos, al contar con mecanismos de control y seguimiento de las existencias más efectivos que disminuyan el desabastecimiento, 2. Ambientación de locales para garantizar el buen estado de los medicamentos almacenados. 3. Disminución de demoras o esperas innecesarias en el despacho de los medicamentos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cantidad de recetas recepcionadas en más de 5 minutos/Cantidad de recetas recepcionadas. 2. Cantidad de recetas entregadas en mas de 10 minutos/Cantidad de recetas entregadas
Exámenes de Laboratorio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demoras en la recepción de muestras u órdenes de exámenes. 2. Respuestas de exámenes o análisis efectuados que no son entregados. 3. Duplicidad en la elaboración de exámenes u análisis. 4. No efectivo control de exámenes entregados <p>Tiempo recepción de los orden de examen = 5 min</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Designar ventanillas específicas para el Área de Emergencia, Tercera Edad y Embarazadas y establecer como norma trato preferencial en estos casos. 2. Establecimiento de Comité de Mejoramiento Continuo para mejorar el nivel de coordinación entre los diferentes Servicios (Emergencia, medicina, etc.) y Laboratorio. 3. Establecimiento de controles informáticos para todos los exámenes que alerten sobre duplicidad y administren las entregas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cantidad de exámenes recepcionados en más de 5 minutos/Cantidad de exámenes recepcionados. 2. Cantidad de exámenes entregados /Cantidad de exámenes efectuados 3. Cantidad de exámenes duplicados/ Cantidad de exámenes efectuados. 4. Cantidad de exámenes correctos/ Cantidad de exámenes efectuados
Recepción y Selección	<p>En las áreas de Recepción y Selección, la demanda real de paciente entre las 7a.m – 4 p.m, no se logra cubrir, por una sola persona (Recepcionista / Médico Selección)</p> <p>Recepción Max. Pacientes que esperan/Hr = 6 Selección Max. Pacientes que esperan/Hr = 8</p>	<p>Ajustar Horarios escalonados en área de Selección y Recepción.</p> <p>Recepción = 2 personas 9a.m. – 12p.m. Selección = 2 medicos de 7am. - 9a.m. 3 médicos de 9am. – 11p.m. 2 médicos de 11am. - 6p.m.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cantidad de pacientes que esperan más de 5 minutos en recepción/Cantidad de pacientes atendidos 2. Cantidad de pacientes que esperan más de 5 minutos en selección/Cantidad de pacientes atendidos

MEJORA EN LOS TIEMPOS DE OPERACIÓN Y DISMINUCIÓN DE DEMORAS EN LOS PROCESOS DE LABORATORIO, ENTREGA DE MEDICAMENTOS Y OTROS PROCEDIMIENTOS IDENTIFICADOS COMO CRÍTICOS			
CAUSA	PROBLEMÁTICA	ACCIONES	INDICADORES
Emisión de documentación	Emisión de documentos manuales, que restan tiempo y disminuye la calidad en la atención al cliente Tiempo promedio del proceso = 15 minutos	Sistematización en los procesos de emisión de documentos, así como medición y control estadísticos del desempeño de la unidad	1. Cantidad de pacientes que emplean más de 15 por documentación/Cantidad de pacientes atendidos 2. Cantidad de reproceso de documentación/ Cantidad de documentos emitidos
Revisión de la documentación	Inadecuado método para la evaluación de la vigencia del Certificado Patronal Tiempo promedio del proceso = 10 minutos	Sistematización del proceso de validación en la vigencia del Certificado Patronal	1. Cantidad de pacientes que emplean más de 10 para la revisión de documentación/Cantidad de pacientes atendidos

METODOLOGÍA PARA EL SEGUIMIENTO.

El periodo de evaluación inicial será de forma mensual, los responsables y/o encargados de la medición y presentación será el mismo equipo de trabajo con el apoyo incondicional del área a evaluar.

ETAPA I: PREPARACION DEL PROCESO EVALUATIVO.

La evaluación se base en la determinación de los indicadores y estándares establecidos en el proceso anterior.

De acuerdo a los indicadores seleccionados, los métodos evaluativos a utilizar son:

- ✓ Observación.
- ✓ Encuestas.
- ✓ Entrevistas.
- ✓ Registros de Control Interno.

INDICADORES DE EFICIENCIA

1. Cantidad de exámenes recepcionados en más de 5 minutos/Cantidad de exámenes recepcionados.

La cantidad de exámenes recepcionados en más de 5 minutos, será tomado de la observación directa y de entrevistas a los derechohabientes atendidos en el área de laboratorio de la Unidad Médica.

La Cantidad de exámenes recepcionados será tomado de los registros de control interno.

INDICADORES DE EFICACIA

1. Cantidad de exámenes entregados /Cantidad de exámenes efectuados.

La cantidad de exámenes entregados será tomado de los registros de control interno al igual que la cantidad de exámenes efectuados.

2. Cantidad de exámenes duplicados/ Cantidad de exámenes efectuados.

La Cantidad de exámenes duplicados será tomado de los registros de control interno al igual que la Cantidad de exámenes efectuados.

INDICADORES DE EFECTIVIDAD

1. Cantidad de exámenes correctos/ Cantidad de exámenes efectuados

La cantidad de exámenes correctos y la Cantidad de exámenes efectuados será tomado de los registros de control interno.

ETAPA II: EJECUCION DEL PROCESO EVALUATIVO

Esta etapa consiste en:

1. Aplicación de los instrumentos diseñados para evaluar los criterios seleccionados.

2. Determinación de las desviaciones existentes en relación con los estándares preestablecidos.

El estándar establecido es el Tiempo de recepción de las ordenes de examen = 5 minutos.

Entre los posibles factores que provoquen una desviación, podemos mencionar:

Problemas de competencia y desempeño que pueden modificarse con la capacitación y Problemas de organización como el Uso eficiente de los recursos disponibles.

ETAPA III: SEGUIMIENTO DEL PROCESO

Para el seguimiento se utilizarán los mismos instrumentos diseñados para la evaluación inicial, y se realizarán las actividades de monitoreo y evaluación según lo planificado. De no modificarse las desviaciones de la calidad según lo esperado, deberá discutirse en colectivo el programa para su reevaluación y adecuación de acuerdo con las necesidades.

EVALUACION DEL PROCESO.

La evaluación de la ejecución, se presenta en anexo 20.

G. CÓMO DISEÑAR, IMPLANTAR Y EVALUAR UN PLAN DE CALIDAD



1. CÓMO SE TRABAJA EN CALIDAD

Para introducir la cultura de la Calidad Total y llegar a todas las personas y todos los procesos se recurre habitualmente a una serie de actividades concretas lo que constituye un “traje a medida” para cada organización. Es frecuente hablar de Plan de Calidad y de Sistema de la Calidad de la organización para referirse al conjunto de acciones que se llevarán adelante durante un período determinado y a la estructura, procedimientos, procesos y recursos que se van a poner en juego.

No obstante hay una serie de elementos que serán comunes, se trabaja fijando objetivos, definiendo indicadores, promoviendo incentivos al mayor esfuerzo, paulatinamente, sin prisas pero intentando constantemente dinamizar la organización en la dirección establecida. El enfoque es el de la mejora continua (basado en el ciclo PDCA) de los procesos y el centro de la atención es, sin dudar, el cliente.

2. ETAPAS PARA DESARROLLAR UN PLAN DE CALIDAD

Quienes afrontan la tarea de implantar un Plan de Calidad basado en el EFQM o, sencillamente, de introducirse en el mundo de la Calidad, se encuentran ante un abanico de sugerentes propuestas que, aunque en esencia comparten una misma preocupación, presentan matices las unas respecto de las otras. Existen diferentes autores, diferentes modelos, diferentes ideas para implantar la Calidad en las organizaciones.

El éxito no dependerá tanto del modelo teórico adoptado como de la forma en que lo desarrollemos y apliquemos. Hay que tener presente que lo que para una

empresa o institución puede resultar ventajoso para otras puede conducirle al fracaso. Las estructuras, culturas organizativas, el clima laboral o, los líderes naturales, son dispares de unas a otras y, por tanto, los resultados que se alcancen también lo serán. Las reflexiones que aquí se presentan deben, por consiguiente, adoptarse desde la óptica de que representan recomendaciones necesarias pero nunca suficientes.

Las siguientes son algunas recomendaciones que, basadas en una cierta experiencia, pueden ayudar a su implantación. El orden no representa que se deba esperar a tener una de ellas resuelta para empezar la siguiente sino que obedece a una forma un tanto caprichosa de presentarlas:

2.1 ASEGURAR LA IMPLICACIÓN DE LA DIRECCIÓN

Para empezar, mejor aún, antes de empezar, debemos asegurarnos de que contamos con la absoluta implicación de la Dirección. En caso contrario, hay que pensárselo dos veces o incluso tres. Implicarse significa comprometerse en todo el proceso, otorgarle importancia ejerciendo la autoridad para respaldar el Plan de Calidad, participar activamente en reuniones y momentos clave, impulsar acciones, alentar cuando el ánimo decae y asignar los presupuestos y recursos necesarios para lograr los objetivos propuestos.

2.2 DEJAR CLARO PARA QUÉ NOS METEMOS EN ESTO DE LA CALIDAD

Para empezar, ahora sí, es necesario saber para qué queremos, en nuestro caso, "esto" de la Calidad. Qué esperamos, a dónde queremos llegar, a qué estamos dispuestos. Definir los objetivos es siempre una manera sencilla de saber por dónde vamos y ahora es el mejor momento para conocer cuál será la mejor ruta para llegar adónde deseamos estar.

Algunas empresas necesitan la ISO para sobrevivir en el mercado y buscan, sencillamente la certificación para vender, otras organizaciones desean ser líderes

en su sector y buscan activamente la calidad en todos los procesos y en todos los resultados. Hay quien se suma a la moda de la Calidad y quien intenta implantar un ambicioso Plan de Calidad.

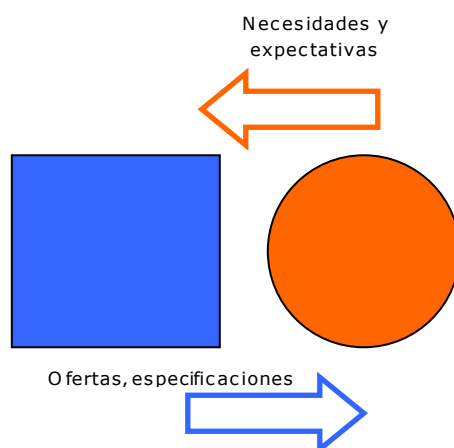
2.3 CONOCER A NUESTROS CLIENTES Y NUESTROS PRODUCTOS O SERVICIOS

Estas preguntas que acabábamos de hacernos implican también poder responder a otras cuestiones también básicas: quiénes son nuestros clientes, cuáles son nuestros productos y servicios. ¿Qué los caracteriza?

Es imprescindible que tengamos una idea clara de cuáles son las necesidades y expectativas de nuestros clientes y, a partir de aquí, pensar si nuestros productos y nuestros servicios serán capaces de satisfacerlas.

La figura G-1 recoge la manera en que habitualmente se representa esta idea. Por un lado tenemos las necesidades y expectativas de los clientes (círculo rojo) por otro, la oferta y especificaciones de nuestros productos y servicios (cuadrado azul). Ambos, círculo y cuadrado deben coincidir, cuanto más lo hagan, significa que nuestra oferta encaja con la demanda y que podemos satisfacerla.

Figura G- 1. Orientación del servicio al cliente



En todo modelo de calidad la orientación al cliente es la razón de ser. Este apartado del Plan, por tanto, debe recabar de toda nuestra atención durante el tiempo y con los medios (internos y externos) de que dispongamos. Del dibujo, del escenario que seamos capaces de idear dependerán las acciones y estrategias que pondremos en marcha.

Las necesidades y expectativas de los distintos tipos de clientes (también de los clientes internos) tendremos que traducirlas a un lenguaje que en nuestra organización sea fácilmente comprendido de tal modo que, con mínimo esfuerzo, se pueda posteriormente diseñar (o rediseñar) los procesos de trabajo para lograr satisfacer estos requerimientos.

Tres cuestiones resultan básicas y requerirán acciones diferentes para adecuar el círculo rojo y el cuadrado azul al que arriba nos referimos:

- ✓ Qué es la calidad para nuestros diferentes tipos de clientes.
- ✓ Qué necesitan nuestros clientes y no tienen.
- ✓ Qué esperan que les ofrezcamos o que les demos.

Desde la óptica que recogemos aquí, el método de trabajo que recomendamos instaurar consta de los siguientes pasos:

- 1) Averiguamos que necesita y espera el cliente
- 2) Recogemos la idea y elaboramos estándar de calidad
- 3) Definimos necesidades humanas y materiales para lograr ese estándar
- 4) Definimos cómo prestar el servicio
- 5) Prestamos el servicio
- 6) Evaluamos el servicio prestado y establecemos áreas de mejora
- 7) Mejoramos los puntos débiles y...
- 8) Volvemos a empezar

Este último punto, que a veces se olvida, es básico en los modelos de mejora de la Calidad y es una garantía de éxito. No en vano, Volver a empezar.

2.4 APROVISIONARSE DE IMPORTANTES DOSIS DE LIDERAZGO, PACIENCIA Y TESÓN

Ahora es bueno que sepamos quién/es van a asumir ese liderazgo necesario para que el Plan salga adelante. Quién/es necesariamente van a estar “a pie de obra” y quién/es tendrán que hacer gala de ese liderazgo, paciencia y tesón imprescindibles para lograr que el Plan de Calidad no se aleje demasiado del escenario y objetivos que la Dirección ha marcado.

2.5 IMPLICAR A OTROS LÍDERES

Un paso adicional (necesario en todas las fases del Plan de Calidad) que no debemos dejar de lado, especialmente en las Instituciones Públicas, es lograr implicar también al conjunto de líderes de la organización que, en caso contrario, podrían boicotear de muchos modos distintos el desarrollo del Plan de Calidad.

El mejor momento para hacerlo es, a partir que sepamos hacia dónde vamos y cómo. No obstante, esta es una tarea abierta a lo largo de todo el calendario de trabajo. La recomendación no puede ser otra: limar posibles barreras, facilitar, siempre sumar, siempre trabajar bajo la idea de que “todos ganan”.

2.6 ANALIZAR EL ENTORNO, CONOCER OTRAS EXPERIENCIAS

Llegados a este punto es muy recomendable analizar el entorno, analizar la literatura especializada, otras experiencias. Qué han hecho otros, Qué resultó, Qué fracasó, En qué nos parecemos, en qué somos distintos.

Antes contestamos a la pregunta de quienes son nuestros clientes, cómo han evolucionado y hacia dónde van. Cuáles son sus expectativas y cómo han cambiado. Ahora debemos conocer cómo evolucionan productos y servicios. Qué hacen otros (¿la competencia?). Qué pasa en otros países del entorno. Qué han hecho organizaciones semejantes y con qué grado de éxito. Cuáles son mis fortalezas y las principales amenazas que se intuyen.

2.7 POSICIONARSE

Quiénes son líderes en nuestro sector y por qué. Cómo posicionar nuestra organización en el contexto del sector y cuánto tiempo necesitaremos para establecer esa imagen que deseamos en nuestros diferentes públicos.

Una clara y acertada visión de futuro es un valor en alza en cualquier Plan de Calidad. Adelantarse a posibles cambios en el sector sanitario supone, en la práctica, poner a nuestra organización en posición de ventaja competitiva y para nuestros potenciales clientes un valor añadido que a buen seguro agradecerán. Reflexionar sobre dónde y en qué podemos destacar, sobre los atributos relevantes para diferenciar nuestra organización, sobre lo que debemos lograr para “estar” cómodamente situados en nuestro sector, ayuda a formular y guiar el Plan de Calidad que, no lo olvidemos, responde a una decisión estratégica de la Dirección.

2.8 PLAN B

Es bueno que tengamos una primera valoración de posibles barreras en nuestra propia organización para nuestro Plan de Calidad. De tal modo que si algo falla, aplicaremos el Plan B. Normalmente hallaremos ciertas barreras que tienen como origen la resistencia natural ante cualquier cambio (siempre acarrea incertidumbre) y el temor a perder el control (que se entiende en términos de poder) sobre las tareas y, por tanto, sobre la organización.

Otras veces, los métodos de trabajo que se pretenden introducir se piensa que ocasionarán un mayor trabajo, se cree que representan una tarea adicional más, que no servirán para resolver los “verdaderos” problemas que tiene la organización y que, “eso del cliente” está muy bien pero que “qué pasa conmigo”.

La “manía” de evaluar que tienen “los de Calidad” es otra indudable barrera para aquellas organizaciones donde jamás nadie ha medido nada. El miedo escénico a

“salir mal en la foto” supone que, en ocasiones, se despierten ciertas resistencias. Ir poco a poco, asegurar que empezamos por aquello en lo que somos fuertes y que seguro limará resistencias es el consejo que con más seguridad debemos seguir.

2.9 ACOTAR LÍMITES

Con la definición de qué es Calidad en nuestro caso llega el momento de establecer el marco general de actuación: valores, compromiso, estructura para la gestión, calendario, reparto de funciones, método de evaluación y, claro, con qué presupuesto cuenta la organización para llevar adelante este Plan.

Es difícil que se parta de cero. Hay que averiguar dónde están los líderes naturales de la organización para quienes la Calidad es también un objetivo y con quienes compartir objetivos, metas y el atractivo de un proyecto innovador como este.

En cuanto a la velocidad a la que intuimos que debemos ir hay que ser conscientes de que normalmente siempre es mejor un desarrollo gradual. La recomendación más sensata aquí (insistiendo) es empezar por algo fácil, aquello donde casi está asegurado el éxito y, desde luego, empeñarse en ello. Las investigaciones realizadas hasta ahora, han puesto de manifiesto que, con ciertos matices según los sectores donde se trabaje, los clientes de las organizaciones del sector servicios valoran fundamentalmente las siguientes dimensiones o atributos de la Calidad:

- ✓ Tangibilidad, las personas nos fijamos en las condiciones físicas en las que se trabaja, en las que se prestan los servicios. Los edificios (tamaño, materiales y diseño), la apariencia de las instalaciones, de los equipos, el aspecto de las personas.

- ✓ Fiabilidad, o habilidad para realizar las tareas sin fallos. Información correcta, disponer de la historia clínica, horarios correctos, etc. se

corresponden con lo que los clientes esperan de centro sanitario orientado a la calidad.

- ✓ Capacidad de respuesta, o disposición para atender al cliente y prestarle un rápido servicio. Para ello es necesario incrementar la accesibilidad para que los clientes fácilmente contacten con nosotros. El nivel de exigencia se incrementa y cada vez más las esperas resultan engorrosas.
- ✓ Seguridad, los clientes tienen que confiar en las personas de la organización. Los productos y servicios que se prestan no deben entrañar riesgos y no pueden haber dudas sobre la bondad de los mismos.
- ✓ Empatía, el respeto y la cortesía hacia el cliente son básicos pero, comprender sus necesidades y esforzarse por atenderle representan la clave del éxito.

2.10 SISTEMA DE LA CALIDAD

A la estructura organizativa, procedimientos, procesos y recursos necesarios para implantar la gestión de la calidad en una organización, se le conoce como Sistema de la Calidad. Los objetivos fundamentales por los que se pone en marcha un Sistema de este tipo varían en función del tipo de organización, de su estructura, medios y de las metas que se persiguen.

El Sistema de la Calidad debe asegurar, en última instancia, que todos los productos y servicios que se facilitan cumplen con los requisitos especificados (calidad de diseño). Para ello, debe incorporar una serie de elementos que posibiliten esta función.

Habitualmente en el Sistema se da cabida al método de trabajo que vamos a implantar, a una descripción de cómo lo desplegaremos en el conjunto de la organización, qué documentación requerirá y cuáles serán sus "productos" (informes, registros, cuadros de mando, etc.).

Al referirnos a métodos de trabajo es habitual que hablemos de procesos (actividades que ejecutadas en forma concatenada añaden valor para el cliente). La idea es trabajar por procesos (horizontalmente) y no por Servicios (verticalmente). Ver la cadena que representa una prestación de servicio desde el punto de vista del cliente que lo recibe, y no desde la óptica de quien produce una parte de ese servicio, es un paso decisivo en toda organización que se orienta a la Calidad Total.

El "proceso" hace referencia a la forma de organizar, planificar, diseñar y prestar un determinado servicio. Se basa en la asunción de que es más probable obtener un buen resultado si aplicamos el conocimiento disponible y la tecnología en forma racional y planificada.

Por último, los "resultados" hacen referencia a los logros. Incluye diversos tipos de resultados tanto económicos como de lo esencial del producto educativo, el aprendizaje. Recordar que no solo se miden resultados desde el punto de vista de lo técnico. También es importante saber si el cliente queda satisfecho, el impacto en la sociedad y medir el resultado en términos de la satisfacción de los clientes internos (las personas de la organización).

ENTRADAS AL SISTEMA DE LA CALIDAD

- ✓ Información acerca de la visión de los diferentes públicos de los productos y servicios que ofrece la organización.
- ✓ Análisis de las Sugerencias y de las Reclamaciones recibidas.
- ✓ Datos de las encuestas de opinión a diferentes colectivos.
- ✓ Análisis de la información sobre indicadores clave de proceso y de resultado.
- ✓ Informes de áreas de mejora.

SALIDAS DEL SISTEMA DE LA CALIDAD

- ✓ Cuadros de mando.
- ✓ Informes trimestrales.
- ✓ Memoria Anual.
- ✓ Planes de Mejora.
- ✓ Propuesta de incentivos a la Calidad.

2.11 CALIDAD DE DISEÑO

Antes o después habrá que determinar las características que definen la calidad de cada servicio. Es esta una tarea que, habitualmente, tardaremos algo más de tiempo en acometer ya que requiere un mayor nivel de compromiso y que la cultura de la Calidad haya impregnado al conjunto de la organización.

Esta tarea requiere de la implicación de un gran número de personas. Es inútil fijar requerimientos desde fuera. Si no tenemos identificados los procesos, si no conocemos quienes son sus responsables (propietarios), es difícil que podamos fijar estos requerimientos.

No olvidemos que la gestión por procesos lleva aparejada que, al menos implícitamente, se defina el nivel de calidad aceptable del mismo y, constituye por tanto, un paso adelante, camino de nuestra meta.

Algún ejemplo de lo que entendemos por Calidad de Diseño podrían ser los siguientes:

- ✓ Que se confirme 48 horas antes un ingreso programado.
- ✓ Que el tiempo de espera para una consulta de neurología no supere 3 meses.
- ✓ Qué un 90% de las historias clínicas estén disponibles 24 horas antes de la consulta.
- ✓ Respuesta a la Sugerencia de un cliente en menos de 24 horas.

2.12 FOMENTAR CULTURA CALIDAD

Más que una fase concreta que hay que acometer en un momento dado, se trata de tomar conciencia de que es necesario planificar cuidadosamente lo que vamos a hacer para fomentar la cultura de la calidad en todos los niveles de la organización y durante la vigencia del Plan.

Seminarios, folletos, anuncios, página web, cursos monográficos, premios, cualquier medio es apropiado para difundir la cultura de la mejora continua. Aquí una buena recomendación es aproximar el lenguaje de la calidad al propio de la organización. Una dificultad con la que nos encontraremos habitualmente es que el lenguaje que empleamos aparezca lejano, distante del propio, y a partir de ahí se intuya que el tema es complejo y que merece esperar un tanto a ver que pasa.

Tengamos presente que el éxito del Plan de Calidad residirá en el número de personas de la organización, proveedores y clientes que se logre sumar al proyecto.

2.13 DOCUMENTEMOS LO QUE HACEMOS

Una vez que estamos en marcha (el ideal de tenerlo antes de empezar es solo eso, un ideal) precisamos disponer del documento clave. Debemos disponer de un Plan de Calidad escrito y aprobado por la Dirección. Un Plan de Calidad donde se recojan los objetivos, las acciones, los indicadores y los estándares de calidad que se pretenden lograr en un plazo determinado y que haga referencia a cómo vamos a comprobar su eficacia.

Antes mejor que después, habrá que afrontar la tarea de identificar los procesos clave, estratégicos y de soporte de la organización y de cada una de las unidades que la integran. Identificar a los propietarios de los procesos y definir, para cada caso, criterios, indicadores y estándares de calidad acordes a los objetivos del Plan de Calidad aprobado por la Dirección.

Toda esta información podrá aparecer en el documento. A modo de ejemplo indicamos algunos de los apartados que podría contener este documento:

- ✓ Definiciones
- ✓ Objetivos
- ✓ Responsabilidades
- ✓ Calendario
- ✓ Criterios
- ✓ Indicadores
- ✓ Estándares de calidad
- ✓ Estrategias de innovación
- ✓ Incentivos a la Calidad
- ✓ Fuentes de información
- ✓ Método de evaluación y revisión del Plan

2.14 REVISIÓN

Un aspecto que, a veces, queda relegado es la evaluación del propio Plan de Calidad y, sobre todo, cuándo y cómo procederemos para asegurarnos que nos es realmente útil. Dónde hay que introducir cambios o dónde es necesario replantearse lo inicialmente previsto.

La evaluación en Calidad se hace con una finalidad. Aprender, prevenir circunstancias futuras. La revisión que implica toda evaluación debe estar explícitamente manifestada por quienes llevan adelante el Plan de Calidad de la organización.

Determinar el grado de cumplimiento del calendario, especificar el número de estrategias implantadas pueden ser formas sencillas de evaluar si cumplimos con el Plan. Conocer si la implantación de este Plan responde a lo que esperábamos comparando los indicadores que obtenemos con los estándares que deseábamos es lo más acertado. Intentar relacionar las estrategias aplicadas con los resultados obtenidos es lo más apropiado para conocer si realmente unas son causa de los otros.

Definir la estrategia de evaluación en cada caso o, al menos, establecer la necesidad de realizar esta revisión no debe olvidarse en ningún Plan de Calidad.

3. GESTIÓN DE LA CALIDAD O CALIDAD EN LA GESTIÓN

El compromiso con la Calidad que nuestra organización manifieste y decida para sí misma constituye la razón de ser del Sistema de la Calidad que construyamos. A su vez, el Plan de Calidad que se diseñe irá orientado a poner en marcha el conjunto de actuaciones que pensamos facilitan la ruta hacia la Calidad Total. Establecerá el marco donde actuaremos y una guía de estrategias, actividades y recursos que aplicar durante un período concreto de tiempo.

Día a día se realizarán actuaciones que, englobadas bajo el paraguas de la Gestión de la Calidad, buscarán perfilar y conducir estrategias y actividades y, en definitiva, lograr los objetivos propuestos siguiendo ese Plan de Calidad.

En la literatura se utilizan diferentes expresiones que introducen un cierto nivel de confusión. Muchas veces no son más que formas diferentes de referirse a lo mismo. Sea cual sea el léxico que elijamos lo importante es que tengamos las ideas suficientemente claras. Y una idea que no debe escapárse nos es que gestionar la Calidad es un conjunto de actuaciones entre las que hallamos:

- ✓ Aplicar la política de Calidad
- ✓ Perseguir los objetivos propuestos
- ✓ Llevar a cabo acciones
- ✓ Organizar, coordinar, solucionar problemas
- ✓ Sensibilizar al personal
- ✓ Promover acciones correctoras
- ✓ Verificar la utilidad de las acciones emprendidas

En este contexto, la gestión de la calidad ha dejado de ser competencia exclusiva del Departamento de Calidad o de los gestores de la calidad. La responsabilidad es ahora compartida y, habitualmente, está expresamente citada en la misión de la organización por lo que, en la medida en que el despliegue del enfoque de

Calidad de la organización es el apropiado, la gestión de la calidad es compartida progresivamente por más personas y se traduce en formas de organización de los procesos más horizontal.

Desde esta óptica, el modelo EFQ, primero, y las nuevas normas ISO, en un segundo lugar, incorporan una perspectiva diferente del papel de la Calidad en las organizaciones, que afecta a sus límites, sus objetivos y sus resultados. En el caso del modelo EFQM es más evidente que la calidad ya no es revisar requerimiento de ciertos productos o definir la función de calidad de una línea de producción. Hoy día, aunque procesos y resultados siguen siendo importantes, no son éstos los únicos intereses y hoy se tiende a considerar, también, cómo se define, mantiene y revisa el "rumbo" de la organización, cómo se comunica, como se apuesta por líneas de futuro, cómo se implica y motiva al personal, cómo éste participa de los éxitos y de las ventajas, cómo se le escucha, cómo se delega y, fundamentalmente, cómo se lidera. El proceso de poner al cliente en el centro de las atenciones de la organización es el compromiso que se logra merced a una clara identificación de la misión, haciendo gala de valores aceptables por el entorno social, en el que busca integrarse plenamente, y gracias a, sobre todo, a un esfuerzo compartido.

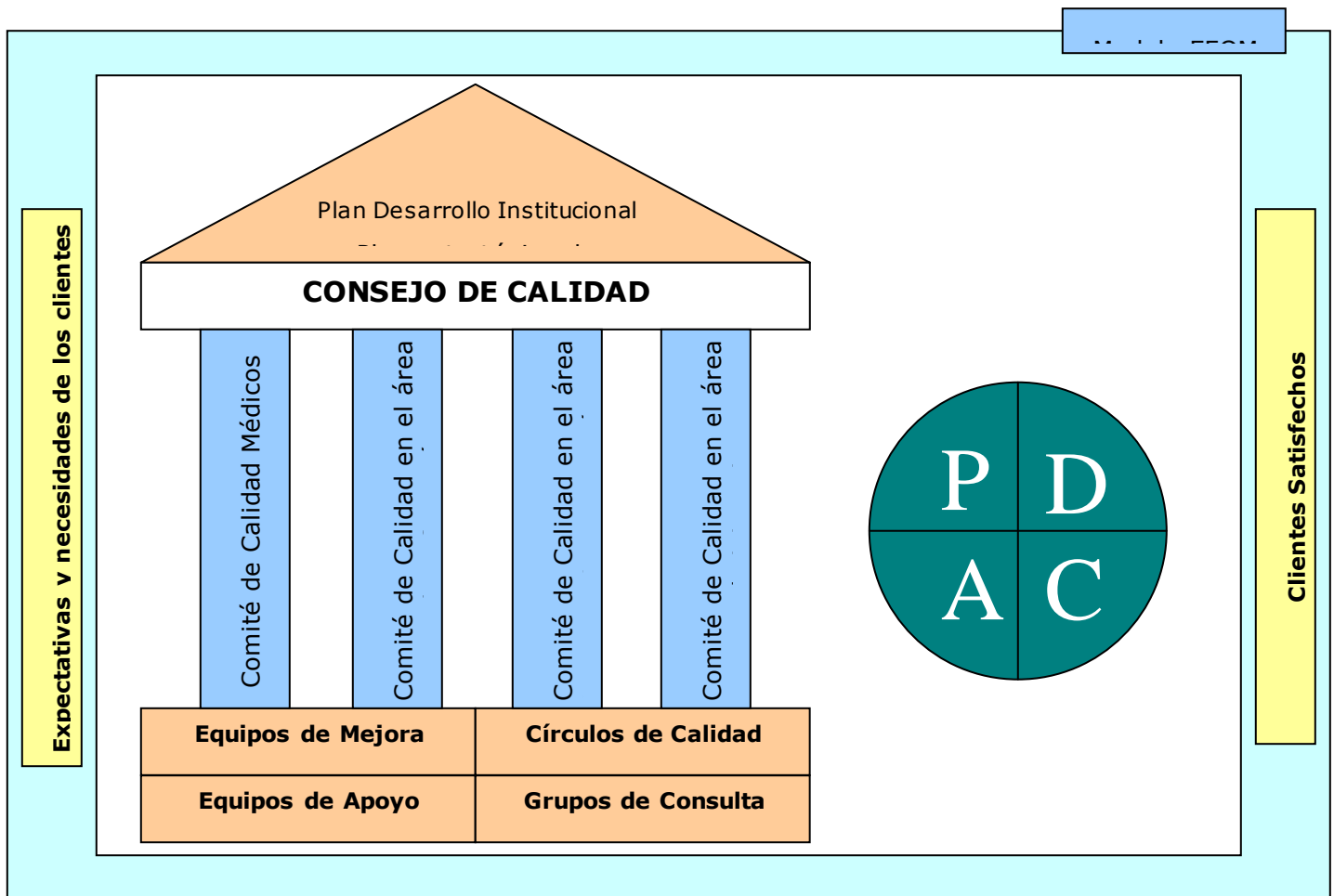
De la inspección pasamos al control, de éste a la garantía de calidad, la garantía se transformó en compromiso por la mejora continua y, hoy día, entendemos que la calidad es una opción estratégica, que lo que importa es cómo realmente el enfoque de la Calidad Total se despliega en el conjunto de la organización.

Hoy no podemos hablar de "Gestión de Calidad" sino, más bien, de "Calidad en la Gestión", con lo que nos queremos referir al conjunto de acciones que en el seno de las organizaciones se llevan a cabo para, entre todos, alcanzar un cierto nivel de excelencia, lograr entre todos organizaciones donde se trabaje a gusto, donde se fideliza al cliente porque es tratado y considerado como el patrimonio más importante de la organización.

H. ESTRUCTURA SISTEMA DE GESTIÓN PROPUESTO.

1. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.

La Estructura del sistema de Gestión de Calidad que se propone para el área de salud del ISSS es la siguiente:



En la estructura del Sistema de Gestión de Calidad, puede observarse que este se encuentra cimentado por la formación de Equipos de Mejora, Círculos de Calidad, Equipos de Apoyo y Grupos de Consulta. Los Pilares del Sistema son cuatro comités los cuales se encargan de la Mejora Continua de las áreas respectivas, así como de determinar áreas de mejora y dar seguimiento a la

aplicación de acciones correctivas y preventivas, todo esto bajo la supervisión y dirección del Consejo de Calidad del ISSS quien es el organismo que da los lineamientos y directrices en el área de calidad. El Consejo de Calidad busca el dar cumplimiento a lo estipulado en el Plan Estratégico Institucional, así como al Plan Estratégico de Calidad.

2. INTERRELACIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA DE CALIDAD.

El Consejo de Calidad tendrá la potestad de formar Comités de Calidad y equipos de mejora, círculos de calidad, equipos de apoyo o equipos de consulta para que apoyen su trabajo en pro de la mejora continua a nivel institucional (en el caso de la formación de los equipos antes mencionados, el seguimiento al trabajo podrá ser delegado a un comité de calidad).

Los Comités de Calidad formados deberán buscar áreas de mejora en sus respectivas áreas o bien el Consejo de Calidad podrá asignar áreas de mejora a los comités para que estos trabajen en desarrollar acciones de mejora. El presidente del Comité deberá reportar al Consejo de Calidad acerca de los proyectos, avances de trabajo y otros. Además podrá crear equipos de mejora, círculos de calidad, equipos de apoyo o equipos de consulta para que apoyen su trabajo en pro de la mejora continua a nivel institucional (*La formación de equipos de mejora, círculos de calidad o equipos de apoyo deberán ser reportados al Consejo de Calidad*²³). Los comités podrán interrelacionarse entre sí con la finalidad de apoyar el proceso de mejora continua (podrán formarse equipos de mejora, círculos de calidad o equipos de apoyo con personas de diferentes áreas). El miembro del Consejo que forme parte del Comité de Calidad deberá a retroalimentar al Consejo de Calidad sobre las actividades desarrolladas por dicho Comité.

²³ El Consejo de Calidad tiene la potestad de denegar la formación de un Equipo de Mejora, Circulo de Calidad o Equipo de Apoyo, cuando así se considere pertinente.

Equipos de mejora, círculos de calidad o equipos de apoyo: Serán nombrados por el Consejo de Calidad o bien por un Comité de Calidad, reportarán a la entidad que los nombre a través de su líder, o bien al Consejo de Calidad en caso sea requerido.

Grupos de Consulta: Son equipos temporales cuya función es retroalimentar sobre áreas de mejora, deficiencias en los procesos, establecimiento de mejoras, u otras actividades que se consideren relevantes al Sistema de Gestión de Calidad (SGC). Podrán ser formados por el Consejo de Calidad, Comités o a solicitud de un Circulo o Equipo de Mejora (siempre y cuando se haga a través de un Comité de Calidad) y reportaran a las entidades antes mencionadas.

3. RESPONSABILIDADES Y ALCANCES DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

TABLA H-1: Responsabilidades y alcances la estructura de calidad.

Consejo de calidad	El Consejo de Calidad será responsable de velar por la Mejora Continua de todo el centro de atención de salud, incluyendo los Centros Regionales (clínicas comunales), así como de verificar el correcto funcionamiento del SGC.
Comités de Calidad:	El Comité de Calidad será responsable de velar por la Mejora Continua, la detección de áreas de mejora e implantación de acciones correctivas y preventivas, del área respectiva en el centro de salud así los Centros Regionales, además deberán de reportar periódicamente sobre el trabajo desarrollado (por ellos y por los elementos que estén bajo su supervisión) a el Consejo de Calidad a través del líder del Comité o una persona designada por este. Los Comités podrán formar otros elementos del sistema para apoyarse en su gestión.
Equipos de mejora	Trabajar en las Áreas de Mejora o no conformidades asignadas y reportar periódicamente al la entidad que lo creó. Los equipos de mejora pueden tener como alcances procesos que involucren a una área o determinadas áreas dentro de la institución.

Círculos de Calidad	Trabajar en las Áreas de Mejora detectadas o no conformidades asignadas y reportar periódicamente a la entidad que lo creó. Trabajarán exclusivamente en su respectiva área de trabajo.
Equipos de apoyo	Serán responsables de apoyar actividades asociadas a fomentar y difundir el SGC. El alcance dependerá del proyecto asignado.
Grupos de Consulta	Dependerá del fin para el cual sean creados.

4. NUMERO DE PERSONAS QUE FORMAN ELEMENTOS DEL SISTEMA DE CALIDAD.

CONSEJO DE CALIDAD

8 personas incluyendo el Director General quien es el presidente del Consejo y el Coordinador de Calidad quien será el secretario. El Director y Coordinador serán vitalicios y solo rotarán en sus funciones los otros seis miembros restantes.

COMITÉS DE CALIDAD:

4 personas, de los cuales uno será la persona de mayor jerarquía dentro del área o proceso sobre el cual tendrá alcance dicho comité.

Al menos un miembro del Consejo deberá ser parte del Comité de Calidad.

EQUIPOS DE MEJORA – CÍRCULOS DE CALIDAD

5-6 personas como máximo.

EQUIPOS DE APOYO Y GRUPOS DE CONSULTA

Dependerá de los requerimientos de la actividad.

5. QUIENES FORMARAN LAS DIFERENTES ELEMENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD.

CONSEJO DE CALIDAD:

TABLA H-2: Elementos del Consejo de Calidad.

El Consejo de Calidad estará constituido por al menos un representante de las siguientes área:

- *Médicos.*
- *Enfermería*
- *Servicios de apoyo*
- *Administrativa.*

Además el Director General y el Coordinador de Calidad forman parte del Consejo de Calidad en forma automática.

Una de las combinaciones descritas en la parte inferior puede ser utilizada para seleccionar a los miembros de Consejo de Calidad. Los miembros del Consejo de Calidad serán seleccionados por el Director General del Centro de Salud, quien podrá solicitar a la Coordinación de Calidad o a otros miembros del Consejo propuestas de candidatos.

COMITES DE CALIDAD

Como se ha mencionado con anterioridad en el Sistema de Gestión de Calidad de se tendrán los siguientes comités:

- ✓ **Comité de Calidad en el Área de Médicos:** estará integrado de la siguiente manera:
 - Director del Área de Médicos

- Un miembro del Consejo de Calidad.
 - 2 Personas que trabajen en el área medica (2 jefes de área).
- ✓ **Comité de Calidad en el Área de Enfermería:** estará integrado de la siguiente manera:
- Jefe del área de Enfermeras
 - Un miembro del Consejo de Calidad.
 - 2 Personas que trabajen en el área de enfermería (2 jefes de área).
- ✓ **Comité de Calidad en el Área de Servicios de apoyo:** estará integrado de la siguiente manera:
- Jefe del área de Servicios de apoyo.
 - Un miembro del Consejo de Calidad.
 - Personas que trabajen en el área de servicios de apoyo o tecnicos (2 jefes de área).
- ✓ **Comité de Calidad en el Área Administrativa:** estará integrado de la siguiente manera:
- Director del Área Administrativa
 - Un miembro del Consejo de Calidad.
 - 2 Personas que trabajen en el área administrativa (2 jefes de área).

Para la formación de los Comités, que encargado del área²⁴ en la cual se formará el comité, presente candidatos al Consejo de Calidad y posteriormente los miembros electos, serán ratificados por el Consejo. El miembro del Consejo de Calidad que formará parte del comité, se definirá por afinidad con el área a en la cual se trabajará y será determinado por votación simple por el Consejo de Calidad.

²⁴ El Consejo de Calidad, puede seleccionar a los miembros que formen parte de un Comité determinado en caso de ser requerido.

El presidente del comité será elegido por votación interna y no necesariamente será la persona con mayor rango dentro del comité formado. El miembro del Consejo no podrá ser el líder del comité.

EQUIPOS DE MEJORA, CIRCULOS DE CALIDAD Y GRUPOS DE CONSULTA

TABLA H-3: Elementos del los equipo de mejora, círculos de calida y grupos de consulta.

Equipos de Mejora	<i>El número de personas que formen un Equipo de Mejora será de 5 a 6 y los integrantes deberán de ser personas que conozcan el proceso o área de mejora a tratar, los equipos son de carácter multidisciplinario por lo que se integran con personas de diferentes áreas. Los integrantes podrán ser determinados por un Comité de Calidad o bien por el Consejo de Calidad. En caso de ser determinados por un Comité de Calidad este deberá de notificar al Consejo de Calidad para que ratifique el equipo formado.</i>
Círculos de Calidad	<i>El número de personas que formen un Círculo de Calidad será de 5 a 6. Los Círculos estarán formados por personas de una misma área quienes conformaran el circulo para trabajar en áreas de mejora de dicha área. Los integrantes serán determinados por el jefe del área en el cual se formará el Circulo (el Comité de Calidad respectivo o el Consejo de Calidad, podrán proponer integrantes a dichos círculos). El Consejo de Calidad deberá ratificar la formación de Círculos de Calidad.</i>
Equipos de apoyo	<i>Son equipos que apoyaran las actividades de Calidad dentro de ITCA. La cantidad de miembros estará determinada por la naturaleza y el alcance de la actividad a desarrollar. Los miembros se determinaran por el Consejo de Calidad o cualquiera de los Comités de Calidad.</i>

	<i>El Consejo de Calidad deberá ratificar la formación de Equipos de Apoyo.</i>
Grupos de consulta	<i>Serán formados por el Consejo de Calidad, Comités de Calidad o a solicitud de un Equipo de Mejora o Círculo de Calidad siempre y cuando el Comité de Calidad del área en la cuál se va a trabajar lo autorice. Los miembros se determinaran acorde a propósito de la formación del grupo.</i>

6. PERIODOS DE REUNIONES PARA LOS DIFERENTES ELEMENTOS DEL SISTEMA DE CALIDAD

TABLA H-4: Periodos de reuniones de la estructura de calidad

Consejo de Calidad	<i>1 reunión por semana, salvo en casos excepcionales el presidente del Consejo podrá autorizar la realización de más de 1 reunión en una misma semana. En ausencia del Presidente del Consejo no se podrán realizar reuniones del Consejo.</i>
Comités de Calidad	<i>Una reunión cada 15 días, y ante situaciones eventuales se podrán establecer reuniones semanales (ejemplo al inicio de la fase de trabajo de los comités).</i>
Comité de Calidad de Educación Continúa	<i>Una reunión cada 15 días, y ante situaciones eventuales se podrán establecer reuniones semanales.</i>
Equipos de Mejora Círculos de Calidad y Equipos de Apoyo.	<i>Al menos una reunión por semana (podrán realizar más de una reunión por semana en las etapas que así lo ameriten).</i>
Grupos de Consulta	<i>Acorde al propósito para el cual fue formado, sin exceder 2 reuniones a la semana.</i>

I. ESTRUCTURA SISTEMA DE GESTIÓN PROPUESTO.

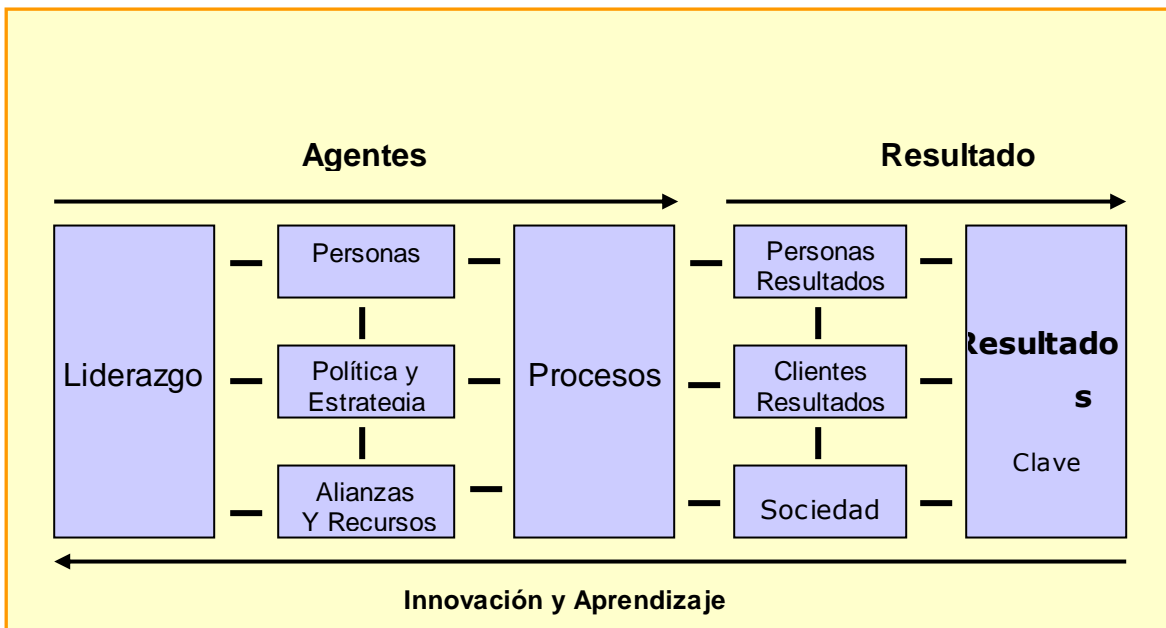
1. GUIA PARA AUTOEVALUACION DE CENTROS SANITARIOS UTILIZANDO COMO REFERENCIA EL MODELO DE AUTOEVALUACION DE LA EFQM

El modelo de Autoevaluación de la EFQM, utilizado por las empresas para evaluar la calidad de los sistemas de gestión, consta de 9 criterios de evaluación: 5 criterios agentes y 4 criterios de resultados, cada uno de los cuales consta a su vez de varios subcriterios. Los criterios agentes indican como debe actuar un Centro con un sistema de gestión de calidad total. Los criterios resultados reflejan lo que el Centro esta logrando. En abril de 1999 el modelo fue actualizado y rebautizado con el nombre de Modelo de Excelencia 2000 (Figura 1).

FIGURA I-1: Modelo EFQM

Tornado del "Modelo EFQM de Excelencia 1999". European Foundation for Quality Management (Bruselas) y Club Gestion de Calidad (Madrid) 1999."

MODELO DE EXCELENCIA 2000



Esta guía ha sido elaborada con el objeto de facilitar el uso del modelo y adaptarlo al Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Para ello se han efectuado tres tipos de modificaciones:

- Identificación en el ISSS de las áreas a abordar indicadas en cada criterio y subcriterio del modelo original.
- Simplificación del modelo mediante la fusión de algunos subcriterios, de modo que esta versión, si bien mantiene con los 9 criterios básicos del modelo, tiene un total de 23 subcriterios (9 menos que el original). Esto se ha conseguido en base a una redefinición y fusión de algunos subcriterios de los criterios agentes (Tabla I-1).
- Inclusión de "notas de apoyo" en criterios y subcriterios para facilitar su comprensión.

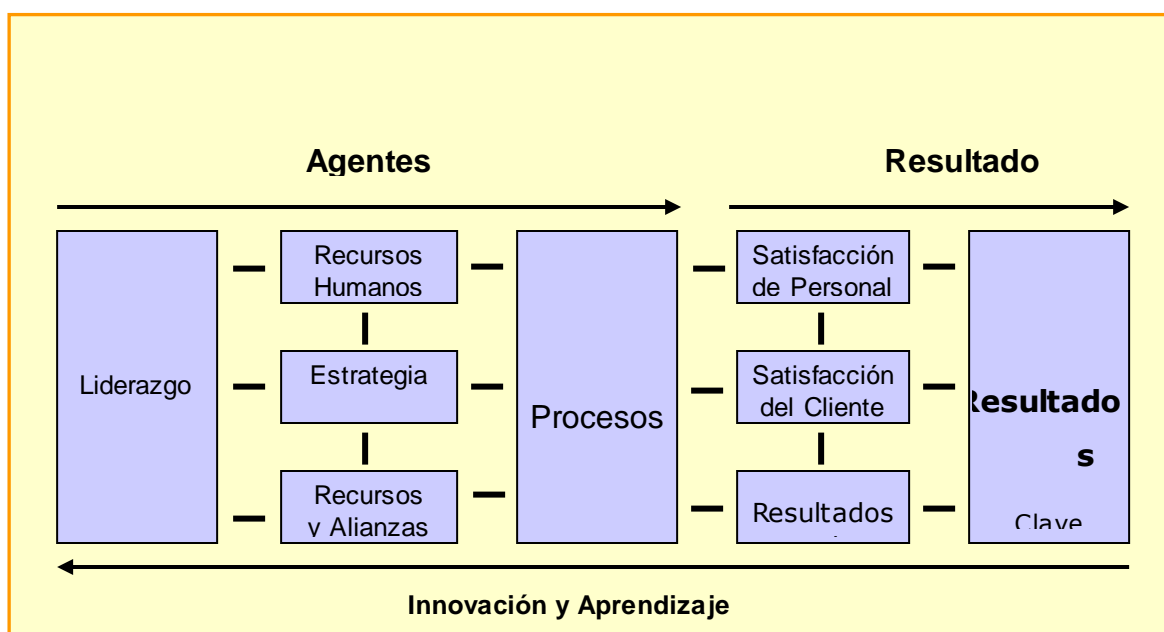
TABLA I-1: Equivalencia entre los subcriterios del modelo original y los del modelo adaptado.

Modelo original	Modelo adaptado	Modelo original	Modelo adaptado
1a, 1b	1a	5a, 5c, 5d	5a
1c	1b	5b	5b
1d	1c	5e	5c
2a,2b	2a	6a	6a
2c	2b	6b	6b
2d,2e	2c	7 ^a	7a
3a	3a	7b	7b
3b, 3c	3b	8a	8a
3d, 3e	3c	8b	8b
4a, 4b	4 ^a	9a	9a
4c	4b	9b	9b
4d, 4e	4c		

Este modelo es aplicable para efectuar la Autoevaluación del sistema de gestión, tanto de una organización en su conjunto (Hospital, Unidad Medica o Clínica Comunal), como de Unidades dentro de ella (Departamentos, Servicios, Clínica, etc.).

FIGURA I-2: Adaptación del Modelo Europeo de Excelencia al Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

ADAPTACION DEL MODELO DE EXCELENCIA AL ISSS



Los objetivos fundamentales del proceso de Autoevaluación son reflexionar en equipo sobre las actividades y resultados de un centro enfrentándose a un modelo de excelencia y elaborar a continuación planes para la mejora continua de la organización.

Tras completar el proceso de Autoevaluación, la organización deberá responder a las siguientes preguntas:

- ¿Que puntos fuertes hemos identificado que pueden mantenerse y aprovecharse al máximo?

- ¿Que puntos fuertes identificados todavía requieren mayor desarrollo?
- ¿Que áreas identificadas de mejora reconocemos y vemos como de máxima importancia abordar?
- ¿Que planes de mejora vamos a emprender?
- ¿Cómo vamos a supervisar los planes de mejora acordados?

El impacto de estos planes se observara en el siguiente proceso de Autoevaluación. De esta forma se garantiza la mejora continua de la organización y el camino hacia la excelencia.

Si bien la guía incluye las directrices de un sistema de puntuación, esto es optativo y secundario con relación a los objetivos marcados anteriormente.

Si una organización deseara solicitar una evaluación externa de entidades especializadas u optar a un premio de estas instituciones o de la propia EFQM, debe aplicar el modelo original, y confeccionar una memoria según los requisitos de estas entidades.

En cuanto al contenido concreto de la guía, si bien a lo largo de esta se indican una serie de áreas a abordar en cada subcriterio, este modelo no es prescriptivo, e intenta ser un marco para diferentes Unidades u hospitales, por lo que cada centro que lo utilice abordara de forma fundamentada las áreas que considere pertinentes, e incluirá además todas aquellas que considere adecuadas a los objetivos de su organización.

Al final de la guía se incluyen, a modo de orientación, unos impresos para la priorización de las áreas de mejora y la sistematización de los planes de mejora, procesos que como ya hemos mencionado constituyen el objetivo final de todo el proceso de Autoevaluación.

Es conveniente que, antes de rellenar los formularios de la Autoevaluación,

se lean con detenimiento, al menos dos veces, todas las instrucciones y aclaraciones contenidas en los siguientes apartados.

FORMA PRACTICA DE REALIZAR EL PROCESO DE AUTOEVALUACION

El método propuesto es lo que se conoce como enfoque "pro forma". El equipo de Autoevaluación tiene que complementar una serie de formularios, según la siguiente secuencia:

- **CRITERIOS AGENTES**

Para cada subcriterio se deben seguir los siguientes pasos:

1. Describir las evidencias referentes a las áreas a abordar mencionadas en el subcriterio.
2. Indicar los puntos fuertes.
3. Enumerar las áreas de mejora.
4. Rellenar la matriz de puntuación.
5. Asignar la puntuación total.

- **CRITERIOS RESULTADOS**

Para cada subcriterio se deben seguir los siguientes pasos:

1. Enumerar los indicadores seleccionados.
2. Indicar la importancia de los indicadores seleccionados.
3. Establecer la tendencia de dichos indicadores.
4. Compararlos con los objetivos establecidos.
5. Comparar los resultados de los indicadores con los de otras organizaciones.
6. Establecer si los resultados son consecuencia de los sistemas establecidos para los criterios agentes.

7. Rellenar la matriz de puntuación.
8. Asignar la puntuación total.

El documento completo debe ser preparado por el equipo de directivos y líderes de la unidad u hospital que se evalúa, pudiéndose distribuir sus componentes en equipos para la complementación de los diferentes criterios. En este caso se recomienda la realización de reuniones de consenso para la confección del documento definitivo y la adjudicación de la puntuación. Es conveniente que, tanto al inicio, en la planificación del proceso, como en la fase final de este, de consenso del documento definitivo, el centro que se auto-evalúe cuente con la colaboración de un asesor externo experto en el uso del modelo.

1.1 EVALUACION DE LOS AGENTES

Los Agentes son los aspectos sobre los cuales debe actuar el equipo directivo del centro para gestionarlo eficazmente (consultar tablas de evaluación). En los criterios Agentes del Modelo Adaptado se ha mantenido la denominación original de los mismos, excepto en el criterio 2 en que se ha eliminado la palabra "Política" por su significado en nuestro medio, ya que consideramos que el termino estrategia recoge ambos conceptos en castellano y en nuestro sector. De igual forma el criterio 3 del modelo adaptado se ha denominado "Recursos Humanos" porque se trata de un termino mas asimilado en nuestro ámbito. En el criterio 4, se ha invertido el orden de las palabras, por considerar que en nuestro medio en la actualidad tiene mas importancia la gestión de los recursos, aun teniendo presente la tendencia a buscar alianzas entre diferentes organizaciones tanto en nuestro medio como en el resto.

Por cada subcriterio existen dos páginas (que se adjuntan al documento). La primera pagina sirve para recoger las evidencias que afectan al subcriterio de que se trate. Estas evidencias se deben objetivar en la medida de lo posible. Por

ejemplo, si se esta evaluando el subcriterio 1 a.- Los lideres desarrollan la misión y valores de su centro/unidad, actúan de acuerdo con ellos y se implican personalmente en garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de su organización, para describir las evidencias se deben utilizar textos como:

- El Director del Centro puso en marcha un grupo de trabajo, coordinado por el, que elaboro la misión y valores del centro. Un año después se revisó por el mismo grupo el grado de adecuación de su contenido, en función de un análisis de los factores internos y externos del centro.
- Anualmente al Director establece al cronogramas y asigna responsabilidades para la elaboración del plan de gestión anual del centro a todos los directivos y mandos.
- En el último trimestre del año, el Comité de Dirección hace un balance de los resultados conseguidos por cada una de las áreas asistenciales del centro.

Las evidencias recogidas deben tener en cuenta los 3 aspectos básicos que se evalúan en la matriz de puntuación: enfoque, despliegue y evaluación/revisión. Cada uno de estos aspectos tiene relación con una de las fases del ciclo de mejora continua o PDCA. El enfoque se refiere a la planificación (P), la cual debe incluir no solo cómo se va a hacer la implantación, sino también el método de control. El despliegue es equivalente a la ejecución (D). Finalmente, la evaluación y revisión corresponden al control (C) y ajuste (A) del ciclo.

Así mismo en la parte superior de la segunda hoja de evaluación de cada subcriterio, existen 2 apartados destinados a los puntos fuertes de la organización y las áreas de mejora que se identifiquen.

FIGURA I-3: Concepto de Puntos fuertes y Áreas de Mejora.

Puntos fuertes

Aquellos aspectos que se hallan mejor desarrollados en la organización.

Áreas de mejora

Aquellos aspectos mejorables de la gestión de la organización.

Existen cinco criterios "Agentes" cada uno de los cuales se subdivide en tres subcriterios y estos a su vez en varias "áreas de atención". Estas áreas no son prescriptivas y una organización puede no actuar sobre alguna de ellas, si justifica las razones de su caso específico para que sea así. También es posible añadir otras áreas a las indicadas en el modelo.

EVIDENCIAS DE APLICACIÓN

Se refiere a la información presentada, la cual debe hacer referencia al enfoque, despliegue, evaluación y revisión del subcriterio que se este evaluando. Si bien existe en la guía un espacio destinado para su descripción, una organización puede necesitar hojas adicionales para numerar adecuadamente todas las evidencias relevantes.

Los siguientes términos se emplean en varios lugares en la Matriz de puntuación:

- Sin evidencia o anecdótica.
- Alguna evidencia.
- Evidencia.
- Evidencia clara.
- Evidencia total.

Afirmaciones "**anecdóticas**" son aquellas que carecen de hechos que las respalden. Por ejemplo "el Gerente esta comprometido con los valores de la calidad total".

Las palabras pudieran, por supuesto, expresar una situación real, pero no se dice cómo el director demuestra su compromiso y, por tanto, no podemos determinar si su enfoque está integrado con el resto de acciones de la organización, si el despliegue es sistemático, y si la efectividad de las acciones mejora a través de evaluaciones y revisiones regulares.

El término "**evidencia clara**" se refiere a situaciones en las que se proporciona información lo suficientemente descriptiva sobre cómo la organización enfoca el subcriterio acompañada con ejemplos de cómo este enfoque se lleva a la práctica.

Por ejemplo:

"El Director demuestra su compromiso con los valores de la gestión de calidad total de la siguiente forma:

- Presidiendo cuatrimestralmente el Comité de Mejora de la Calidad. En esta reunión se revisan los avances habidos en los proyectos en curso, se seleccionan nuevos proyectos que se añaden a los proyectos en curso y se acuerdan los objetivos para el siguiente mes. La reunión tiene habitualmente una duración entre dos y tres horas.
- efectúa la apertura y clausura de la reunión mensual de formación en técnicas de mejora continua a la cual se programa la asistencia de todos los empleados."

El término "**evidencia total**" indica que las evidencias son exhaustivas para los aspectos evaluados.

ENFOQUE SOLIDAMENTE FUNDAMENTADO

El evaluador debe emitir un juicio sobre si el método presentado representa una forma sólida de enfocar el subcriterio. Hemos de responder a las siguientes cuestiones:

¿Tiene una Lógica clara el planteamiento?

¿ Existen procesos bien definidos y desarrollados?

¿Hasta que punto son relevantes, es decir son tareas con valor añadido para todos los "grupos de interés" -proveedores, clientes, personal, sociedad, administración pública o accionistas en su caso- en la organización?

Supongamos, por ejemplo, que es el subcriterio 1 c el que estamos considerando. Se necesitan evidencias sobre el reconocimiento a las personas. Si la única contribución del equipo directivo fuese turnarse para entregar distinciones de reconocimiento una vez al trimestre, podría haber dudas acerca de la solidez de este método de involucración de los directivos en el proceso de reconocimiento.

Sin embargo, si un miembro del equipo directivo designado para esta tarea:

- Trabajase en el diseño de directrices de reconocimiento,
- Participase en la selección de aquellos a quienes se debe reconocer,
- Tomase parte en la revisión periódica del proceso de reconocimiento,
- Efectuase la presentación en el acto publico de reconocimiento,

Esto estaría mucho mas próximo a constituir un sólido enfoque de la involucración de los directivos y lideres en el reconocimiento.

ENFOQUE INTEGRADO

Esta expresión hace referencia a la coherencia de los planteamientos. Hemos de analizar si:

El enfoque esta relacionado con la estrategia, ¿es un elemento del despliegue de esta?

¿El enfoque adoptado tiene relación con otros enfoques de la organización?

DESPLIEGUE IMPLANTADO

El despliegue se refiere al grado hasta el cual el enfoque descrito se ha implantado. Al considerar el despliegue, el evaluador debe tener en cuenta:

- **Despliegue horizontal:** Si el enfoque ha sido implantado, por ejemplo, en todas las áreas de actividad, todas las sedes de la organización, y en todos los departamentos o unidades.
- **Despliegue vertical:** Si el enfoque ha sido implantado, por ejemplo, desde los directivos o mandos intermedios, hasta los niveles operativos de la organización.
- **Despliegue funcional:** Si el enfoque ha sido implantado en todos los servicios y procesos relevantes.

La expresión "1/4, 1/2, 3/4... de las áreas relevantes" se emplea en las afirmaciones descriptivas que aparecen en la parte de la matriz de puntuación referida al despliegue.

Esto es así porque algunos de los enfoques no deben necesariamente ser aplicados a todos los departamentos, sedes, procesos, etc... De aquí se deduce que el despliegue evidencia el grado hasta el cual la implantación se ha llevado a cabo en aquellas áreas para las cuales el enfoque es relevante.

DESPLIEGUE SISTEMATICO

Un despliegue sistemático implica un proceso o procedimiento correctamente escrito, documentado, gestionado y llevado a la práctica de forma repetida.

Hemos de respondernos a la siguiente pregunta:

¿Hasta que punto esta estructurado el despliegue o puesta en marcha del enfoque?

EVALUACION Y REVISION

La evaluación y revisión se refieren a la consideración regular de la efectividad del despliegue del enfoque descrito con la intención de iniciar su mejora.

La revisión regular incluirá normalmente el seguimiento de indicadores de resultado, mensuales, trimestrales, anuales o incluso en periodos mas amplios, dependiendo del tipo de proceso del que se trate.

La evaluación y revisión en esta matriz corresponden a las fases C y A del ciclo PDCA. Es la comprobación o cotejo de que se esta cumpliendo lo planificado y consiguiendo los objetivos previstos en la Planificación. La evaluación y revisión nacen, por lo tanto, en la P pues es en este momento cuando se debe establecer como se realizaran, fijándose los indicadores y objetivos, la frecuencia de recogida, etc...

Este proceso tiene 3 fases, las cuales deben ser evaluadas por separado:

- **Medición:** Hemos de preguntarnos si se mide regularmente la efectividad del enfoque, es decir si se han cumplido los objetivos, y si se ha efectuado el despliegue según lo previsto.
- **Aprendizaje:** Aquí hay que preguntarse si se llevan a cabo actividades de aprendizaje para el conocimiento de las mejores practicas en el enfoque analizado, y para identificar las oportunidades de mejora.

- Mejora: Hay que ver si el resultado de las dos actividades anteriores se analiza, se identifican áreas de mejora de la organización para ese subcriterio, se priorizan y se implantan acciones.

En definitiva, hay que contestar para cada una de estas tres fases a la cuestión:

¿Hasta que punto la cultura de revisión es anecdótica, o sea, no es sistemática ni aporta valor añadido, o existen evidencias de evaluaciones regulares y que aportan valor?

La revisión regular respecto a la efectividad operativa de la organización debe incluir una buena descripción de los indicadores utilizados, la frecuencia de toma de datos y los métodos de revisión. Debe, asimismo, describir que el enfoque que se este considerando se revisa con relación a su impacto global en el negocio. Esto puede significar que la organización mire a su alrededor y se compare con otras organizaciones o con las mejores organizaciones de su clase.

1.2 EVALUACION DE LOS RESULTADOS

Los resultados hacen referencia a los logros de la organización.

En el Modelo Adaptado se ha cambiado la denominación de algunos criterios para facilitar su comprensión, de tal forma que el criterio 6 se denomina "Satisfacción del Cliente", el 7 "Satisfacción del Personal" y el 9 "Resultados Clave". Por cada subcriterio existen dos paginas, la primera pagina incluye una relación de áreas cuyos indicadores se deberían evaluar. Como en el caso de los criterios agentes, el contenido no es prescriptivo pudiendo omitir algunos aspectos o añadir otros en función de las necesidades o peculiaridades de la organización.

En la parte inferior de la página o en una pagina adyacente, figura una tabla cuyas columnas sucesivas corresponden a los apartados que se desarrollan a continuación. (Consultar tablas I-6 y I-7).

Existe otra pagina para los puntos fuertes, las áreas de mejora y la matriz de puntuación. Esta se complementa, teniendo en cuenta para los resultados, la clasificación de los indicadores identificados, según los siguientes aspectos:

- Tendencias positivas y/o rendimiento bueno y sostenido.
- Objetivos alcanzados y apropiados.
- Comparaciones positivas con organizaciones externas, con la media del sector o la reconocida como "la mejor".
- Resultados que son consecuencia del enfoque.

INDICADORES EXISTENTES

Hay que colocar todos los indicadores relevantes que se utilizan, definiéndolos con mucha precisión. Por ejemplo:

- % pacientes intervenidos sin complicaciones.
- Nº de quejas recibidas al año.

y evitando expresiones vagas como:

- encuesta a clientes.
- uso de instalaciones.
- reclamaciones.

IMPORTANCIA

Al evaluar los resultados de la satisfacción del cliente, resultados en las personas, resultados en la sociedad, y resultados clave, se asume que la organización ha determinado cuales son los parámetros de particular importancia para "los clientes", "las personas", "la sociedad", y la organización en su

conjunto. Los centros deben dejar claro que comprenden la importancia relativa de los parámetros que presentan.

Hay que ponderar la importancia relativa de cada indicador en el contexto del subcriterio en que nos encontramos. Es recomendable hacerlo de una manera sencilla, clasificando los indicadores en tres niveles A, M, B.

FIGURA I-4: Ponderación relativa de los indicadores

<p>A = indicador de ALTA importancia M = indicador de MEDIA importancia B = indicador de BAJA importancia</p>

También podrán utilizarse métodos más sofisticados, como darles por ejemplo, una puntuación de 1 a 10. En los indicadores calificados con importancia "BAJA" se debe analizar si el esfuerzo necesario para obtenerlos merece la pena comparándolo con su utilidad a la hora de tomar decisiones en la organización.

TENDENCIA

Se debe valorar la tendencia del indicador. Si este se encuentra en un nivel muy elevado y es difícil mejorarlo, en lugar de la tendencia se valorará su rendimiento.

TABLA I-2: valoración de la tendencia del indicador

NO	Pondremos una Cruz en esta columna cuando no haya tendencias claras ó dispongamos de información de solo 1 año.
+	Pondremos aquí la cruz si la tendencia es positiva durante 1 ó 2 años.
+3	Si la tendencia es positiva durante 3 ó 4 años
++3	Si la tendencia es muy positiva durante 3 ó 4 años
++5	Si la tendencia es muy positiva durante 5 ó más años

En los criterios de resultados, las organizaciones deben proporcionar información en forma de tendencias de los datos a lo largo de varios años. Estas tendencias se referirán a los parámetros empleados para medir cada uno de los criterios de resultados. Es deseable adjuntar tablas y gráficos como soporte, con el suficiente texto explicativo para clarificar su significado.

Se considera una tendencia positiva aquella que muestra una mejora de año en año. La matriz habla de "tendencias positivas" y de "tendencias positivas fuertes".

Una tendencia positiva fuerte es aquella que muestra una mejora significativa en cada uno de los años en los que esta se presenta. Las expresiones "y/o buen rendimiento sostenido" y "y/o excelente rendimiento sostenido" han sido incluidas en el modelo reconociendo el hecho de que los resultados de algunas organizaciones respecto a determinados parámetros pueden ya ser buenos y, por lo tanto, lo mejor que estas organizaciones pueden hacer es continuar con este "excelente rendimiento sostenido".

Cuando se presentan parámetro que muestran un continuado "excelente rendimiento sostenido", la organización debe proporcionar información suficiente para dejar claro por que el rendimiento sostenido se considera excelente.

Teniendo en cuenta las diferentes situaciones del entorno, tendencias estables e incluso tendencias negativas pueden considerarse como rendimiento sostenido en algunas circunstancias.

OBJETIVOS PROPIOS

Se debe valorar en que grado se han alcanzado los objetivos propios que se habían trazado, teniendo en cuenta siempre que estos objetivos deben ser los adecuados a las posibilidades y demandas de la organización, es decir que no tiene valor la comparación con el objetivo cuando este no es el apropiado.

Para cada uno de los parámetros mostrados por la organización debe figurar especificado el objetivo interno con respecto al parámetro.

La comparación favorable con respecto a objetivos propios significa alcanzar o situarse muy cerca de los objetivos previamente señalados.

Se clasificara la situación de los indicadores como sigue:

TABLA I-3: Alcance de los objetivos

NO	Pondremos una Cruz en esta columna cuando no nos hubiésemos marcado un objetivo propio ó bien lo tuviésemos establecido pero no lo alcanzásemos.
FAV	Cuando hayamos llegado a cumplir favorablemente con el objetivo marcado
EXC	Cuando hayamos llegado a cumplir excelentemente con el objetivo marcado

COMPARACION EXTERNA

Se debe valorar en que situación se halla el centro frente a otros. La EFQM anima a las organizaciones a comparar sus resultados con organizaciones externas. Esta comparación puede realizarse con organizaciones específicas, con medias del sector o con organizaciones reconocidas como las mejores. Es evidente que tales datos no son muchas veces fácilmente accesibles y en algunas ocasiones son absolutamente inaccesibles. Cuando la organización proporciona buenas razones por las cuales le resulta imposible obtener datos comparativos externos, el evaluador debe ignorar este aspecto que se considerara como no aplicable.

Se clasificara la situación de los indicadores como sigue:

TABLA I-4: Comparación Externa

NO	Pondremos una Cruz en esta columna cuando no tengamos comparación externa o la tengamos pero la comparación no nos resulte favorable
FAV	Cuando nos comparemos favorablemente.
EXC	Cuando la comparación sea excelente, y seamos líderes

CAUSAS

Debemos valorar si existe una relación causa-efecto entre aquellos aspectos de los criterios agentes relacionados en el indicador y los resultados.

AMBITO DE APLICACION DE LOS RESULTADOS

El ámbito de aplicación de los resultados examina el grado de extensión de los resultados presentados y su relevancia.

Los factores principales que los evaluadores deben considerar cuando evalúan el ámbito de aplicación son:

- Si los resultados comprenden a todas las sedes o unidades de actividad dentro de los límites de la entidad que se evalúa.
- Si los resultados muestran alguna segmentación, si cubren bien los servicios o actividades relevantes para la entidad que se evalúa, los grupos de personal, o las sedes o unidades pertinentes.
- Si los resultados presentados cubren adecuadamente todos los aspectos del criterio, por ejemplo, si se trata de la percepción que tienen los pacientes y sus familiares/allegados de un servicio quirúrgico, los parámetros incluidos deben estar relacionados con:
 - la información recibida

- los tiempos de demora
- los resultados de la intervención
- las complicaciones
- el trato
- la hostelería.

Si hubiese indicadores relacionados con todos los aspectos mencionados garantizarían una mas alta puntuación en el Ámbito de aplicación que si únicamente se presentasen parámetros relativos a una o dos áreas.

En la matriz de puntuación, se mencionan los términos algunas, muchas y la mayoría de las áreas. Hacen referencia a las proporciones de Áreas con indicadores, seleccionadas para medir los resultados. Suponiendo que se mostrasen diez Áreas para medir los resultados en el cliente, se haría la siguiente interpretación:

FIGURA I-5: Proporciones de áreas con indicadores.

Algunas Áreas significaría:	1, 2 ó 3 Áreas
Muchas Áreas significaría:	4, 5 ó 6 Áreas
La mayoría de las Áreas significaría:	7 Áreas o mas

Se recomienda indicar en los puntos fuertes y las Áreas de mejora de los criterios de resultado, la situación del centro en cuanto al Ámbito de aplicación de los indicadores existentes.

1.3 ESQUEMA LÓGICO REDER

Si bien en la guía de Autoevaluación aparecen secuencialmente primero los Agentes, y luego los resultados, hay que insistir que la base lógica del modelo la constituye el que las organizaciones se centren primeramente en los resultados

obtenidos y en que trabajen los apropiados criterios de Agentes para mejorar los resultados.

Esto es lo que se conoce como "Esquema Lógico REDER" (en inglés RADAR) (Figura 3), o representación conceptual de la EFQM. Lo constituyen 4 elementos:

- Resultados.
- Enfoque.
- Despliegue.
- Evaluación y Revisión.

Siguiendo este esquema lógico, una organización excelente debe hacer lo siguiente:

1. Determinar los resultados que quiere lograr como parte del proceso de elaboración de su estrategia. Estos resultados hacen referencia tanto a aspectos económicos y financieros como operativos, y a las percepciones de todos los grupos de interés de la organización.
2. Planificar y desarrollar una serie de enfoques sólidos e integrados, que le puedan llevar a los resultados previstos.
3. Desplegar los enfoques de una manera sistemática para asegurar una implantación completa.
4. Evaluar y revisar los enfoques en base al análisis de resultados y a las actividades de aprendizaje, tras lo cual se identificarán prioridades y se planificarán e implantarán las mejoras necesarias.

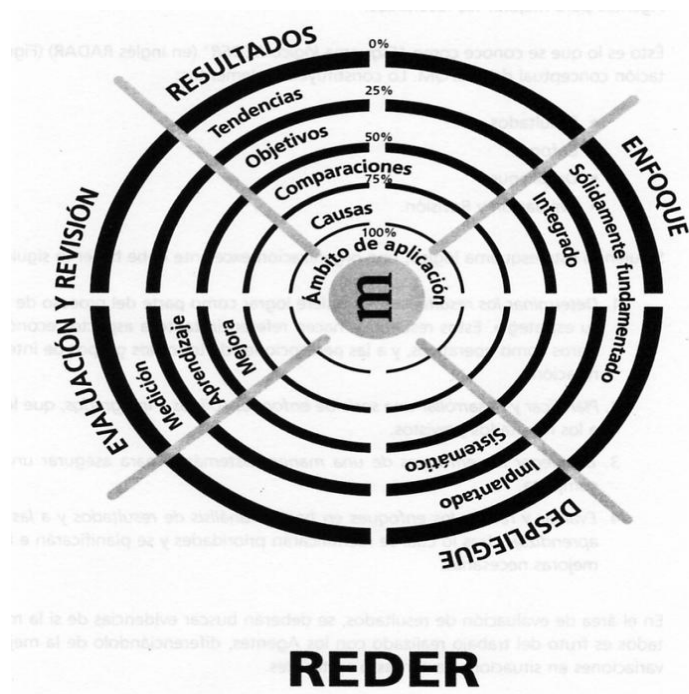
En el área de evaluación de resultados, se deberán buscar evidencias de si la mejora de los resultados es fruto del trabajo realizado con los Agentes, diferenciándolo de la mejora producida por variaciones en situaciones externas o sectoriales.

Se clasificara la situación de los indicadores como sigue:

TABLA I-5: Situación de los indicadores

N	Pondremos una cruz en esta columna cuando desconocemos la relación causa-efecto entre el enfoque adoptado y el resultado obtenido
S	Los resultados "si" son consecuencia del enfoque adoptado
C	Los resultados son "clara" consecuencia del enfoque adoptado

FIGURA I-6: Esquema Lógico REDER



1.4 MATRIZ DE PUNTUACION DE CRITERIOS AGENTES.

TABLA I-6: Matriz de Puntuación de Criterios agentes.

Enfoque	Solidamente Fundamentado: - El enfoque tiene una lógica clara - Existen procesos bien definidos y desarrollados - El enfoque se centra en las necesidades de los grupos de interés	Sin evidencia o anecdótica	Alguna evidencia	Evidencia	Evidencia clara	Evidencia total																
	Integrado: - El enfoque apoya la Estrategia - El enfoque está vinculado a otros enfoques, según sea apropiado	Sin evidencia o anecdótica	Alguna evidencia	Evidencia	Evidencia clara	Evidencia total																
PUNTUACIÓN ENFOQUE		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
Despliegue	Implantado: - El enfoque esta implantado	Sin evidencia o anecdótica	Implantado aproximadam. en 1/4 de las áreas relevante	Implantado aproximadam. en 1/2 de las áreas relevante	Implantado aproximadam. en 3/4 de las áreas relevante	Implantado en todas las áreas relevantes																
	Sistemático: - El enfoque está desplegado de manera estructurada	Sin evidencia o anecdótica	Alguna evidencia	Evidencia	Evidencia clara	Evidencia total																
PUNTUACIÓN DESPLIEGUE		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
Evaluación y Revisión	Medición: - Se mide regularmente la efectividad del enfoque; el despliegue se lleva a cabo.	Sin evidencia o anecdótica	Alguna evidencia	Evidencia	Evidencia clara	Evidencia total																
	Aprendizaje: - Las actividades de aprendizaje se utilizan para identificar y compartir mejores practicas y oportunidades de mejora.	Sin evidencia o anecdótica	Alguna evidencia	Evidencia	Evidencia clara	Evidencia total																
	Mejora: - El resultado de las mediciones y del aprendizaje se analiza y utiliza para identificar, establecer prioridades, planificar e implantar mejoras.	Sin evidencia o anecdótica	Alguna evidencia	Evidencia	Evidencia clara	Evidencia total																
PUNTUACIÓN EVALUACIÓN Y REVISIÓN		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
VALORACIÓN TOTAL		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100

1.5 MATRIZ DE INDICADORES DE CRITERIOS RESULTADOS

TABLA I-7: Matriz de Indicadores de criterios resultados

Indicadores existentes	I	Tendencia					Objetivos			Comparaciones				Causas		
	M	NO	+	+3	++3	++5	NO	FAV	EXC	NO	SI	FAV	EXC	N	S	C
	P.	0	25	50	75	100	0	25-75	100	0	25	50-75	100	0	25-75	100

1.6 MATRIZ DE PUNTUACION DE CRITERIOS RESULTADOS

TABLA I-8: Matriz de Puntuación de Criterios resultados.

Resultados	Tendencias: - El enfoque tiene una lógica clara - Existen procesos bien definidos y desarrollados - El enfoque se centra en las necesidades de los grupos de interés	Sin resultados o con información anecdótica	Tendencias positivas y/o rendimiento satisfactorio en algunos resultados	Tendencias positivas y/o buen rendimiento sostenido, en muchos resultados y al menos en los últimos 3 años	Tendencias positivas fuertes y/o excelente rendimiento sostenido, en la mayoría de los resultados y al menos en los últimos 3 años	Tendencias positivas fuertes y/o excelente rendimiento sostenido, en la mayoría de los resultados y al menos en los últimos 5 años																
	Objetivos: - Los objetivos se alcanzan - Los objetivos son apropiados	Sin resultados o con información anecdótica	Favorables y apropiados en algunas áreas	Favorables y apropiados en muchas áreas	Favorables y apropiados en la mayoría de las áreas	Excelentes y apropiados en la mayoría de las áreas																
	Comparaciones: - Se realizan comparaciones con organizaciones externas y los resultados son buenos comparados con las medias del sector o con el reconocido como el mejor	Sin resultados o con información anecdótica	Existen comparaciones en algunas áreas	Comparaciones favorables en algunas áreas	Comparaciones favorables en muchas áreas	Comparaciones excelentes en la mayoría de las áreas y es "el mejor" en muchas áreas																
	Causas: - Los resultados son consecuencia del enfoque	Sin resultados o con información anecdótica	Algunos resultados son consecuencia del enfoque	Muchos resultados son consecuencia del enfoque	La mayoría de los resultados son consecuencia del enfoque	Todos los resultados son consecuencia del enfoque. La organización mantendrá la posición de líder																
PUNTUACIÓN RESULTADOS		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
	Ámbito de aplicación: - Los resultados abarcan las áreas relevantes	Sin resultados o con información anecdótica	Se abarcan algunas áreas relevantes	Se abarcan muchas áreas relevantes	Se abarcan la mayoría de las áreas relevantes	Se abarcan todas las áreas relevantes																
	PUNTUACIÓN ÁMBITO DE APLICACIÓN		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95
VALORACIÓN TOTAL		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100

1.7 SISTEMA DE PUNTUACION

La matriz de puntuación que aparece en los distintos criterios de la figura, es el método utilizado para puntuar a las empresas que se presentan al Premio Europeo de la Calidad.

Los centros que se evalúan pueden utilizarla tanto para seguir su propia evolución en el tiempo en sucesivos procesos de autoevaluación como para compararse con otros centros con la finalidad de hacer "benchmarking" (comparación con los resultados de los mejores y/o con las mejores prácticas conocidas), aunque como se ha rediseñado, exige un alto conocimiento del modelo y preferiblemente la ayuda de un evaluador externo cualificado.

Cada uno de los criterios tiene un peso específico, asignado por los autores del modelo ya en 1991, tras un largo proceso de consultas a empresas de toda Europa. La puntuación máxima total es 1,000 puntos.

Todos los subcriterios de los criterios agentes del modelo original tienen el mismo peso dentro de su criterio. Así lo hemos mantenido en esta guía, en el que cada criterio agente tiene tres subcriterios.

En cuanto a los subcriterios de los resultados, la puntuación no se distribuye equitativamente en los criterios Resultados en Clientes, Resultados en Personas y Resultados en la Sociedad. En los dos primeros, el primer subcriterio, que mide las percepciones en ambos, supone el 75% de la puntuación, el segundo subcriterio que mide los indicadores de rendimiento supone únicamente el 25% restante. Esta relación se invierte en el criterio Resultados en la Sociedad, el primero de los subcriterios recibe el 25% de la puntuación y el segundo el 75% restante.

El peso de los subcriterios del criterio Resultados Clave se distribuye equitativamente entre ambos, un 50% para cada uno.

Para asignar la puntuación a cada uno de los subcriterios hay que tener en cuenta todos los elementos y atributos de las matrices de puntuación. En función del nivel alcanzado en cada uno de los atributos, se otorga la puntuación total de cada subcriterio, la cual habitualmente suele ser la media aritmética de los atributos, si bien no es estrictamente necesario en caso de observar una gran dispersión en el nivel conseguido para cada atributo.

Conviene tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Si en algún caso se ha puntuado 0% a uno de los atributos, la puntuación global del subcriterio será 0%.
- Si uno de los atributos está cercano al 0%, en lugar de obtener la media se puede dar una puntuación global inferior a ella.
- Si existe mucha discrepancia entre los atributos se puede dar una puntuación diferente a la media.
- Se puede interpolar entre los niveles 0%, 25%, 50%, 75% y 100%, si se considera que el centro está en una situación intermedia.

Durante la reunión de consenso el equipo al completo debe decidir cuál es la mejor forma de puntuar las distintas situaciones que se producen y basar la puntuación consensuada en el sistema acordado.

Finalmente se llevan todas las puntuaciones a la Hoja Resumen (Ver numeral 1.8) y se realizan cuidadosamente las operaciones en ella indicadas hasta obtener el TOTAL DE PUNTOS de la organización.

1.8 HOJA RESUMEN DE PUNTUACIONES

FECHA: _____

REALIZADO POR: _____ ORGANIZACION: _____

Criterio 1 LIDERAZGO	1 a			
	1 b			
	1c			
Suma Total			+ 3 = x	x1,0 =
Criterio 2 POLITICA Y ESTRATEGIA	2a			
	2b			
	2c			
Suma Total			+ 3 = x	x 0,8 =
Criterio 3 RECURSOS HUMANOS	3a			
	3b			
	3c			
Suma Total			+ 3 =	x0,9=
Criterio 4 RECURSOS	4a			
	4b			
	4c			
Suma Total			+ 3 =	x0,9=
Criterio 5 PROCESOS	5a			
	5b			
	5c			
Suma Total			+ 3 =	x 1,4=
Criterio 6 SATISFACCION DEL CLIENTE	6a		x 0,75=	
	6b		x0,25 =	
Suma Total				x2,0=
Criterio 7 SATISFACCON DEL PERSONAL	7a		x 0,75 =	
	7b		x 0,25 =	
Suma Total				x 0,9 =
Criterio 8 IMPACTO EN LA SOCIEDAD	8a		x 0,25 =	
	8b		x 0,75 =	
Suma Total				x 0,6 =
Criterio 9 RESULTADOS CLAVE	9a		x 0,50 =	
	9b		x 0,50 =	
Suma Total				x 1,5 =
			PUNTUACION FINAL =	

1.9 ELABORACION DE PLANES DE MEJORA

Una vez terminada la Autoevaluación hay que proceder a las siguientes fases, sin las cuales todo el proceso carece de sentido:

1. Identificación de los puntos fuertes que es necesario consolidar y mantener
2. Priorización de las áreas de mejora.
3. Despliegue de planes de acción para intervenir en las áreas escogidas.

Habitualmente con el uso de este modelo se identifican entre 60 y 80 áreas de mejora, por lo que, ante la imposibilidad de abordarlas todas, es necesario que sean priorizadas.

Al final de la introducción se incorporan unos formularios que pueden servir de ayuda para realizar este proceso, sin olvidar que los planes de mejora deberán tener asignados objetivos, indicadores, responsables y un cronograma. De esta forma en las sucesivas auto evaluaciones del centro se podrá poner de manifiesto el impacto de los planes de mejora en el análisis de los resultados y los agentes de la organización.

1.10 AREAS DE MEJORA PRIORIZADAS

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

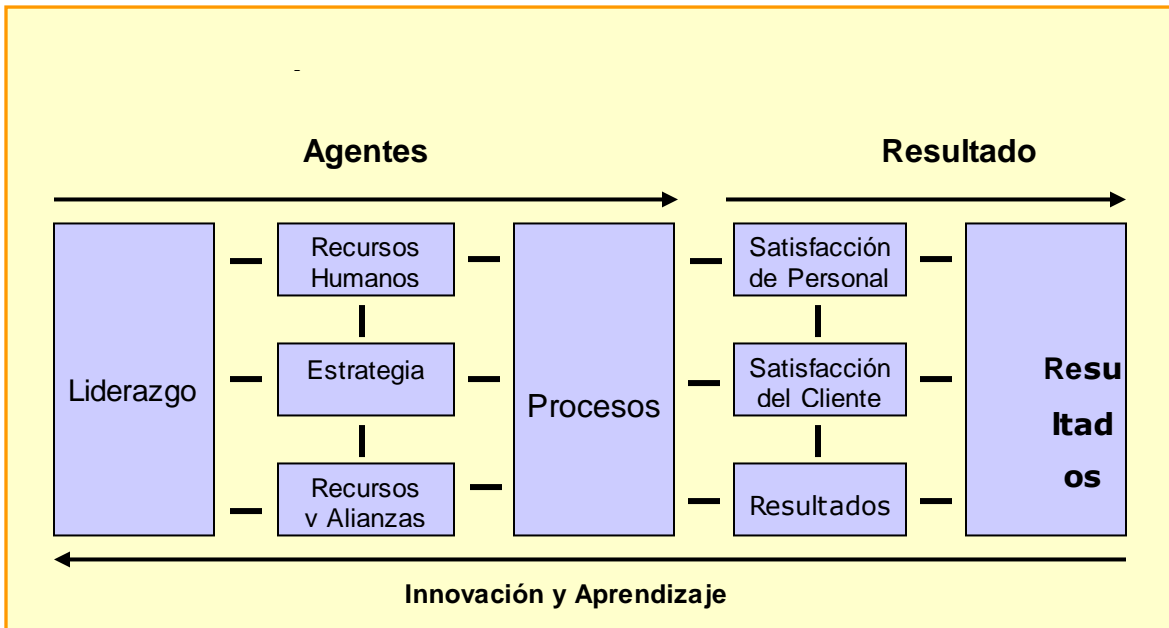
(*) Su numero variara según el tipo y tamaño de la organización. Para cada una de ellas se elaboraran planes de mejora. En la pagina siguiente se presenta como ejemplo un modelo para el desarrollo de los planes de mejora

1.11 PLANES DE MEJORA (TABLA 7)

AREA DE MEJORA:

	PLANES	OBJETIVO/INDICADORES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA
1				
2				
3				

2. MODELO ADAPTADO.



2.1 CRITERIO 1: LIDERAZGO

Definición: Como los directivos y mandos intermedios desarrollan y facilitan la consecución de la misión, desarrollan los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo e implantan todo ello en la organización mediante las acciones y los comportamientos adecuados, implicándose personalmente para conseguir que el sistema de gestión de la organización se desarrolle e implante.

Consideraciones clave para el Sector Público

- La Autoevaluación debe centrarse en el papel de los directivos y mandos intermedios, dentro del marco definido por las directrices de la Administración Pública. El modelo no persigue la evaluación de la calidad de las orientaciones políticas sino evaluar la eficacia y la eficiencia en la gestión del centro.
- Un elemento clave es el compromiso visible de los líderes y mandos en

la definición y apoyo de metas orientadas al cliente, alineadas con los objetivos de la Administración. Es necesario que los líderes muestren un claro entendimiento de quiénes son sus diferentes clientes, cuáles son sus requerimientos, a veces discrepantes, y cómo éstos deben ser compaginados demostrando un claro compromiso tanto con los empleados y los clientes como con la Administración Pública.

NOTAS DE APOYO

Directivos y mandos intermedios (Líderes): todo aquel que tiene a su cargo personal o un puesto de responsabilidad dentro de la organización (equipo directivo, jefe de área, departamento, servicio, instituto, unidad o sección, y mandos en general, tanto asistencial como no asistencial).

Misión: Se define como la finalidad o razón de ser de la organización. No es tanto *¿cual es nuestra actividad o función?*, sino *¿por que existe nuestra actividad o función?*, *¿qué propósito justifica la existencia continuada de nuestra organización?*

Visión: Se entiende como la declaración que describe el tipo de organización deseada con vistas al futuro (por ejemplo: "conseguimos la plena satisfacción de los clientes anticipándonos a sus necesidades y sobrepasando sus expectativas", "la comunidad esta orgullosa de nuestra presencia y la sociedad valora nuestra contribución").

Valores: Aquellos elementos que conforman la conducta básica de las personas de la organización y lo que se espera de ellas. Son, por tanto, la base de toda la gestión de la organización (por ejemplo: confianza, ayuda, sinceridad, innovación tecnológica, liderazgo, orientación al cliente, rentabilidad, etc.).

SUBCRITERIO 1a

Los directivos y mandos intermedios desarrollan la misión y valores de su centro/unidad, actúan de acuerdo con ellos, y se implican personalmente en garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de su organización.

En este subcriterio se puede incluir que hacen los directivos y mandos para:

- Desarrollar la misión, visión y valores, actuando como modelo de referencia con su ejemplo y asegurar que se implanta un proceso de desarrollo, despliegue y actualización de la estrategia
- Implicarse activa y personalmente en actividades de mejora, estableciendo prioridades y traduciendo las propuestas en realidades
- Estimular y apoyar la asunción de responsabilidades ("empowerment") de los trabajadores y la creatividad e innovación
- Asegurar que se desarrolla e implanta un sistema de gestión de procesos
- Asegurar que se desarrolla e implanta un proceso para medir, revisar y mejorar los resultados clave

NOTAS DE APOYO

- La *Gestión de procesos* es una metodología que permite organizar, visualizar, analizar y mejorar los flujos de trabajo de una organización. Aporta las herramientas necesarias para diseñar los procesos de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizando la actuación y la transferencia de información de todo el equipo que participa en el mismo (facultativos, enfermería, personal no asistencial, etc.), garantizando eficiencia, efectividad y calidad del servicio.

- Despliegue es el grado de implantación de una actividad en la organización. Puede ser vertical, a través de todos los niveles de la organización, y horizontal, para todos las áreas y actividades.
- El termino ingles "empowerment" hace referencia a cómo se faculta al personal, para asumir responsabilidades y tomar decisiones en su área, ofreciéndoles la formación necesaria en su caso.
- Conviene recordar que a través de este subcriterio una organización comprometida con la mejora continua, debe ser capaz de comprobar como las propuestas de mejora se Llevan a la práctica.

SUBCRITERIO 1a

TABLA I-9: Evidencias de Aplicación.

EVIDENCIAS DE APLICACION
ENFOQUE
DESPLIEGUE
EVALUACIÓN Y REVISIÓN

SUBCRITERIO 1a

Ver TABLA I-6: Matriz de Puntuación de Criterios agentes.

SUBCRITERIO 1b

Los directivos y mandos intermedios de la organización se implican personalmente con clientes, partners y representantes de la sociedad en actividades de mejora conjunta.

Las áreas a evaluar deben explorar como los directivos y mandos intermedios establecen alianzas y consiguen que tanto los profesionales del centro como ellos mismos se involucren en actividades de mejora conjunta con:

- Clientes: pacientes, familiares, departamentos de sanidad, compradores de servicios, consumidores, ciudadanos y asociaciones de usuarios, etc.
- Proveedores: de farmacia, material sanitario, tecnología, voluntariado, etc.
- Otras organizaciones externas: asociaciones profesionales y científicas, colegios, otros centros sanitarios y servicios, representantes de la sociedad, etc.

NOTAS DE APOYO

- Entendemos por "partners" aquellos individuos o grupos con los que el centro u organización tiene establecido algún tipo de alianza (ejemplo: proveedores, otras instituciones, etc.).
- Hay que insistir en que lo que valora este subcriterio es la implicación personal en estas actividades de directivos y líderes.
- Las actividades conjuntas mencionadas en este subcriterio deben estar

orientadas a satisfacer, comprender y dar respuesta a las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés de la organización, entendiendo como tal a todos aquellos que tienen interés en sus actividades y logros (clientes, "partners", personal, administración pública, propietarios, etc.).

- Este subcriterio también hace referencia al reconocimiento a individuos o equipos de los grupos de interés por su contribución a los resultados de la organización.
- De igual forma, se debe resaltar si los miembros de la organización participan en asociaciones profesionales, conferencias, etc. para difundir la cultura de la calidad total y excelencia.
- Por último es importante si la organización participa en actividades encaminadas a la mejora del medio ambiente y al desarrollo de la sociedad.

SUBCRITERIO 1b

Ver TABLA I-9: Evidencias de Aplicación

SUBCRITERIO 1b

Ver TABLA I-6: Matriz de Puntuación de Criterios agentes.

SUBCRITERIO 1c

Definición: Los líderes de la organización motivan, apoyan y reconocen a las personas que trabajan en ella.

En este subcriterio se puede incluir que hacen los líderes para:

- Comunicar personalmente la misión, valorar objetivos, resultados de la organización a las personas que lo integran

- Ser accesibles, escuchar y responder activamente a las personas que desarrollan su trabajo en el centro/servicio/unidad
- Estimular y apoyar a las personas de la organización para hacer realidad sus planes, objetivos y metas, aportando formación y destinando los recursos necesarios (económicos, tiempo, apoyo metodológico, etc.)
- Reconocer oportuna y adecuadamente a las personas y equipos que se esfuerzan en mejorar, en todos los niveles de la organización

NOTAS DE APOYO

Conviene recordar que en función del oportuno y adecuado reconocimiento al trabajo de las personas se consigue lo mejor de cada una de ellas.

SUBCRITERIO 1b

Ver TABLA I-9: Evidencias de Aplicación

SUBCRITERIO 1b

Ver TABLA I-6: Matriz de Puntuación de Criterios agentes.

2.2 CRITERIO 2: ESTRATEGIA

Definición: Cómo implanta la organización su misión mediante una estrategia claramente centrada en todos los grupos de interés y apoyada por planes, objetivos y procesos relevantes.

Consideraciones clave para el Sector Público

- La estrategia considerar la cultura interna, la estructura y las actividades a corto y largo plazo teniendo en cuenta las prioridades, el rumbo que sigue la organización y las necesidades de todos los grupos de interés, incluyendo aquí las directrices establecidas por la Administración

Publica.

- La estrategia debe reflejar los principios de gestión de calidad total de la organización y el modo de alcanzar sus objetivos a través de estos principios. Las organizaciones deben definir su estrategia, incluidos sus planes y procesos, mostrando cómo se adecuan, como un todo coherente, desde las directrices que establecen los planes de salud y los planes estratégicos de los organismos a los que pertenecen a sus circunstancias particulares.

Los principios de calidad total que deben ser considerados son:

- orientación al cliente
- orientación hacia resultados
- liderazgo y constancia en objetivos
- gestión por procesos y hechos
- desarrollo e implicación de las personas
- aprendizaje, innovación y mejora continua
- desarrollo de alianzas
- responsabilidad social

NOTAS DE APOYO

Antes de dar inicio real al funcionamiento de una empresa, o cuando se decide reorientar la que ya existía, es conveniente establecer un plan estratégico. Se utiliza para dar la orientación de la organización en un periodo de tiempo, de forma que suele estar formado por un conjunto de decisiones de gestión que se centran en lo que hará la empresa para alcanzar el éxito y la forma en que lo hará. Sirve asimismo, para establecer un marco que sirva de guía, para evaluar las acciones y los logros de la organización, tanto en el ámbito interno como externo.

SUBCRITERIO 2a

La estrategia se fundamenta en información relevante sobre: expectativas actuales y futuras de los grupos de usuarios/clientes, así como de los trabajadores del centro, medidas de rendimiento, investigación, aprendizaje y creatividad de la organización comparándose con las mejores.

En este subcriterio se **podría** incluir qué hace el centro/servicio/unidad para conocer y prever:

- Las características sociodemográficas y las necesidades de salud de la población de su área de influencia, y las oportunidades actuales y futuras.
- Las expectativas, opiniones y sugerencias de los usuarios/clientes, profesionales y grupos de interés.
- Los avances científicos y tecnológicos del sector sanitario, incluidas las actividades de la competencia y el impacto de las nuevas tecnologías.
- Los indicadores económicos y de rendimiento.
- Los indicadores de otras organizaciones consideradas como las mejores
- La normativa y la legislación en temas medioambientales y sociales

NOTAS DE APOYO

- El término grupos de interés (en inglés "stakeholders") hace referencia a las personas físicas o jurídicas, internas (empleados, accionistas, directores, etc.) o externas (financiadores, proveedores, asociaciones científicas, corporaciones locales, ONGs, asociaciones de consumidores y usuarios, grupos de presión, etc.) a la organización empresarial, que pueden influir en la misma de una u otra manera, dependiendo de sus expectativas.
- En la gestión empresarial "tener en cuenta a los grupos de interés"

supone elaborar información válida para todos ellos, que recoja sus diferentes intereses. En la práctica presenta dificultades porque cada grupo puede tener necesidades y expectativas diferentes en relación con las actividades y logros de las organizaciones sanitarias, por lo que a veces es difícil encontrar un punto de equilibrio en el que converjan los diferentes grupos. Sin embargo han de realizar un esfuerzo por tener presentes a todos.

- El centro debería utilizar los informes elaborados por [as agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, la información suministrada por la mejor evidencia científica clínica disponible (MBE), informes adecuadamente documentados, etc. en la toma de decisiones.

SUBCRITERIO 2a

Ver TABLA I-9: Evidencias de Aplicación

SUBCRITERIO 2a

Ver TABLA I-6: Matriz de Puntuación de Criterios agentes.

SUBCRITERIO 2b

Definición: Desarrollo, revisión y actualización de la estrategia.

Las áreas a abordar *podrían* incluir *cómo* el centro/servicio/unidad:

- Desarrolla la estrategia de manera coherente con la misión, los valores, las necesidades y expectativas de los distintos grupos de interés, alineándola con la de su organización, y la del Servicio de Salud.
- Elabora el plan estratégico a partir de información relevante, con carácter participativo y con un adecuado nivel de comunicación e integración de su personal.

- Desarrolla escenarios alternativos e identifica factores críticos de éxito
- Evalúa y revisa la relevancia y efectividad de su estrategia periódicamente

NOTAS DE APOYO

- La misión y los valores deben de aparecer de forma explícita en el plan estratégico, así como ser conocidos y compartidos por todos los profesionales, pacientes y por la comunidad.
- La estrategia de la organización deberá estar orientada hacia los resultados para sus clientes, liderando e implicando a los profesionales que la integran, y fomentando la mejora continua.
- Los principios de la gestión de calidad total son: orientación al cliente, orientación hacia resultados, liderazgo y constancia en objetivos, gestión por procesos y hechos, desarrollo e implicación de las personas, aprendizaje, innovación y mejora continua, desarrollo de alianzas y responsabilidad social.
- En síntesis, este subcriterio se refiere a la elaboración y redacción del plan estratégico, contando con información relevante sobre las expectativas de los diferentes grupos de interés y teniendo en cuenta el corto y el largo plazo.

SUBCRITERIO 2b

Ver TABLA I-9: Evidencias de Aplicación

SUBCRITERIO 2b

Ver TABLA I-6: Matriz de Puntuación de Criterios agentes.

SUBCRITERIO 2c

Definición: Despliegue de la estrategia mediante un esquema de procesos clave y comunicación e implantación de la misma.

Las áreas a abordar **podrían** incluir **cómo** el centro/servicio/unidad:

- Elabora un "mapa de procesos" que permita identificar los procesos clave (los que mayor impacto presentan sobre los resultados y los clientes) y asigna claramente los responsables de cada proceso.
- Despliega la estrategia, materializándola en objetivos y acciones concretas
- Desarrolla un plan de comunicación de la estrategia para todos los niveles de la organización y evalúa su efectividad.
- Evalúa y mejora de forma periódica la efectividad del esquema de procesos clave de la organización

NOTAS DE APOYO

- En este subcriterio se debe evaluar el despliegue del pacto de objetivos con servicios y unidades y con sus profesionales, teniendo en cuenta el plan de gestión anual que cada año concreta objetivos y acciones.
- El mapa de procesos de la organización es una representación de las actividades que se desarrollan en la misma y de las interrelaciones entre éstas y con el exterior, en función de la misión, objetivos, entradas (input) y salidas/servicios (output) de la organización. Descendiendo en el nivel de análisis, se llega a los diagramas o esquemas de los procesos, que visualizan el modo en que las personas desempeñan su trabajo para conseguir los objetivos propuestos. Estos esquemas incluyen las tareas y actividades a realizar, de forma secuencial, con un principio y un final, dependiendo del ámbito de cada proceso.
- Para seleccionar sus procesos clave, la organización debe tener en cuenta sus prioridades estratégicas. En general los procesos clave

suelen ser los que tienen en un momento dado un mayor impacto sobre la satisfacción de los clientes y los resultados de la organización. La responsabilidad de su gestión recae en general directamente sobre el equipo directivo.

- Para que las personas participen en la gestión de los procesos, deben conocer los objetivos a alcanzar y las acciones a realizar. Así mismo ha de poder asignarse la responsabilidad del cumplimiento de la misión del proceso a una persona, a la que se suele denominar "responsable del proceso".

SUBCRITERIO 2c

Ver TABLA I-9: Evidencias de Aplicación

SUBCRITERIO 2c

Ver TABLA I-6: Matriz de Puntuación de Criterios agentes.

2.3 CRITERIO 3. RECURSOS HUMANOS

Definición: Cómo gestiona, desarrolla y aprovecha la organización el conocimiento y todo el potencial de las personas que la componen, tanto a escala individual, como de equipos o de la organización en su conjunto; y cómo planifica estas actividades en apoyo de su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.

Consideraciones clave para el Sector Público

El hecho de que muchos centros del Sector Público cuenten con restricciones que provienen de la Administración, ya sea central, local o de ambas, en la gestión del personal, conlleva que estas organizaciones puedan

únicamente operar dentro de unos límites predefinidos. Cuando sea apropiado, deben mostrar cómo tratan de lograr la ampliación de sus atribuciones en beneficio de la organización y de sus miembros.

NOTAS DE APOYO

Como recursos humanos de la organización se entiende a todos los trabajadores que ofrecen, directa o indirectamente, un servicio a los clientes (tanto de la propia empresa como de otras subcontratadas). La organización debe conseguir que todos ellos puedan alcanzar su pleno potencial en la realización de sus tareas. La organización debe conseguir que las personas quieran actuar, sepan cómo hacerlo y tengan autorización para ello (concepto de "empowerment").

El **conocimiento** es la información que posee valor para la organización. El capital intelectual de una empresa comienza a considerarse como parte del capital de la misma.

SUBCRITERIO 3a

Cómo el centro/servicio/unidad planifica los recursos humanos, gestiona su adecuación a las necesidades y los mejora.

Las áreas a abordar *podrían* incluir **cómo** el centro/servicio/unidad desarrolla:

- Un método para la planificación del personal, coherente con la estrategia
- Un sistema para llevar a cabo la selección (contratación) del personal, con criterios de transparencia y equidad (este método viene marcado por la normativa existente).

- Un método establecido de promoción, traslados y movilidad del personal
- Se revisa la efectividad de ese método basándose en la satisfacción del personal y en la evaluación del desempeño

NOTAS DE APOYO

- Este subcriterio analiza la existencia o no de una sistemática (planificada, con un responsable claro, de forma periódica, etc.) de planificación de plantillas y la coherencia de la misma con el plan estratégico.
- Se aborda el mecanismo de selección (con las limitaciones que imponen en el ámbito público las ofertas publicas de empleo y las normativas de contratación de personal interino y eventual).
- Otros mecanismos importantes para mejorar la adecuación y la satisfacción del personal son los traslados/movilidad del personal y la promoción.
- La efectividad de la planificación de plantillas se revisará con relación a como influye sobre los dos aspectos esenciales de cualquier medida de gestión de los recursos humanos: la satisfacción de los trabajadores (mediante encuestas u otros métodos bien diseñados, validados y realizados periódicamente) y el desempeño o rendimiento en el trabajo. Así mismo, deberá comprobarse cómo se introducen mejoras en la gestión del personal y se corrigen las desviaciones.
- Las empresas deben garantizar la imparcialidad y la legalidad en todo lo relacionado con el empleo.

SUBCRITERIO 3a

Ver TABLA I-9: Evidencias de Aplicación

SUBCRITERIO 3a

Ver TABLA I-6: Matriz de Puntuación de Criterios agentes.

SUBCRITERIO 3b

Cómo el centro/servicio/unidad desarrolla y mantiene el conocimiento y la capacidad de su personal, y promueve la implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas, facultándolas para ello.

Las áreas a abordar *podrían* incluir *cómo* el centro/servicio/unidad tiene:

- Un plan de formación y desarrollo profesional que permite garantizar el mantenimiento y mejora de la competencia técnica a través de la formación y mejora de la capacitación profesional.
- Un método establecido para evaluar el desempeño del personal
- Una sistemática establecida de delegación y transferencia de autonomía a los profesionales facultándolas para la toma de decisiones y la consecución de resultados
- Utiliza metodologías organizativas innovadoras para mejorar la forma de trabajar y fomentar el trabajo en equipo

NOTAS DE APOYO

- Este subcriterio trata de analizar aspectos de la gestión de recursos humanos que inciden, de forma complementaria con los sistemas mencionados en el subcriterio 3a, en adecuar las competencias y

habilidades del personal con las necesidades de los puestos de trabajo, servicios o unidades.

- El plan de formación y desarrollo profesional debe estar desarrollado, de tal forma que solucione las carencias individuales, capacitando a las personas para desarrollar mejor su trabajo.
- Se debe resaltar la importancia instrumental que para hacer efectiva la adecuación, tienen la evaluación del desempeño (nos informará sobre si existe una verdadera adecuación, medida a través de indicadores de resultado).
- La delegación o transferencia de autonomía a los profesionales, capacitándoles y facultándoles para que la ejerzan adecuadamente, constituye el concepto anglosajón de "*empowerment*".

SUBCRITERIO 3b

Ver TABLA I-9: Evidencias de Aplicación

SUBCRITERIO 3b

Ver TABLA I-6: Matriz de Puntuación de Criterios agentes.

SUBCRITERIO 3c

Existencia de una comunicación entre las personas y la organización, así como de un sistema de reconocimiento y atención a estas.

Las áreas a abordar *podrían* incluir *cómo* el centro/servicio/unidad tiene:

- Un sistema planificado para definir las necesidades de comunicación al personal, así como los métodos de comunicación ascendente, descendente y lateral. Se revisa periódicamente la efectividad de este sistema y se mejora/actualiza.

- Una sistemática para acceder y compartir las mejores prácticas y el conocimiento dentro de la organización
- Un sistema de reconocimiento planificado para apoyar la implicación del personal, el cual se revisa y mejora.
- Fomenta la concienciación e implicación del personal en temas de higiene, seguridad y medio ambiente.
- Establece sistemas de beneficios sociales (pensiones, ayudas, etc.) y otros beneficios para los empleados (por ejemplo transporte, flexibilidad horaria, actividades culturales, etc.)

NOTAS DE APOYO

- Aunque alguno de los aspectos evaluados en el subcriterio 3b inciden también de forma notoria en la satisfacción del empleado (promoción, delegación o búsqueda de su implicación a través de la transferencia de autonomía), el subcriterio 3c aborda aquellos aspectos que de forma más clara influyen en la satisfacción de los empleados.
- En este sentido, se incluyen los métodos de reconocimiento, la implicación del personal en actividades de mejora, así como la filosofía y metodología de comunicación con los trabajadores. Otras medidas incluidas en el subcriterio como los beneficios para los empleados inciden también positivamente en la satisfacción de éstos.
- No debe olvidarse que los responsables deben establecer canales de comunicación con el personal que trabaja con ellos.

SUBCRITERIO 3c

Ver TABLA I-9: Evidencias de Aplicación

SUBCRITERIO 3c

Ver TABLA I-6: Matriz de Puntuación de Criterios agentes.

2.4 CRITERIO 4. RECURSOS Y ALIANZAS

Definición: Cómo planifica y gestiona la organización sus alianzas externas y sus recursos internos en apoyo de su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.

Consideraciones clave para el Sector Público

Las organizaciones que pertenecen a la Administración Pública suelen estar sujetas a mayores restricciones y legislación que las organizaciones del sector privado, a las que se deben adecuar al gestionar sus recursos. Asimismo hay que tener en cuenta que la capacidad de las organizaciones de la Administración Pública para generar recursos adicionales puede estar limitada al igual que también puede estarlo su libertad para asignar o reasignar sus fondos a aquellos servicios que desea proporcionar. Dentro del grado de autonomía de decisión de cada organización, debe evaluarse cómo se gestionan los recursos para servir de apoyo a la estrategia de la misma.

SUBCRITERIO 4a

Gestión de las alianzas externas y de los recursos económicos y financieros.

Las áreas a abordar *podrían* incluir *cómo* el centro/servicio/unidad:

- Identifica "partners" clave y oportunidades de establecer alianzas estratégicas, asegurando que la cultura de la organización con la que establece alianza es compatible
- Desarrolla estrategias comunes con los "partners" para maximizar su valor añadido, colaborando en la formación y en la mejora de los procesos, apoyando el desarrollo mutuo

- Gestiona los recursos económicos y financieros en apoyo de, la estrategia.
- Evalúa sus inversiones en función de su efectividad
- Gestiona los riesgos de los recursos económicos y financieros

NOTAS DE APOYO

- Pueden ser considerados como "partners" los siguientes: hospitales del entorno, socios, hospitales de media y larga estancia, universidad, colaboradores en docencia, investigación y formación, proveedores, suministradores de servicios, clientes, etc...
- En las estrategias con los partners se pueden tener en cuenta los siguientes aspectos:

Estrategias con proveedores:

- a) de bienes: las adquisiciones se hacen con el objetivo de conseguir una permanencia de gamas de productos en el tiempo, a precios adecuados para ambas partes, de forma que los desarrollos de nuevos productos sean rápidamente estudiados en el centro.
- b) suministradores de servicios: la contratación se lleva a cabo bajo criterios de integración organizativa, de forma que todos los empleados están actuando bajo el paraguas de la misión del centro.

Estrategias con clientes:

- la estrategia es incorporar las necesidades de los clientes a la cadena de valor del centro.

Estrategias con otras entidades sanitarias:

- se pueden consensuar la oferta y la demanda de servicios, tanto en cantidad como en requisitos de calidad.

En resumen, las estrategias se elaboran bajo criterios de beneficio mutuo, en los que las propias relaciones entre las organizaciones generen valores sinérgicos positivos.

SUBCRITERIO 4a

Ver TABLA I-9: Evidencias de Aplicación

SUBCRITERIO 4a

Ver TABLA I-6: Matriz de Puntuación de Criterios agentes.

SUBCRITERIO 4b

Gestión de los edificios, instalaciones, equipos y materiales.

Las áreas a abordar **podrían** incluir **cómo** el centro/servicio/unidad:

- Optimiza los inventarios de material
- Racionaliza sus consumos
- Gestiona y optimiza la utilización de sus activos (quirófanos, instalaciones, aparataje, etc.)
- Gestiona el mantenimiento preventivo y el use de activos para mejorar el rendimiento total de su ciclo de vida
- Gestiona la seguridad de sus activos
- Tiene un plan de gestión de residuos y conserva los recursos globales no renovables
- Reduce cualquier impacto global adverso de sus productos y servicios en su comunidad y empleados (incluida higiene y seguridad) y desarrollo del plan de prevención de riesgos laborales

NOTAS DE APOYO

- La optimización del use de activos es un área fundamental en este subcriterio. El sistema establecido deberá contar con indicadores adecuados para monitorizar su utilización, por ejemplo, indicadores de rendimiento de quirófanos, instalaciones, etc.
- La gestión de residuos, el impacto medioambiental y la higiene y seguridad en el trabajo, deberán estar adaptados a la normativa existente de ámbito local, autonómico y estatal, en su caso.

- Se ha de tener en cuenta el desarrollo en la organización de la normativa de prevención de riesgos laborales: elaboración del mapa de riesgos, etc.
- Otro aspecto a contemplar es el aspecto cuidado de las instalaciones.

SUBCRITERIO 4b

Ver TABLA I-9: Evidencias de Aplicación

SUBCRITERIO 4b

Ver TABLA I-6: Matriz de Puntuación de Criterios agentes.

SUBCRITERIO 4c

Gestión de la tecnología y de los sistemas de información, conocimiento y de la propiedad intelectual.

Las áreas a abordar *podrían* incluir *cómo* el centro/servicio/unidad:

- Identifica, evalúa su coste-efectividad e introduce las tecnologías alternativas emergentes a la luz de la estrategia y de su impacto en los usuarios/clientes
- Gestiona la información y el conocimiento para apoyar la estrategia, capacitando a su personal para su utilización
- Cada estamento del personal tiene acceso a la información necesaria para que la gestión y la actividad están basadas en información real
- Garantiza la adecuada cumplimentación y gestión de la historia clínica
- Garantiza, revisa y mejora la validez, integridad y seguridad del sistema

de información

- Facilita el acceso a información de fuentes externas (bases de datos de información y documentales, encuestas de satisfacción, etc.) para la toma de decisiones
- Potencia y protege la propiedad intelectual, creando un clima de innovación en la organización y aprovechando el conocimiento del personal

NOTAS DE APOYO

- El sistema de información de las organizaciones de asistencia sanitaria constituye uno de los puntos críticos a evaluar. Hemos de cerciorarnos de que el centro tiene información real, la utiliza, la difunde a los usuarios, la usa para compararse con centros similares y la protege.
- Gestión del conocimiento: algunos expertos consideran el conocimiento como el principal recurso productivo en la nueva economía. Se puede definir como la síntesis de información que nos llega a través de las diferentes fuentes, incluidas las experiencias acumulables. El conocimiento es pues la información que posee valor para la organización. El capital intelectual de una empresa comienza a considerarse como parte del capital de la misma.
- Las fuentes de capital intelectual están en:
 - El trabajador, en función del valor potencial que pueda tener para la empresa su conocimiento
 - La estructura, que permite que ese conocimiento sea recogido y comunicado a toda la organización, y
 - El cliente, que con el tiempo ha ido cobrando cada vez más importancia.

SUBCRITERIO 4c

Ver TABLA I-9: Evidencias de Aplicación

SUBCRITERIO 4c

Ver TABLA I-6: Matriz de Puntuación de Criterios agentes.

2.5 CRITERIO 5: PROCESOS

Definición: Cómo diseña, gestiona y mejora la organización sus procesos para apoyar su estrategia y para satisfacer plenamente, generando cada vez mayor valor, a sus clientes y otros grupos de interés.

Se entiende por Proceso toda secuencia de actividades que añaden valor a un producto o varias entradas para producir una salida deseada. En cualquier organización, existe una red de procesos que precisan gestionarse y mejorarse. Entre los procesos están aquellos que son críticos o claves para el éxito estratégico de la organización y la obtención de sus resultados. Estos procesos, que deben ser identificados, normalmente traspasan los límites funcionales y departamentales y requieren especial atención. Se suele establecer un propietario del proceso, con responsabilidad sobre el mismo, que se ocupe de su gestión y mejora, coordinando a las partes implicadas.

NOTAS DE APOYO

Una de las clasificaciones mas extendidas para la gestión de procesos es la siguiente:

Procesos operativos: los que guardan relación directa con los clientes, por lo que tienen un gran impacto sobre la satisfacción de éstos, por ejemplo:

- proceso asistencial sanitario (atención en hospitalización médica y quirúrgica, atención en urgencias, atención ambulatoria, etc.)
- docencia e investigación

Además hay otra serie de procesos que se pueden clasificar en las categorías de:

Procesos de gestión o estratégicos: los que guían a la organización hacia la obtención de alta calidad en los servicios que presta a sus clientes, por ejemplo:

- Elaboración y desarrollo del plan estratégico
- Investigación sobre las necesidades de los clientes tanto internos como externos y evaluación de su nivel de satisfacción
- Desarrollo y evaluación del personal - marketing
- Benchmarking
- Autoevaluación del centro, según el Modelo EFQM

Procesos de soporte o apoyo: aquellos procesos que interrelacionan con los procesos operativos, para conseguir mejorar sus objetivos, por ejemplo:

- gestión de pacientes (admisión, listas de espera, programación quirúrgica, traslados, etc.)
- mantenimiento
- hostelería
- gestión económico-financiera

La gestión de procesos es una metodología que permite visualizar, analizar y mejorar los flujos de trabajo de una organización. Aporta las herramientas necesarias para diseñar el proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizando la actuación y la transferencia de información de todo el equipo que participa en el mismo (facultativos, enfermería, personal no asistencial, etc.), garantizando eficiencia, efectividad y calidad del servicio.

La valoración de las necesidades, expectativas y satisfacción de los

usuarios es un aspecto clave en la gestión de procesos para medir, por un lado, el éxito del servicio, y, por otro, permite obtener la información necesaria para adaptar los procesos a las demandas de los clientes (nuevas especificaciones) en un proceso continuo de mejora.

La existencia de un mapa de procesos de la organización se evalúa en el subcriterio 2c.

SUBCRITERIO 5a

Diseño y gestión sistemática de los procesos, basándose en las necesidades y expectativas de los clientes.

Las áreas a abordar *podrían* incluir **cómo** el centro/servicio/unidad:

- utiliza una metodología adecuada y participativa para definir y estabilizar sus procesos (reducir su variabilidad)
- resuelve los problemas de coordinación entre servicio/unidades, con clientes externos y con proveedores, para facilitar la gestión efectiva de los procesos, respondiendo a criterios de continuidad asistencial
- comprueba la estabilidad de los procesos en relación con los indicadores de eficiencia y satisfacción del cliente
- aplica a la gestión de procesos sistemas estandarizados en aquellos ámbitos en que estos sistemas se adecuen al sector sanitario, por ejemplo, normativa ISO 9000, sistemas de gestión medioambiental o gestión de riesgos laborales, etc.

NOTAS DE APOYO

- Siguiendo las directrices de una de las metodologías más utilizadas para gestionar procesos, un proceso debería incluir la definición de los siguientes aspectos:
 - Responsable del proceso.
 - Límites del proceso.
 - Expectativas de los clientes del proceso.
 - Secuencia de actividades (Flujograma).
 - Características de calidad de las actividades del proceso.
 - Indicadores para evaluar el proceso (de eficiencia y satisfacción del cliente) y establecer objetivos de rendimiento.

- La persona responsable o encargada del proceso (propietario) es la figura clave en la toma de decisiones, la que habla en nombre del proceso en la organización.

- Los límites del proceso son el primer y el último paso del proceso.

- Se deben definir una serie de indicadores para evaluar el proceso, que contemplen diferentes aspectos del mismo: desde la satisfacción de los clientes a la calidad y la cantidad de lo producido, el tiempo desde la entrada hasta la salida y el coste invertido en añadir valor.

- Un paso importante consiste en utilizar encuestas de clientes y otro tipo de información para determinar necesidades y expectativas actuales y futuras de los clientes, así como la percepción de los servicios recibidos.

- Se trata de conseguir un sistema que permita gestionar los procesos de forma automatizada, obteniendo la información necesaria a través del propio sistema de información, siempre que sea posible. Hay que intentar evitar un simple cuadro de indicadores estático, valorando interrelaciones entre los distintos participantes. Se debe evaluar el cumplimiento de los indicadores de rendimiento de los procesos, ya que

no se trata de escribir los diferentes protocolos de actuación, sino de cumplirlos.

- Este subcriterio aborda también sistemas de gestión de procesos normalizados como el ISO, sistemas de gestión medioambiental o de gestión de riesgos laborales. Se entiende por normalización la organización o puesta en orden de aquello que no lo estaba. Un proceso una vez normalizado puede ser: homologado - aprobado- por un organismo con facultad para ello, o certificado, lo que supone emitir un documento que atestigüe que se ajusta a unas normas determinadas. De acuerdo al tipo de empresa, sus necesidades y sus relaciones con clientes y proveedores, se crea un sistema de calidad, un método de trabajo, una estructura de la organización, por la cual se asegura que se cumplen los requisitos especificados. Las normas ISO detallan los elementos a tener en cuenta para implantar un sistema de calidad.

SUBCRITERIO 5a

Ver TABLA I-9: Evidencias de Aplicación

SUBCRITERIO 5a

Ver TABLA I-6: Matriz de Puntuación de Criterios agentes.

SUBCRITERIO 5b

Cómo el centro/servicio/unidad introduce las mejoras necesarias en los procesos a través de la creatividad y capacidad de innovación del personal, para que satisfagan a los clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.

Las áreas a abordar **podrían** incluir **cómo** el centro/servicio/unidad:

- identifica y establece prioridades para los cambios y oportunidades de mejora de los procesos, utilizando información de los resultados, de las

percepciones de los clientes y las actividades de aprendizaje

- facilita la utilización de metodología para mejorar los procesos que pueden ser:
 - Continua o proactiva: herramientas clásicas (Pareto, Delphi, diagrama causa-efecto, etc.)
 - Drástica o reactiva: rediseño o reingeniería
- estimula la creatividad e innovador de sus empleados y otros grupos de interés para mejorar los procesos
- realiza cambios estructurales y/o organizativos, para mejorar los procesos o utilizar nuevos diseños
- valora la oportunidad e implanta las mejoras, las comunica, y forma al personal sanitario si es preciso
- revisa los cambios y comprueba su efectividad
- diseña y desarrolla nuevos servicios que satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes

NOTAS DE APOYO

- La sistematización de los procesos da una idea aproximada de cómo hace su trabajo la organización. La mejora de los procesos es una actividad continua. No se debe caer en el error de intentar hacerlo todo a la vez, es mejor trabajar a un ritmo razonable a lo largo de un periodo de tiempo que intentar mejorarlo todo de golpe.

SUBCRITERIO 5b

Ver TABLA I-9: Evidencias de Aplicación

SUBCRITERIO 5b

Ver TABLA I-6: Matriz de Puntuación de Criterios agentes.

SUBCRITERIO 5c

Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.

Las áreas a abordar *podrían* incluir *cómo* el centro/servicio/unidad:

- presta un servicio de atención a sus clientes acorde con sus necesidades, esforzándose por mantener la creatividad e innovación en sus relaciones con los clientes
- tiene un método para averiguar las necesidades y expectativas de los clientes (quejas, reclamaciones, sugerencias y felicitaciones)
- utiliza encuestas y otras formas de recogida de datos periódica de forma sistemática
- sigue periódicamente la evolución de indicadores relacionados con los clientes como demoras, listas de espera, reingresos no programados, cancelaciones de citas, etc.
- se implica de forma proactiva para debatir y abordar sus preocupaciones, necesidades y expectativas

NOTAS DE APOYO

- Los centros sanitarios cuentan habitualmente con Unidades de Atención al Cliente, cuyo cometido está en relación con las exigencias de este subcriterio. Estas Unidades tienen por objeto el conocimiento de las dificultades que se plantean durante la asistencia de pacientes y familiares en los centros, y tratan de corregirlas o cuando menos

paliarlas, para alcanzar un mayor grado de satisfacción y bienestar de los usuarios demandantes de la prestación sanitaria. Otro de sus objetivos es disminuir las barreras administrativas en el acceso a la asistencia.

- Las funciones básicas de la unidad son: 1) garantizar la información del usuario, 2) gestionar, tramitar y canalizar los requerimientos de los usuarios; 3) realizar estudios de satisfacción; 4) recoger y contestar quejas, reclamaciones y sugerencias; 5) desarrollar labores de divulgación sanitaria.
- Entre los objetivos de estas Unidades se encuentra, por lo tanto, la gestión de sugerencias, quejas y reclamaciones. Se entiende por quejas aquellas expresiones de insatisfacción del usuario en las que no se solicita nada en concreto. La reclamación tiene por el contrario una solicitud añadida a una expresión de malestar. Puede ser escrita o verbal. Cada centro debe cumplir la legislación correspondiente a su institución en lo relativo a gestión de reclamaciones.
- En este subcriterio se debe valorar el sistema de gestión de las quejas y reclamaciones, la existencia de comisiones o grupos de mejora de la atención al cliente, el contenido de las reclamaciones y las actuaciones realizadas.
- Las Unidades de Atención al Cliente deben gestionar también las encuestas u otros métodos estructurados como grupos focales para la obtención de la opinión de los pacientes. En este subcriterio se valorará también su metodología (validación, tasa de respuesta, etc.), la periodicidad con la que se realizan y si se han puesto en marcha planes de mejora relacionados con los resultados de las encuestas.

SUBCRITERIO 5c

Ver TABLA I-9: Evidencias de Aplicación

SUBCRITERIO 5c

Ver TABLA I-6: Matriz de Puntuación de Criterios agentes.

2.6 CRITERIO 6: SATISFACCION DEL CLIENTE

Definición: Que logros esta alcanzando la organización en relación con la satisfacción de sus clientes externos.

- Los clientes externos son los receptores o beneficiarios de la actividad, productos o servicios de los centros sanitarios (Atención Primaria, Especializada y Hospitales). Estos incluyen, por ejemplo, pacientes, familiares y allegados, y ciudadanos.
- Cuando el proceso de Autoevaluación hace referencia a servicios, que tienen otros destinatarios además de los clientes externos de la organización (caso de los servicios generales o centrales de un centro), deberán ser considerados aquellos (en ocasiones trabajadores u otros profesionales del centro o de la organización sanitaria) como clientes al enfocar este criterio. Un ejemplo concreto es el medico de atención primaria que hace las funciones de cliente externo para la atención especializada, o el medico internista que recibe informes del Servicio de Radiodiagnóstico.

NOTAS DE APOYO

- La Autoevaluación debe demostrar en este criterio el éxito que tiene la organización para satisfacer las expectativas y necesidades de sus clientes externos.
- La organización debe buscar la satisfacción de sus clientes, entendida esta como una actitud positiva individual hacia las distintas dimensiones de los servicios de salud. Se produce por la comparación entre las expectativas sobre el servicio que se cree que recibirá y la percepción de los cuidados que realmente se reciben.

- Se debe medir la percepción de los diferentes colectivos de clientes de la organización (subcriterio 6a) a través de información recogida directamente del cliente mediante encuestas, equipos de trabajo conjuntos, etc.
- Se debe completar esta información con otras medidas complementarias adicionales del rendimiento en relación con los clientes (subcriterio 6b). Asimismo, se debe considerar como la organización ha identificado cuales son los aspectos mas significativos para sus clientes.
- Las medidas sobre satisfacción del cliente deben estar basadas en áreas identificadas como importantes por los clientes y grupos de clientes, teniendo en cuenta aquellos aspectos que la organización puede mejorar dentro de su cometido específico.

SUBCRITERIO 6a

Medidas directas de la percepción del cliente externo.

Estas medidas directas de las **percepciones del cliente** (extraídas por ejemplo de encuestas, grupos focales, etc.) referentes a los servicios y atención que le ofrece el sistema sanitario (Hospital, Atención Primaria) en relación a sus expectativas.

Las medidas pueden hacer referencia a:

- Accesibilidad al sistema sanitario (medico de cabecera, urgencias, especialistas,...)
- Equidad
- Trato personal, cortesía
- calidad técnica (prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación)
- comodidad
- Tiempo de respuesta en la prestación de servicios continuidad de cuidados
- Presencia e identificación del personal información

- Documentación: claridad y sencillez
- Resolución del problema (resultados)
- Fiabilidad
- Seguridad

SUBCRITERIO 6a

Ver TABLA I-7: Matriz de Indicadores de criterios resultados

SUBCRITERIO 6a

Ver TABLA I-8: Matriz de Puntuación de Criterios resultados.

SUBCRITERIO 6b

Medidas indirectas relacionadas con la percepción del cliente externo.

Las Áreas a abordar deben incluir las medidas indirectas relacionadas con la percepción del cliente externo, utilizadas por el centro/servicio/unidad para supervisar, entender, predecir y mejorar su satisfacción y fidelidad.

Estas medidas pueden hacer referencia a:

- gestión de reclamaciones, quejas, sugerencias, felicitaciones
- cobertura en medios de comunicación
- medidas de gestión del servicio de atención al cliente: tiempos de respuesta, resultados...
- plan de acogida en el Centro de salud
- información para pacientes y/o familiares
- fidelidad (cambio de medico, unidad medica, etc.)
- altas voluntarias
- demoras y listas de espera
- cancelaciones de citas

SUBCRITERIO 6b

Ver TABLA I-7: Matriz de Indicadores de criterios resultados

SUBCRITERIO 6b

Ver TABLA I-8: Matriz de Puntuación de Criterios resultados.

2.7 CRITERIO 7: SATISFACCION DEL PERSONAL

Definición: Que logros esta alcanzando la organización en relación con las personas que la integran.

- Como personal de la organización se entiende a todos los empleados y las demás personas que ofrecen directa o indirectamente, un servicio a los clientes. Entre estas personas incluimos a todos los grupos de empleados y voluntarios entre los cuales algunos pueden necesitar alguna ayuda particular para que puedan alcanzar su pleno potencial en la realización de sus tareas.
- En este criterio, la Autoevaluación debe demostrar el éxito de la organización en satisfacer las necesidades y expectativas de las personas que la integran. Las mediciones se deben realizar sobre aquellos aspectos considerados como importantes por las personas, teniendo en cuenta las restricciones externas existentes para el sector publico en cuanto a la gestión del personal.
- Este criterio mide el grado en el que el trabajo del personal del centro/servicio/unidad cumple sus expectativas y le aporta experiencias positivas.

NOTAS DE APOYO

- Para medir la percepción (Subcriterio 7a) se utilizaran grupos focales, encuestas, grupos de discusión, etc.
- El Subcriterio 7b se refiere a indicadores relacionados con el rendimiento y la percepción del personal
- El criterio 7 tiene una relación estrecha con el criterio 3, de modo que los sistemas contemplados en este criterio de 'RECURSOS HUMANOS',

deben tener una consecuencia en el criterio de 'SATISFACCION DEL PERSONAL'

SUBCRITERIO 7a

Medidas directas relacionadas con la satisfacción de los profesionales.

Estas medidas se refieren a la percepción que el centro/servicio/unidad tiene de las personas que la integran, y se obtienen, por ejemplo, de encuestas, grupos focales, entrevistas y evaluaciones de rendimiento estructuradas.

Las medidas pueden hacer referencia a:

- Motivación:
 - reconocimiento
 - promoción (en este tema, como en otros muchos, existen limitaciones en el sector publico)
 - formación y desarrollo
 - oportunidad de aprender y lograr objetivos
 - igualdad de oportunidades
 - delegación y asunción de responsabilidades
 - establecimiento de objetivos y evaluación del desempeño
- Satisfacción:
 - condiciones económicas
 - condiciones de empleo
 - gestión de la empresa
 - política e impacto medioambiental del centro
 - instalaciones y servicios
 - condiciones de seguridad e higiene
 - papel del centro en la comunidad y sociedad
 - entorno del trabajo (tecnología y medios disponibles)
 - relaciones entre personas del mismo nivel laboral

SUBCRITERIO 7a

Ver TABLA I-7: Matriz de Indicadores de criterios resultados

SUBCRITERIO 7a

Ver TABLA I-8: Matriz de Puntuación de Criterios resultados.

SUBCRITERIO 7b

Medidas indirectas relacionadas con la satisfacción de los profesionales.

Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar la satisfacción de las personas que la integran, así como anticipar sus percepciones.

Estas medidas pueden hacer referencia a:

● Motivación e implicación:

- trabajo en equipo
- reconocimiento individual y en equipo
- implicación en equipos de mejora
- índice de respuesta a encuestas entre empleados
- monotonía en el trabajo

● Satisfacción:

- absentismo
- análisis de bajas por enfermedad/patología
- accidentes
- huelgas
- demandas, quejas, sugerencias propias o a través de sindicatos,...
- tendencias en la selección del personal

● Servicios que el centro proporciona a sus empleados:

- boletines informativos del centro o periódicos internos
- periódicos internos
- incentivos o reconocimientos conocimiento del organigrama funcional
- eficacia del departamento de personal

- comunicación efectiva
- rapidez de respuesta a las preguntas planteadas
- evaluación de la formación
- entrevistas personales actividades de ocio

SUBCRITERIO 7b

Ver TABLA I-7: Matriz de Indicadores de criterios resultados

SUBCRITERIO 7b

Ver TABLA I-8: Matriz de Puntuación de Criterios resultados.

2.8 CRITERIO 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Definición: Que logros esta alcanzando la organización en relación con las personas que la integran.

Consideraciones clave para el Sector Público

Las organizaciones sanitarias tienen un impacto sobre la sociedad por la propia naturaleza de sus responsabilidades primarias. Los resultados de estas actividades básicas se presentan en los criterios: "Resultados en los clientes" y "Resultados clave".

Este criterio mide el impacto de la organización en la sociedad en aquellos temas que no están relacionados ni con sus responsabilidades, ni con sus obligaciones normativas.

SUBCRITERIO 8a

Medidas de percepción.

Se refieren a la percepción de la organización por parte de la sociedad, y se obtienen de encuestas, informes, reuniones publicas, representantes sociales y autoridades gubernativas, etc.

Las medidas que hacen referencia a la percepción de la organización por parte

de la sociedad pueden estructurarse en:

- **Actividades como miembro de la sociedad:**

- difusión de información relevante para la comunidad (docencia, publicaciones, ponencias, comunicaciones, etc.)
- relaciones con autoridades locales, regionales, centrales (consejos de salud, asociaciones de participación ciudadana, ayuntamientos, debates, etc.)
- política de igualdad de oportunidades
- participación en publicaciones locales
- participación en actos universitarios si se trata de centro universitario
- participación en foros de educación
- convocatoria de premios de literatura, prensa fotografía, actividades culturales, etc.
- ayuda humanitaria y ONGs
- incidencia en la economía local y regional (empleo directo e indirecto, etc.)
- participación en la formación de profesionales (técnicos, diplomados, especialistas-residentes-, etc.)
- se recogen y ubican dentro del recinto sanitario asociaciones como la Asociación Española de Lucha contra el Cáncer, Alcer, etc.

- **Implicaciones en la comunidad:**

- educación y formación (universidad, formación profesional, etc.)
- voluntariado y actividades filantrópicas
- financiación de actividades educativas, salud y bienestar

- **Actividades para disminuir el impacto medioambiental:**

- seguridad
- contaminación medioambiental
- medidas para reducir el consumo de agua

- recomendaciones sobre lencería

SUBCRITERIO 8a

Ver TABLA I-7: Matriz de Indicadores de criterios resultados

SUBCRITERIO 8a

Ver TABLA I-8: Matriz de Puntuación de Criterios resultados.

SUBCRITERIO 8b

Indicadores de rendimiento.

Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento, así como para anticipar las percepciones de la sociedad.

Puede incluir los elementos enumerados en el subcriterio anterior y además los referentes a:

- cobertura en medios de comunicación
- sede social de asociaciones de pacientes
- bibliotecas relacionadas con la universidad o centros sociales
- actividad docente en colegios, institutos, etc.
- programas de actividades educativas saludables (promoción y prevención, etc.)
- relaciones con las autoridades en cuestiones como: certificaciones, pagos y permisos, licencias, planificación, etc.
- felicitaciones y premios recibidos

SUBCRITERIO 8b

Ver TABLA I-7: Matriz de Indicadores de criterios resultados

SUBCRITERIO 8b

Ver TABLA I-8: Matriz de Puntuación de Criterios resultados.

2.9 CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE

Definición: Que logros esta alcanzando la organización con relación al rendimiento planificado.

Consideraciones clave para el Sector Público

- Los Resultados en este criterio están relacionados con aquello que la organización ha determinado como logros esenciales y que pueden medirse para su éxito tanto a corto plazo como para lograr su estrategia a largo plazo. Los Resultados de la organización son medidas de la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios y la consecución de metas y objetivos, incluyendo aquellos que son señalados desde la Administración Pública.
- Estas medidas son tanto financieras como no financieras (resultados de salud). Muchas de ellas estarán directamente relacionadas con la estrategia y con los procesos clave.
- También pueden incluirse, si procede, a aquellos proveedores y "partners" que tienen una importancia clave en los resultados anteriormente citados y con los cuales se debe mantener una relación de estrecha colaboración.

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE

HOSPITALES - SUBCRITERIO 9a

Indicadores económicos.

Estas medidas son los resultados clave planificados por la organización que

hacen referencia a los aspectos económicos de la misma.

Las áreas a abordar podrían incluir información sobre:

- 1) Cuenta de resultados (Perdidas y Ganancias): desviaciones respecto al presupuesto inicial.
- 2) Costo por proceso (Sistema de Clasificación de Pacientes): desviaciones respecto a la media, previsiones, etc.
- 3) Costo por punto de intensidad relativa: desviaciones respecto a previsiones, media y resultados de hospitales similares.
- 4) Costo de procesos singularizados (desviaciones).
- 5) Costo (desviaciones).
 - consultas
 - urgencias no ingresadas
 - hospital de día
- 6) Gastos de funcionamiento (desviaciones).
 - farmacia
 - material sanitario
- 7) Gastos de Personal (desviaciones).
- 8) Coste de las bolsas de ineficiencia (costes de no-calidad).
 - % de estancias evitables
 - % de reingresos
 - % de reintervenciones
 - prescripción inadecuada de medios diagnósticos y terapéuticos
- 9) Costes estructurales (% sobre el total del presupuesto).
- 10) Facturación a terceros (desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares).

NOTAS DE APOYO

- Los indicadores señalados son orientativos. Cada centro/servicio/unidad añadirá a aquellos que sean especialmente relevantes.
- En esta adaptación del Modelo se ha optado por incluir en este

subcriterio resultados exclusivamente económicos. Dependiendo de los objetivos de la organización, podrían considerarse también en este subcriterio resultados no económicos, que en esta adaptación del Modelo se han contemplado en el subcriterio 9b.

- Los indicadores se compararan con los objetivos y las previsiones establecidas para los mismos y con las medidas y resultados individualizados del grupo de centros de similares características dependiendo del ámbito estatal o regional que se considere.
- Por procesos singularizados se entienden aquellos priorizados en cada ámbito por su importancia, prevalencia, coste, repercusiones para el paciente, etc.
- Los costes estructurales son aquellos ocasionados por servicios generales, factores de especial complejidad (quemados), convenios especiales, plantillas de elevada edad, etc., que pueden caracterizar de forma específica a algunos centros.

SUBCRITERIO 9a

Ver TABLA I-7: Matriz de Indicadores de criterios resultados

SUBCRITERIO 9a

Ver TABLA I-8: Matriz de Puntuación de Criterios resultados.

SUBCRITERIO 9a

ATENCION PRIMARIA

Indicadores económicos.

Estas medidas son los resultados clave planificados por la organización que hacen referencia a los aspectos económicos de la misma.

Las áreas a abordar podrían incluir información respecto a:

- 1) Cuenta de resultados.
- 2) Coste real asistencial
(Desviaciones sobre previsión, medias y resultados de unidades similares).
- 3) Coste por derivaciones al nivel especializado (Derivaciones).
- 4) Coste real asistencial/consulta.
(Desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares).
- 5) Coste laboratorio.
(Desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares).
- 6) Coste radiología.
(Desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares).
- 7) Coste total de farmacia.
(Desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares).
- 8) Coste medio por envase (Farmacia).
(Desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares).
- 9) Costo de fármacos de dudosa eficacia/Total gasto.
- 10) Ingresos: Facturación a terceros.
(Desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares).
- 11) Costes de no-calidad: Urgencias inadecuadamente derivadas al ámbito hospitalario.
- 12) Costes por traslados (Ambulancias, etc.).
- 13) Costes de personal (Sustituciones, etc.).

NOTAS DE APOYO

- Los indicadores señalados son orientativos. Al realizar la Autoevaluación, cada organización debe añadir aquellos que cada Área o unidad de atención primaria, considere relevantes.

- En esta adaptación del Modelo se ha optado por incluir en este subcriterio resultados exclusivamente económicos. Dependiendo de los objetivos de la organización, podrán considerarse también en este subcriterio resultados no económicos, que en esta adaptación del Modelo se han contemplado en el subcriterio 9b.
- En casi todos ellos se tendrán en cuenta las desviaciones existentes en relación con las previsiones, la media y los resultados de los centros de características similares, según el Área o nivel asistencial que se considere.

SUBCRITERIO 9b

Ver TABLA I-7: Matriz de Indicadores de criterios resultados

SUBCRITERIO 9b

Ver TABLA I-8: Matriz de Puntuación de Criterios resultados.

SUBCRITERIO 9b

HOSPITALES

Indicadores asistenciales.

Son las medidas operativas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar los probables resultados clave del rendimiento de la misma.

Las áreas a abordar **podrían** incluir los siguientes indicadores:

- **Indicadores Intermedios**

De utilización de recursos

- estancia media

- tasa de adecuación en la indicación (Quirúrgica, Pruebas Complementarias, etc.)
- reingresos
- adecuación de estancias
- rendimiento de quirófanos
- % intervenciones canceladas
- índice sucesivas / primeras consultas
- procesos ambulatorizados (Consultas, Quirúrgico, Oncológico, etc.)

De proceso

- demora (Lista de espera Quirúrgica, Consulta, Pruebas Complementarias, etc.)
- estandarización de cuidados de enfermería
- protocolos / guías de práctica clínica
- continuidad de cuidados entre atención primaria y especializada
- información al usuario (Documentos de Consentimiento Informado, Protocolos de Información, en áreas críticas, etc.)
- codificación
- evaluación de la calidad de la Historia Clínica del informe de alta, etc.
- % de cesáreas
- % de necropsias

• **Indicadores Finales**

Resultados en el estado de salud

- calidad de vida (ejemplo: a través de escalas del tipo de la SF-36, QWB, etc.)
- mortalidad
- infecciones
- complicaciones (por especialidades y/o procesos)
- úlceras por presión

- tasa de accidentes

NOTAS DE APOYO

- Los indicadores señalados son de carácter general y orientativos. Cada centro/servicio/unidad, dependiendo de sus peculiaridades aportara aquellos que constituyan sus resultados o logros mas significativos, siempre de forma consecuente con sus objetivos.
- Se incide sobre todo en resultados intermedios de gestión o eficiencia porque son los que tradicionalmente se utilizan en el ámbito de trabajo sanitario.

SUBCRITERIO 9c

Ver TABLA I-7: Matriz de Indicadores de criterios resultados

SUBCRITERIO 9c

Ver TABLA I-8: Matriz de Puntuación de Criterios resultados.

SUBCRITERIO 9b

ATENCION PRIMARIA

Indicadores asistenciales.

Son las medidas operativas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar los probables resultados clave del rendimiento de la misma.

Las áreas a abordar **podrían** incluir indicadores relativos a:

- **Área o Unidad de Atención al Cliente (AAC)**
 - % de cartillas de largo tratamiento tramitadas

- % de Incapacidad Transitoria (I.T) tramitadas
 - gestión de citación a especialidades desde el AAC (porcentaje)
 - % de reclamaciones presentadas y resueltas en los plazos establecidos
 - gestión de visitas.
- **Derivaciones al nivel especializado y a pruebas complementarias**
 - % de derivaciones realizadas respecto a las pactadas por especialidad
 - pruebas complementarias solicitadas (incluye laboratorio, radiología, endoscopias, ecografías, etc., dependiendo de los centros, áreas)
- **Consulta de enfermería**
 - % de primeras visitas espontáneas / total primeras
 - % de primeras visitas derivadas / total primeras
 - % de consultas sucesivas / total visitas
 - primeras visitas a terminales / total visitas
 - primeras visitas a crónicos / total visitas
 - % de visitas con plan de cuidados
 - continuidad de cuidados nº y desviación respecto a media
- **Oferta preferente (según contrato-programa) - hipertensión**
 - hipercolesterolemia - cancer
 - SIDA
 - salud mental
 - diabetes, etc.
- **Procesos organizativos**
 - agenda de calidad
 - % de jerarquización. Desviación respecto a las medias e indicadores de centros de características similares
 - minutos / visita (desviaciones)

- **Documentación clínica**
 - % de Historias que cumplen criterios de calidad

- **Prescripción farmacéutica**
 - % de adhesión a genéricos

NOTAS DE APOYO

- Estos indicadores se aportan con carácter orientativo. Cada área o unidad de Atención Primaria debe aportar aquellos indicadores que por su relevancia constituyan sus resultados o logros mas significativos.

- La oferta preferente constituye todo el capítulo de actividades preventivas que desarrolla cada centro. Su medición conlleva la necesidad de establecer a priori los indicadores y la metodología de evaluación a través de la cual se determinara el nivel alcanzado en los diferentes programas.

- La agenda de calidad constituye el conjunto de criterios de buena practica en la organización de la oferta del tiempo asistencial a los pacientes.

SUBCRITERIO 9d

Ver TABLA I-7: Matriz de Indicadores de criterios resultados

SUBCRITERIO 9d

Ver TABLA I-8: Matriz de Puntuación de Criterios resultados.

J. PLAN DE IMPLEMENTACION

Una vez diseñado el Sistema de Gestión de Calidad para el área de Salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social queda definir todas las actividades necesarias para su implementación, desde el compromiso de la alta Dirección para la implementación del modelo hasta su ejecución, en la que se desarrolla un programa de reuniones.

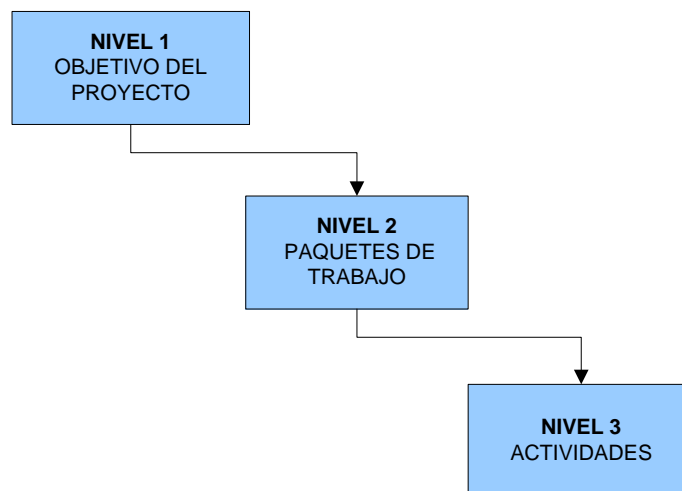
Se desarrollará una estructura de actividades necesarias para su implementación y puesta en marcha, mediante la aplicación del desglose analítico.

1. DESGLOSE ANALÍTICO PARA LA IMPLEMENTACION DEL EFQM

Para el desarrollo del plan de implementación se realiza un desglose jerárquico de sus principales estructuras, las cuales están divididas en tres niveles cuyo contenido se presenta a continuación:

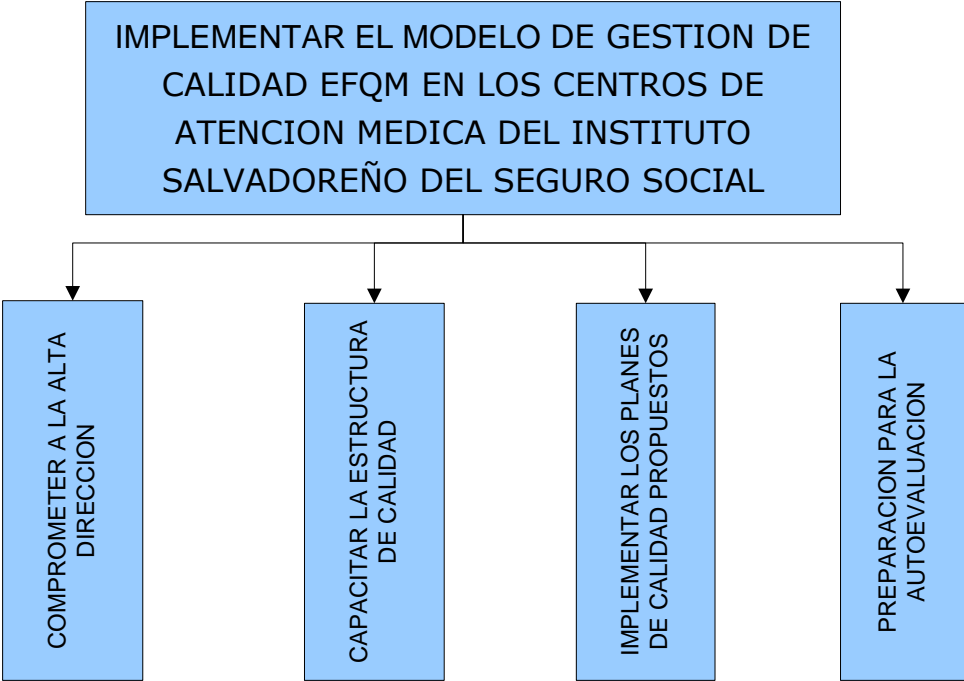
FIGURA J-1: Estructura analítica del Plan de Implementación.

ESTRUCTURA ANALITICA DEL PLAN DE IMPLEMENTACION



El Objetivo del Proyecto y los paquetes de trabajo se presentan a continuación:

FIGURA J-2: Paquetes de trabajo del proyecto.



A. PAQUETE DE TRABAJO: Comprometer a la alta dirección

La alta dirección del Instituto Salvadoreño del Seguro Social es el Consejo Directivo (Ver anexo 21), sin embargo cuando son decisiones administrativas estas son responsabilidad del comité de gerentes, conformado por La dirección y subdirección del Instituto y por las diferentes Jefaturas de subdirecciones Administrativa y salud, unidades y divisiones del ISSS (Ver anexo 22), como se trata del área de salud, esta bajo la responsabilidad del subdirector de salud y será este, en coordinación con Desarrollo Institucional quienes presenten la propuesta ante comité gerencial para su aprobación.

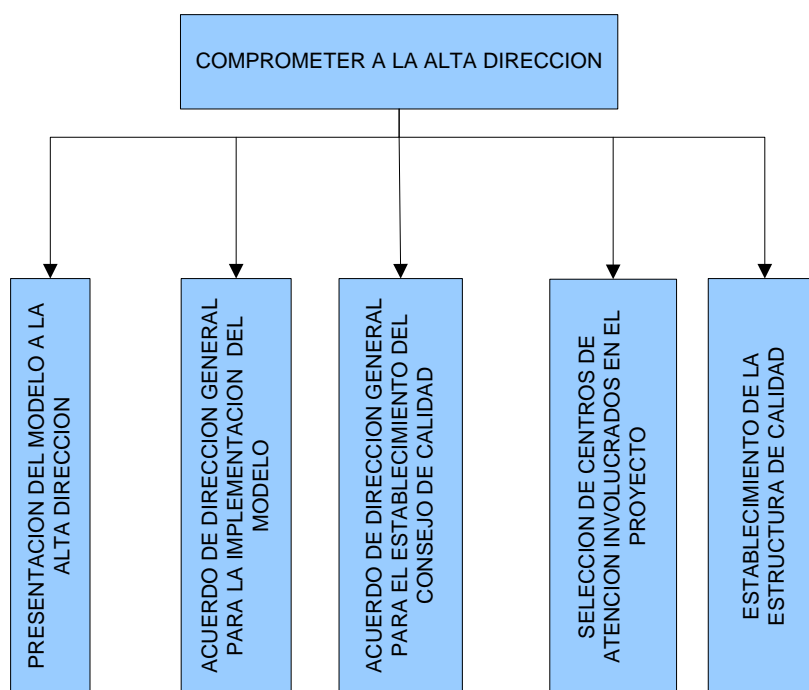
La Dirección General en conjunto con la Subdirección administrativa, tendrán la función de crear un ambiente en el que el personal se encuentre

completamente involucrado en la implementación del modelo y este pueda operar libremente. Esto se debe lograr mediante:

- La promoción de la política de calidad y objetivos de calidad para aumentar la toma de conciencia, motivación y participación del personal.
- Asegurar el enfoque hacia la satisfacción del derechohabiente en cada unidad a su cargo.
- Asegurar que en cada unidad que se implementan los procesos apropiados para cumplir con las necesidades de los derechohabientes.
- Asegurar la disponibilidad de recursos necesarios.

El paquete de trabajo comprometer a la alta dirección del ISSS, se divide a su vez en las siguientes actividades:

FIGURA J-3: Paquetes de trabajo para el compromiso de la alta dirección.



A.1 ACTIVIDAD: Presentación del modelo a la alta dirección.

La Subdirección de Salud y el Departamento de Desarrollo Institucional, después de conocer el proyecto por parte de los que realizaron la Adaptación

del Modelo, realizarán una presentación al comité de gerentes de la propuesta de implementación del modelo de Gestión de Calidad EFQM para el área de salud del ISSS, donde se incluyan todos los beneficios y los costos de implementación, la metodología de trabajo y el compromiso requerido por la dirección.

A.2 ACTIVIDAD: Acuerdo de Dirección General para la implementación del Modelo

Se deberá emitir un Acuerdo de Dirección General, para la implementación del modelo único de gestión de calidad para el área de salud del ISSS, con el objetivo de comunicar a todas los centros de atención medica la decisión de implementar el sistema y el compromiso que la subdirección de salud adopta para llevar acabo el proyecto.

A.3 ACTIVIDAD: Acuerdo de Dirección General para el establecimiento del Consejo de Calidad.

El Consejo de Calidad deberá estar conformado por ocho personas, incluyendo el Director General quien es el presidente del Consejo y el Coordinador de Calidad quien será el secretario General. Los otros seis miembros restantes, podrán ser el subdirector de salud y otras Jefaturas Administrativas o médicas involucradas.

Perfil de Participantes del Consejo de Calidad:

- Poseer actitud de liderazgo y proactividad.
- Poseer espíritu de trabajo en equipo.
- Capacidad para establecer relaciones interpersonales dentro de la organización.
- Alto interés y compromiso de la mejora continúa de la calidad en los servicios.
- Capacidad para aceptar sugerencias por parte del personal del ISSS y derechohabientes.

- Conocimientos sobre sistemas de Gestión de Calidad.
- Conocimiento sobre los procesos y servicios que presta el ISSS.
- Capacidad de analizar datos a través de herramientas estadísticas.
- Sólidos conocimientos de la normativa que rige el ISSS.

A.4 ACTIVIDAD: Selección de Centros de atención involucrados en el proyecto.

Esta es la primera actividad a ser realizada por el Consejo de Calidad, quienes de acuerdo a sus conocimientos, seleccionaran los centros de atención que serán incluidos en el proyecto, además del método de implementación.

Métodos de implantación

La selección de método para implantar los un sistema de gestión de calidad está estrechadamente relacionada con elementos de estructura:

- Método instantáneo. Generalmente es el más utilizado, ya que la decisión, en la mayoría de los casos, proviene de los más altos niveles de la estructura de una organización, lo cual les confiere una naturaleza o validez casi obligatoria.
- Método del proyecto piloto. Esta forma de implantación implica aplicarlo en sólo una parte de la organización, con la finalidad de medir los resultados que ello genera.
- Método de implantación en paralelo. se emplea este método que implica la operación simultánea, por un periodo determinado. Esto permite efectuar cambios sin crear problemas, ya que las nuevas condiciones accionan libremente antes de que se suspendan las anteriores.
- Método de implantación parcial o por aproximaciones sucesivas. Este método, implican modificaciones sustanciales a la operativa normal, consiste en seleccionar parte de su contenido o de áreas específicas para introducir los cambios sin causar grandes alteraciones, y dar el siguiente paso sólo cuando se haya consolidado el anterior, lo que permite un cambio gradual y controlado.

- Combinación de métodos. Es el empleo de más de un método para implantar los procesos, en función de los requerimientos técnicos de su contenido.

A.5 ESTABLECIMIENTO DE LA ESTRUCTURA DE LA CALIDAD

El Consejo de Calidad tendrá la potestad de formar Comités de Calidad, equipos de mejora, círculos de calidad, equipos de apoyo o equipos de consulta para que apoyen su trabajo en pro de la mejora continua a nivel institucional.

Los comités estarán conformados por 4 personas, de los cuales uno será la persona de mayor jerarquía dentro del área o proceso sobre el cual tendrá alcance dicho comité, los comités de Calidad funcionarán a nivel Institucional, es decir que este se conservará independientemente de los centros de atención médica involucrados en el proyecto. Al menos un miembro del Consejo deberá ser parte del Comité de Calidad.

Los equipos de mejora y círculos de calidad deberán estar conformados por 5 o 6 personas como máximo. Los equipos de apoyo y grupos de consulta dependerán de los requerimientos de la actividad. Los equipos y círculos de Calidad corresponden al personal operativo y serán formados dentro de cada centro de atención médica involucrado en el proyecto.

Perfil de participantes de los Comités de Calidad, equipos de mejora y círculos de calidad.

- Ser miembros administrativo, medico, enfermero y/o servicio.
- Iniciativa y creatividad.
- Capacidad de asimilar cambios dentro de la organización.
- Capacidad de trabajar en equipo.
- Poseer una visión de trabajo enfocado en el servicio al derechohabiente.
- Alto conocimiento sobre los procesos y servicio que presta el ISSS.
- Buenas relaciones interpersonales.

Perfil de participantes de los equipos de apoyo y grupos de consulta.

- Ser parte del área de trabajo donde se ha identificado la mejora.
- Iniciativa y creatividad.
- Capacidad de asimilar cambios dentro de la organización.
- Capacidad de trabajar en equipo.
- Alto conocimiento sobre los procesos a mejorar.
- Buenas relaciones interpersonales.

B. PAQUETE DE TRABAJO: Capacitar la estructura de Calidad.

La capacitación tiene como objetivo proveer de información a la estructura de calidad y alta dirección, en el contenido del modelo de Gestión de Calidad, en la implementación del modelo, en las funciones y responsabilidades de cada uno de los que forman parte de la estructura, así como también dar a conocer al personal operativo de los centros de atención involucrados en el proyecto en que consiste el modelo EFQM y cual es el objetivo que se busca con su implementación y evitar a su vez cualquier especulación que pueda surgir sobre el por qué de su implementación.

TIPOS DE CAPACITACIONES

Para seleccionar el tipo de capacitación aplicado al proyecto, es necesario establecer los criterios bajo los cuales se seleccionara:

- Interacción entre los participantes y capacitador.
- Respuesta inmediata a preguntas.
- Prácticas interactivas para lograr el aprendizaje.
- Disponibilidad de tiempo para el desarrollo completo del material.

Para ello es necesario conocer los diferentes tipos de capacitaciones que se presentan a continuación:

SEMINARIO

Actividad de intercambio académico; su objetivo es el debate de diversos enfoques para analizar y proponer opciones de solución a problemas

específicos. Consiste en la reunión de expositores especializados y requiere de un auditorio conocedor del tema.

CURSO

Actividad que se imparte con fines de actualización; consiste en la enseñanza de asignaturas básicas de la materia en su exposición moderna.

CURSO-TALLER

Actividad destinada a satisfacer necesidades combinadas de actualización y adiestramiento en materias específicas. Incluye sesiones teóricas-prácticas y en su caso, observación in situ acordes con la temática mediante visitas guiadas a empresas, fábricas, hospitales, zonas rurales u otros lugares o centros de interés.

DIPLOMADO

Actividad formativa de nivel postgrado que, aun que cuando no concede grado académico, acredita una orientación especializada en el campo de una disciplina.

MODALIDADES DE CAPACITACION

La modalidad de capacitación se refiere al tipo de interacción entre los participantes y el capacitador, entre estos podemos mencionar:

PRESENCIAL

Modalidad que implica la presencia simultánea de los protagonistas del proceso de enseñanza-aprendizaje.

A DISTANCIA

Modalidad en la que la construcción del conocimiento se realiza, fundamentalmente, a través de materiales didácticos impresos diseñados para ser usados de manera independiente, siempre con la asesoría de un tutor. El

correo electrónico constituye un medio de comunicación, el Internet un recurso de apoyo. Los participantes remiten a su tutor ejercicios individuales o grupales de aprendizaje. El aprovechamiento y la adquisición de los conocimientos se evalúan a través de la presentación de un trabajo final ante autoridades académicas.

SEMIPRESENCIAL

Modalidad que combina cualidades de enseñanza presencial con características de la educación a distancia. La fase presencial, con duración de una o dos semanas.

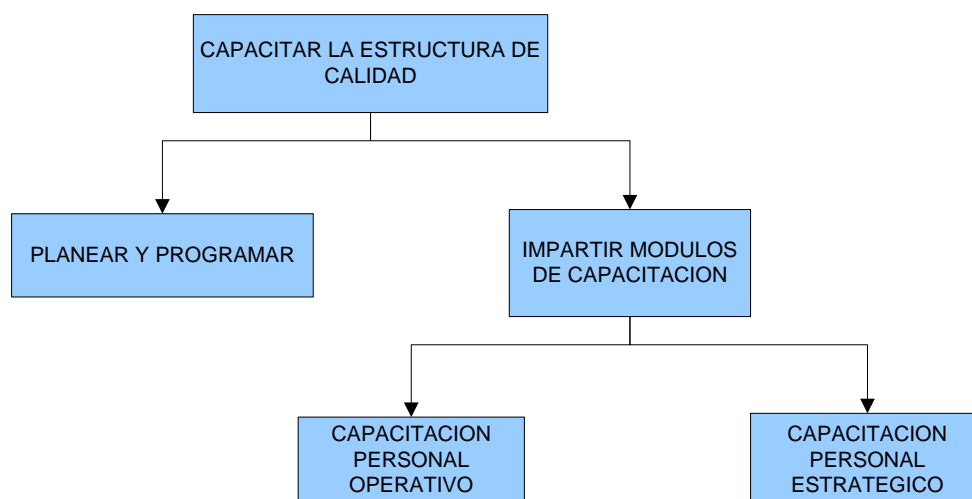
Considerando los objetivos de la capacitación en la que es necesario que el personal estratégico involucrado en el proyecto, tenga conocimiento sólidos del modelo y el personal operativo conocimiento de los planes de mejora y su implementación, se propone un Curso-Talle con la modalidad presencial.

El capacitador será un experto en la materia, con conocimiento del modelo y su aplicación.

Para la contratación de este servicio de capacitación se definen los Términos de referencia que se presentan a continuación.

El paquete de trabajo Capacitar la estructura de Calidad, se divide a su vez en las siguientes actividades:

FIGURA J-4: Paquetes de trabajo de capacitación.



B.1 ACTIVIDAD: Planear y programar.

TERMINOS DE REFERENCIA DE LAS CAPACITACIONES

Objetivos de las capacitaciones

- SEMINARIO- TALLER: Conceptos, estructura y características del modelo EFQM.

OBJETIVO: Formar al personal estratégico y operativo del proyecto con los conocimientos básicos del modelo EFQM que les permita lograr un desempeño eficiente y efectivo en la implementación de este.

- SEMINARIO- TALLER: Autoevaluación EFQM, esquema lógico REDER, Enfoques de Autoevaluación.

OBJETIVO: Capacitar al personal Estratégico del proyecto para la ejecución de la autoevaluación basado en el modelo EFQM.

- SEMINARIO- TALLER: Capacitación para el desarrollo e implementación de Planes de Mejora.

OBJETIVO: Capacitar al personal operativo y estratégico en la implementación de Planes de Mejora para lograr los resultados esperados con cada uno de ellos.

Perfil de los participantes

El curso taller será impartido a un total de 20 personas correspondiente al personal estratégico (Consejo 8 y los 4 Comités formados por una persona del consejo y tres del área) y 48 personas correspondientes al personal operativo de dos centros de atención involucrado, 24 por centro (6 personas en cada Equipo de Mejora, Círculos de Calidad, Equipos de Apoyo y Grupos de

Consulta). Es importante mencionar que se presente una oferta que tenga la disponibilidad de incrementar la capacitación para el personal operativo el cual variara de acuerdo a la cantidad de centros de atención involucrados en el proyecto.

Metodología para la presentación de ofertas del servicio de capacitación

La Oferta Técnica debe especificar la metodología a utilizar para el desarrollo del seminario

- Métodos y Técnicas de Enseñanza
- Actividades de Aprendizaje
- Dinámicas y Talleres a desarrollar
- Medios y Recursos Didácticos a utilizar

Los objetivos, contenidos, metodología y duración de los temas se presentarán en la Carta Didáctica, que debe anexarse a la oferta.

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social, será el responsable de proporcionar las instalaciones para el desarrollo del seminario, así mismo, proporcionará la alimentación a los participantes.

El seminario se realizará fuera de San Salvador y en fines de semana.

Contenido de la oferta

1. Datos del ofertante: nombre, dirección, teléfono, e-mail, NIT, Número de IVA.
2. Original y copia de la oferta solicitada por el ISSS, debidamente sellada.
3. La oferta no deberá tener la fecha del día en que se presenta, SOLAMENTE SAN SALVADOR, 2005.
4. La oferta económica debe incluir IVA.
5. Curriculum vitae del facilitador propuesto que muestre su experiencia en la temática a desarrollar y 3 constancias de seminarios impartidos en la temática solicitada.

No.	NOMBRE Y DISCIPLINA PROFESIONAL	ESTUDIOS REALIZADOS Y CAPACITACIONES RECIBIDAS			EXPERIENCIA			ACREDITACIONES	TEMAS DE SU ESPECIALIDAD DESARROLLADOS
		LUGAR DE ESTUDIO	AÑO	TÍTULO OBTENIDO	DOCENTE	FACILITACIÓN	CONSULTORÍA		
1									
2									
3									

6. Currículo de la empresa ofertante
7. Su oferta económica deberá incluir: honorarios facilitador, materiales y medios didácticos (detallar).
8. Especificar la metodología a seguir para dar cumplimiento al objetivo del seminario.
9. El ofertante proveerá en forma completa el material didáctico a utilizar, así como insumos para su exposición: proyector multimedia, PC o laptop, papelógrafo, CD, diplomas y otros.
10. Agenda a desarrollar conteniendo la distribución de la temática por tiempo.

Responsabilidades de la empresa adjudicada

- Desarrollar el seminario de acuerdo a los objetivos, metodología y contenidos ofertados.
- Proporcionar los medios didácticos adecuados para alcanzar los objetivos del seminario.
- Proporcionar a cada participante el material a desarrollar durante el seminario.

- La empresa adjudicada deberá realizar una presentación con el Técnico de capacitaciones y el administrador responsable del proyecto, para revisar el contenido la misma.
- Entregar a la administración del proyecto una copia escrita del material entregado a los participantes y otro en medio magnético (CD o disquete).
- Entregar al funcionario responsable del seminario por parte del ISSS, tres días antes de la realización del evento, una copia del material a entregar a los participantes.
- Presentar en un período de cinco días hábiles posteriores a la finalización del seminario, un informe ejecutivo de la realización del evento.

EVALUACION DE OFERTAS

La evaluación de ofertas será responsabilidad de una comisión evaluadora de oferta nombrada por acuerdo de consejo, en la cual se solicitara apoyo de otras organizaciones concedoras de modelo, de acuerdo a lo establecido en la LACAP (Ley de Adquisiciones y Contrataciones Institucional).

Definidos los términos de referencia para la contratación de los servicios de capacitación para el personal estratégico (Consejo de Calidad y Comités de calidad) y al personal operativo (Equipos de mejora, círculos de calidad, equipos de apoyo y grupos de consulta) se establecerá una calendarización de estas.

La actividad Planear y Programar se desarrolla desde la determinación de los términos de referencia, solicitud del local y del servicio de Capacitacion al Departamento de Capacitación y Desarrollo para su gestión hasta la convocatoria del personal y desarrollo de la capacitación.

B.2 ACTIVIDAD: Impartir Módulos de Capacitación, Personal Estratégico.

Las actividades requeridas se presentan en el siguiente cuadro con sus respectivos pasos:

TABLA J-1: Actividades para módulos de capacitación al personal estratégico.

CAPACITACIÓN Modelo EFQM: conceptos, estructura y características del modelo	
ACTIVIDAD	DURACION (Horas)
Solicitud de local y del servicio de capacitación al Departamento de Capacitación y Desarrollo	0.5
Aprobación de local contratación del servicio de capacitación	5
Convocatoria	1
Realización de la Capacitación	5
CAPACITACION Autoevaluación EFQM, esquema lógico REDER, Enfoques de Autoevaluación	
ACTIVIDAD	DURACION (Horas)
Solicitud de local y del servicio de capacitación al Departamento de Capacitación y Desarrollo	0.5
Aprobación de local contratación del servicio de capacitación	5
Convocatoria	1
Realización de la Capacitación	22
CAPACITACIÓN Modelo EFQM: Capacitación para la implementación de Planes de Mejora	
Solicitud de local y del servicio de capacitación al Departamento de Capacitación y Desarrollo	0.5
Aprobación de local contratación del servicio de capacitación	5
Convocatoria	1
Realización de la Capacitación	5

B.2 ACTIVIDAD: Impartir Módulos de Capacitación, Personal Operativo.

Las actividades requeridas se presentan en el siguiente cuadro con sus respectivos pasos:

TABLA J-2: Actividades para módulos de capacitación al personal operativo.

CAPACITACIÓN Modelo EFQM: conceptos, estructura y características del modelo	
ACTIVIDAD	DURACION (Horas)
Solicitud de local y del servicio de capacitación al Departamento de Capacitación y Desarrollo	0.5
Aprobación de local, equipo y el servicio de capacitación	5
Convocatoria	1
Realización de la Capacitación	5

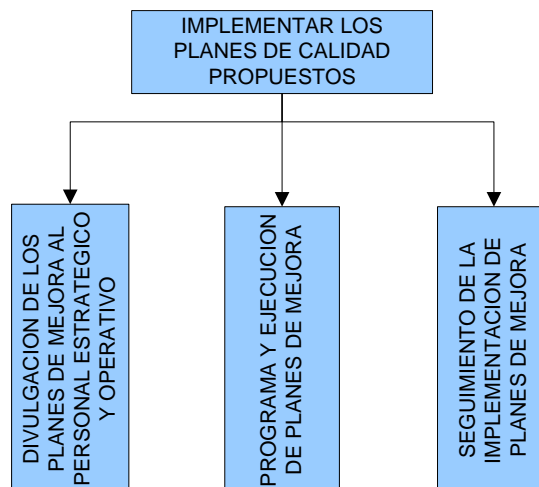
CAPACITACIÓN Modelo EFQM: Capacitación para la implementación de Planes de Mejora	
Solicitud de local y del servicio de capacitación al Departamento de Capacitación y Desarrollo	0.5
Aprobación de local, equipo y el servicio de capacitación	5
Convocatoria	1
Realización de la Capacitación	5

C. PAQUETE DE TRABAJO: Implementar los planes de Mejora propuestos.

Los planes de mejora son parte de la propuesta de implementación, por lo que el personal estratégico, antes de proceder a este paquete de trabajo deberá proceder a la evaluación y valoración de los planes de mejora y de esto dependerá su ejecución, es decir que este paquete de trabajo es independiente de la implementación, pero se considera por el aporte que este daría como un primer esfuerzo en la gestión de la calidad de la institución en el área de salud.

El paquete de trabajo Implementar los planes de calidad propuestos, se divide a su vez en las siguientes actividades:

FIGURA J-5: Paquetes de trabajo para planes de calidad propuestos.



C.1 ACTIVIDAD: Divulgación de los planes de mejora al personal estratégico y operativo

Se presentaran los planes de mejora al personal por comité de Calidad o por los comités involucrados en cada uno de los planes. Esta divulgación deberá ser incluida en el paquete ofrecido por los que diseñara los planes de Mejora y Adaptaron el Modelo al área de Salud del ISSS. La empresa será responsable de la divulgación de los planes a todo el personal de la estructura por comité relacionado al proyecto.

TABLA J-3: Actividades para divulgación de planes de mejora.

DIVULGACION DE LOS PLANES DE MEJORA PARA SU IMPLEMENTACION	
ACTIVIDAD	DURACION (Horas)
Solicitud de local al Departamento de Capacitación y Desarrollo	0.5
Aprobación de local y equipo para la divulgación	5
Convocatoria	1
Realización de la divulgación de los planes	4

C.2 ACTIVIDAD: Programa y ejecución de los planes de mejora.

Los comités de calidad en coordinación con los equipos de mejora deberán programar la implementación de los planes de mejora, definir los responsables, los tiempos de ejecución y evaluación de estos.

C.3 ACTIVIDAD: Seguimiento de la implementación de los planes de mejora.

El seguimiento de los planes de mejora, estará a cargo de los equipos de mejora, quienes reportaran al comité de calidad que corresponda, el avance o atraso en la implementación de los planes de mejora, así como de los factores

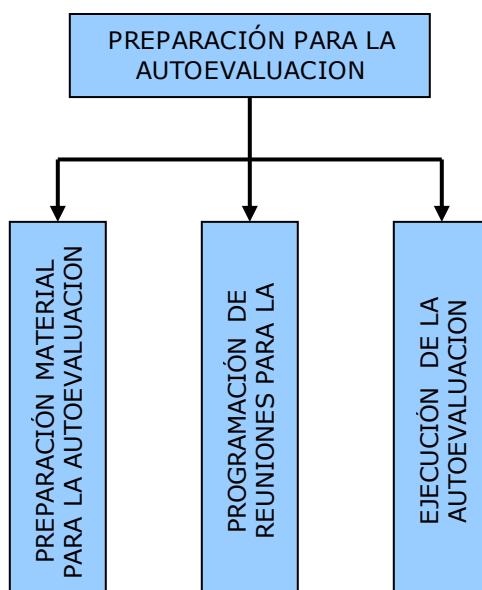
limitantes y contribuyente, los resultados obtenidos, etc.

D. PAQUETE DE TRABAJO: Preparación para la Autoevaluación.

El paquete de trabajo Preparación para la autoevaluación, se ejecutará después del paquete Implementación de los Planes de Mejora, previa evaluación por parte del Consejo de Calidad de la implementación de los planes.

El paquete de trabajo Preparación para la autoevaluación, se divide a su vez en las siguientes actividades:

FIGURA J-6: Paquetes de trabajo para la Autoevaluación.



D.1 ACTIVIDAD: Preparación del material para la Autoevaluación.

Deberá de prepararse un paquete de evaluación para cada miembro de los Comités de Calidad, con toda la documentación necesaria para su ejecución, entre estos el modelo adaptado con sus respectivas notas de apoyo, la guía de evaluación y los formularios para descargar la información y evaluar²⁵.

²⁵ Capítulo II, Estructura del Sistema de Gestión propuesto y Adaptación del Modelo EFQM al área de salud del ISSS.

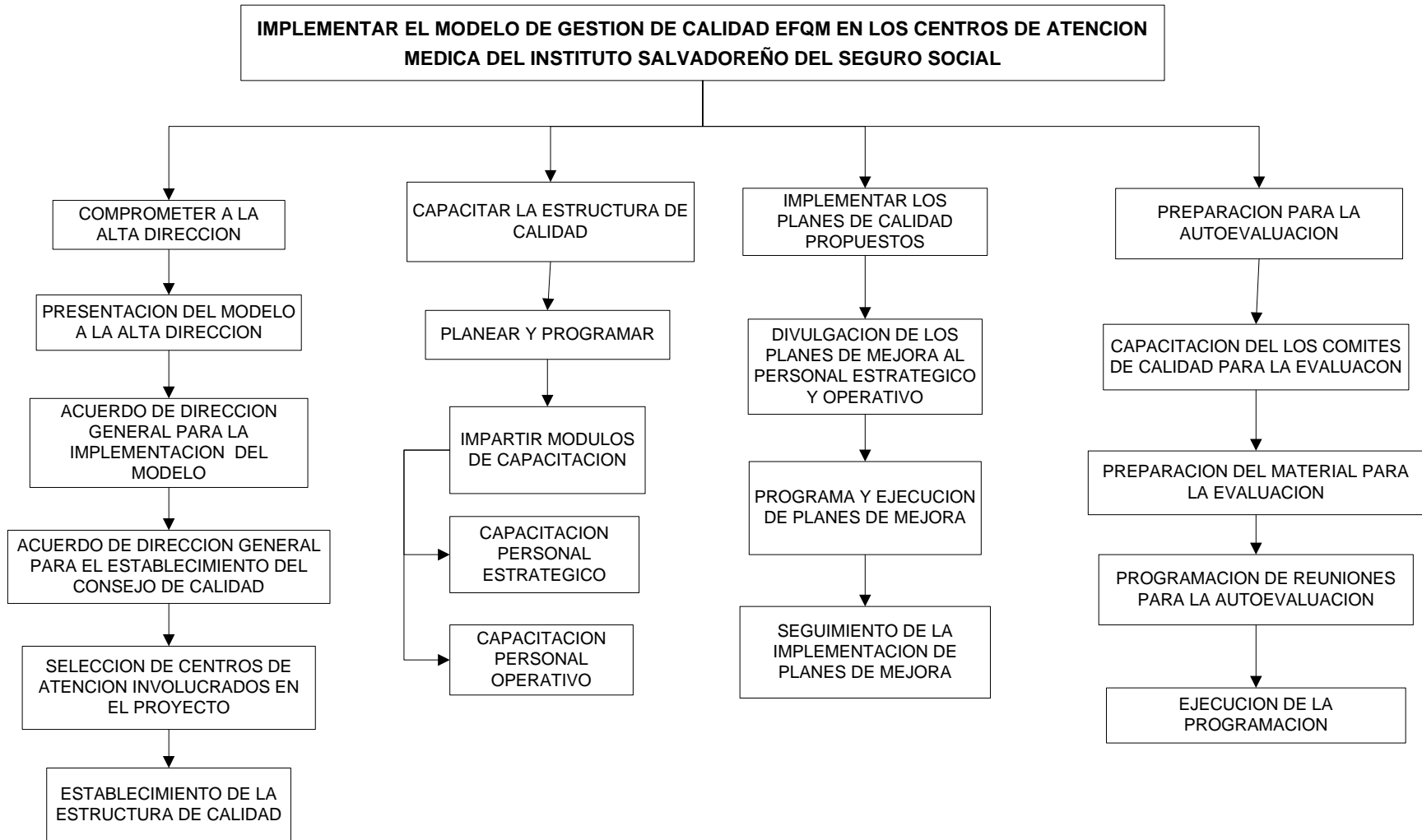
D.2 ACTIVIDAD: Programa de reuniones para la autoevaluación.

Se deberá de contar con una programación de reuniones de cada uno de los comités de calidad, de los tiempos de entrega de los resultados de la autoevaluación, los tiempos de consolidación de evaluaciones de los diferentes centros de atención involucrados.

D.3 ACTIVIDAD: Ejecución de la Autoevaluación.

Por ultimo se tiene la realización de la Autoevaluación de la unidad médica, en la que se tendrán las primeras experiencias del modelo y poco a poco se podrán ir mejorando algunos aspectos en el ejercicio de las mismas.

FIGURA J-7: Desglose de objetivos del proyecto.



2. DURACION DEL PROYECTO

A continuación se presenta la duración del proyecto propuesto es de aproximadamente 12 meses para la implementación y 12 meses para la ejecución y resultados de los planes de mejora. El diagrama de Gantt indica las duraciones de cada una de las actividades para la implementación del proyecto.

TABLA J-4: Programación para la implementación del modelo

**INSTITUTO SALVADORENO DEL SEGURO SOCIAL
PROGRAMACION PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO EFQM**

		Duracion Dias	Primer Trimestre (año 1)	Segundo Trimestre (año 1)	Tercer Trimestre (año2)	Cuarto Trimestre (año2)
	Comprometer a la alta direccion					
1	Presentacion del modelo a la alta direccion	1	█			
2	Acuerdo de Direccion General para la Implementacion	8	█			
3	Acuerdo de Direccion General para el establecimiento del Consejo de Calidad	8	█			
4	Seleccion de Centros de atencion involucrados en el proyecto	8	█			
5	Establecimiento de la Estructura de Calidad	15	█			
	Capacitar a la estructura de calidad					
6	Planear y Programar	8	█			
7	Impartir Modulos de Capacitacion					
8	Capacitacion Personal Estrategico	4	█			
9	Capacitacion Personal Operativo (2 grupos)	8	█			
	Implementar los Planes de Calidad Propuestos					
10	Divulgacion de los Planes de Mejora al Personal Estrategico y Operativo	12	█			
11	Programa y ejecucion de los Planes de Mejora	395	█	█	█	
12	Seguimiento de la Implementacion de los Planes de Mejora	20			█	
	Preparacion para la Autoevaluacion					
13	Capacitacion de los Comites de Calidad para la Autoevaluacion (2 grupos)	15			█	
14	Preparacion del Material para la Autoevaluacion	15			█	
15	Programacion de reuniones para la Autoevaluacion	30			█	█
16	Ejecucion de la Autoevaluacion	75				█

TOTAL DIAS

622

3. ORGANIZACIÓN PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACION.

Para la implementación del Modelo de Gestión de Calidad es necesario asignar las funciones del Administrador General del Proyecto como un representante de la Dirección y el Asistente del Administrador, se proponen empleados activos de la Sección Gestión de la Calidad del Departamento de Desarrollo Institucional, estos trabajaran en conjunto con un técnico de capacitaciones del área de recursos Humanos.

Este personal participará en todas las reuniones sostenidas por el Consejo de Calidad y velarán por el cumplimiento de los tiempos del proyecto, así como de su administración.

3.1 DESCRIPCION DE FUNCIONES.

3.1.1 ADMINISTRADOR GENERAL DEL PROYECTO.

- ✓ Es el encargado y responsable directo de la ejecución del proyecto, su responsabilidad es el cumplimiento de todos los objetivos del proyecto, para llevar a cabo esto se auxiliara de un Asistente y un Técnico.

3.1.2 ASISTENTE DEL ADMINISTRADOR

- ✓ Su función principal es servir de enlace de comunicación entre todos los actores involucrados en el proyecto, es decir, sirve de coordinador en la estructura de calidad, jefaturas del ISSS, personal, etc.

3.1.3 TECNICO EN CAPACITACIONES

- ✓ Tiene como función principal coordinar todos los aspectos relativos a las capacitaciones propuestas para dar a conocer el proyecto y proporcionar al personal involucrado el conocimiento necesario para desarrollar plenamente el modelo de calidad EFQM.

A continuación se presenta el manual de organización para el proyecto de la "Guía de implementación del modelo EFQM para el área de salud del ISSS", en el cual se especifican las funciones, dependencias y requisitos de cada uno de los puestos que conforman la organización del proyecto.

3.2 MANUAL DE FUNCIONES

GUIA DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO EFQM EN EL ISSS

I. INTRODUCCION

El presente manual de organización es presentado con el fin de servir como guía para el desarrollo de las actividades que realiza cada una de las personas que componen la organización para la administración del proyecto "Guía de implementación del modelo EFQM en el área de salud del ISSS", con el objeto de coordinar de mejor manera los esfuerzos de los involucrados y evitar dualidad de funciones. Así como definir las líneas de autoridad, relaciones de dependencia y otros aspectos importantes que interesa conocer dentro de la organización del proyecto.

Este manual de organización, es un instrumento administrativo que describe cuales son las funciones básicas de cada puesto que comprende la organización del proyecto, y constituye un instrumento útil para mejorar la gestión administrativa dentro de la implementación del proyecto.

Con este manual se pretende facilitar la toma de decisiones que puede servir para solucionar racionalmente y en forma óptima los problemas existentes y los que puedan surgir durante el desarrollo de las actividades; además ayudar a mejorar la coordinación, comunicación, motivación y supervisión dentro de las distintas áreas.

II. OBJETIVOS

GENERAL:

Proporcionar un documento técnico que permita explicar en forma clara la estructura organizativa, las líneas de autoridad-responsabilidad y la estructura formal, así como también describir las funciones.

ESPECIFICOS:

- ✓ Evitar dualidad de funciones
- ✓ Dar conocer los niveles de autoridad y responsabilidad que operan en el área administrativa
- ✓ Delimitar el radio de acción de los diferentes puestos que conforman la organización del proyecto.
- ✓ Proporcionar una herramienta básica para efectuar el trabajo, basado en la planificación y previsión, evitando así funciones imprevistas.
- ✓ Definir formalmente la estructura organizativa para la implementación del proyecto.
- ✓ Facilitar la interpretación de los objetivos definidos por la dirección superior
- ✓ Dar a conocer los objetivos y niveles de autoridad de cada uno de los puestos que conforman la organización del proyecto.

III. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

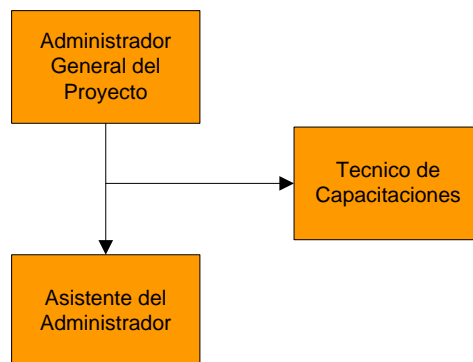
La organización para la implementación del proyecto esta compuesta por dos niveles jerárquicos, los cuales operan de manera coordinada, para obtener resultados óptimos, estos dos niveles están compuestos así:

- ✓ El nivel superior o Directivo, comprenderá la Administración general del proyecto, esta unidad será la encargada de coordinar el proyecto total, e integrar el resultado de las otras unidades, el Administrador general del proyecto es la máxima autoridad para la administración del proyecto, y a la cual se subordinan los demás puestos.
- ✓ El segundo nivel lo comprenderá el asistente del administrador, para la facilitación de los esfuerzos de los actores en la implementación del modelo EFQM.
- ✓ Se tendrá una unidad de apoyo la cual estará encargada de los servicios de capacitación al personal que estará involucrada en la implementación del modelo EFQM. Su participación se vera limitada a esta actividad.

La estructura organizacional de la administración empleada para el proyecto tendrá una representación grafica de la organización formal, para operar de una manera ordenada y eficiente; la cual es como se muestra en el organigrama vertical que aparece en la página siguiente.

GUIA DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO EFQM EN EL ISSS

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO.



1. GUIA DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO EFQM EN EL ISSS	
MANUAL DE ORGANIZACIÓN	PAGINA: 1 DE 1
NOMBRE DEL PUESTO: Administrador General del Proyecto	CODIGO: AGP
DEPENDENCIA JERÁRQUICA DIRECTA: Ninguna	UNIDADES SUBORDINADAS: Asistente del Administrador Gral.
OBJETIVO: planificar, coordinar, dirigir, integrar y evaluar el desarrollo de todas las actividades que comprende la administración del proyecto, con el fin de ejecutarlo de manera óptima.	ELABORÓ: Choto / Ibarra FECHA: 25/7/2006
<u>FUNCIONES</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planificar las macro actividades del proyecto. ✓ Organizar los recursos y la asignación óptimas de estos para el proyecto. ✓ Supervisar y dirigir todas las actividades de la ejecución del proyecto. ✓ Integrar los resultados obtenidos por los miembros de la organización. ✓ Mantener contacto con unidades como el Dpto. de desarrollo institucional, directores de unidades medicas, dirección general del área de salud del ISSS, etc., de manera que mantenga una comunicación adecuada sobre el proyecto. ✓ Formular las políticas y estrategias a seguir durante la administración del proyecto. ✓ Coordinar y organizar reuniones para el establecimiento de la estructura de calidad. ✓ Evaluar el logro de los objetivos propuestos para la implementación del proyecto. ✓ Tomar decisiones en situaciones especiales. 	

2. GUIA DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO EFQM EN EL ISSS	
MANUAL DE ORGANIZACIÓN	PAGINA: 1 DE 1
NOMBRE DEL PUESTO: Asistente del administrador general	CODIGO: AAG
DEPENDENCIA JERÁRQUICA DIRECTA: Administrador general del proyecto	UNIDADES SUBORDINADAS: Ninguna.
OBJETIVO: Velar por la buena ejecución de las diferentes capacitaciones y puesta en marcha de las estrategias en el transcurso del proyecto.	ELABORÓ: Choto / Ibarra FECHA: 25/7/2006
<u>FUNCIONES</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planificar y coordinar las reuniones para la creación de la estructura de calidad. ✓ Participar en reuniones con los diferentes actores en la implementación del modelo. ✓ Establecer criterios para la selección de los miembros del consejo de calidad. ✓ Coordinar con el o los capacitadores el material que se empleará para las capacitaciones. ✓ Realizar ajustes relacionados con las capacitaciones. ✓ Adecuar los locales donde se desarrollarán las capacitaciones. ✓ Realizar informes de avances del proyecto en todas las áreas involucradas. 	

CAPITULO

IV

EVALUACIONES DEL PROYECTO
EVALUACIONES DEL PROYECTO

A. EVALUACIONES DEL PROYECTO

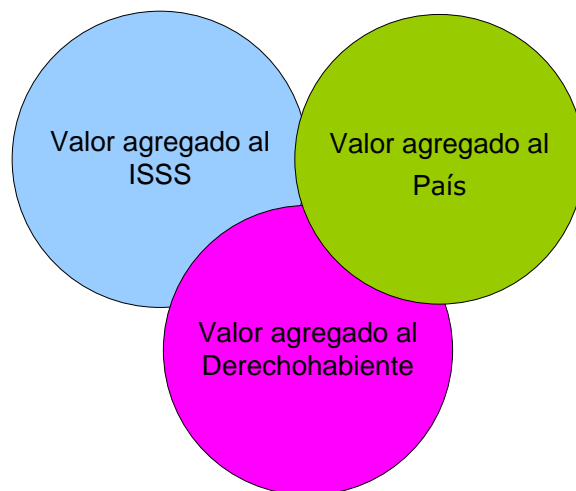
1. EVALUACION DEL VALOR AGREGADO

La implementación del modelo de gestión de calidad orientara a ISSS a lograr la satisfacción de derechohabiente y constituye una herramienta administrativa que contribuirá a proporcionar servicios de salud de calidad, aumentando el valor agregado al servicio que la institución ofrece, lo que significa ir mas allá de las expectativas del derechohabiente, generando un mayor valor agregado por lo se paga.

El Doctor Hector Sanin Angel en su Guía Metodologica General para la preparación y evaluación de proyectos de inversión social (Ver anexo 23), establece: “La evaluación de los proyectos de inversión social son difíciles de medir, los efectos derivados de estos proyectos se aceptan como de bondad incuestionable, quedando relevado de la necesidad de acudir a artificios cuantitativos para demostrar”

Desde esta expectativa se puede establecer un modelo de generación de valor agregado en el ISSS cualitativo, producto de la implementación del modelo, tal como lo muestra la figura siguiente.

FIGURA A-1: Modelo de generación del valor agregado.



Como se muestra en la figura cada elemento es beneficiado mediante la superación de sus expectativas respecto al servicio que el ISSS brinda, así se establecen los beneficios siguientes:

1.1 VALOR AGREGADO AL ISSS

El área de salud de ISSS, ha de percibir, en términos de valor agregado:

- Utilización eficiente de los recursos, se incrementara la cantidad de consultas brindadas con los mismos recursos humanos²⁶.
- Mayor confianza en la satisfacción del derechohabiente por el servicio prestado.
- Mejora de imagen como Institución de Prestación de Servicios de Salud a brindar
- Procesos eficientes.

1.2 VALOR AGREGADO AL DERECHOHABIENTE

La mejora continua de la calidad orienta los esfuerzos del personal a una mejora constante de todas sus actividades para ofrecer un valor agregado en el servicio que se le brinda al derechohabiente. La gestión del recurso humano esta encaminada a lograr su satisfacción y que sea esta una motivación para la lograr la calidad del servicio prestado por estos a los derechohabientes. Para ello se les capacita y forma para alcanzar los fines de la mejora continua y mantener personal de alta competencia técnica y medica.

Los beneficios que obtendrá el personal del ISSS se refleja en:

- Aumento en la competencia en un 5% en el primer año.
- Mejor uso y aprovechamiento del tiempo empleado en la atención del derechohabiente

²⁶ Ver Evaluación de escenarios donde se proyecta un incremento en la eficiencia anual de 5%, 10%, 12%, 14% y 18% .

- Mayor disponibilidad de recursos para realizar sus funciones.
- Autoridad y responsabilidad claramente definidas.
- Adopción de una cultura de mejora continua.

Los beneficios que obtendrá el derechohabiente:

- Procesos orientados a su satisfacción.
- Confianza en los servicios de salud prestados.
- Atención oportuna y eficiente.
- Atención a sus sugerencias y quejas.
- Participación activa en la mejora continua.

1.3 VALOR AGREGADO AL PAIS

El desarrollo y evolución del sistema de salud social contribuye al desarrollo del país, un personal sano se desarrolla a nivel físico y emocional, siendo eficiente en todo lo que realiza. Los servicios de salud prestados por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, siempre han sido criticados como inoportunos e ineficientes. La implantación del Modelo EFQM impulsara al ISSS a la mejora de la calidad total en la atención, los médicos y enfermeras se habituaran a tratar a los pacientes de forma integral y los derechohabientes serán parte importante en el rediseño de los procesos orientados a su satisfacción.

Con la implementación del modelo se contribuirá a generar y consolidar una cultura Institucional enfocada en la calidad y el trabajo bien hecho, así como en la detección de áreas de mejora. Esta filosofía englobara a toda una comunidad y equipo de trabajo, el cual podría ser transmitido a un nivel secundario en sus familia y extenderse en el medio social en el que cada parte se involucra. Es decir que este modelo implantado provocar una reacción en cadena y no solo a nivel cultural sino también profesional: ya que el ISSS es un referente a nivel nacional de todos los centros de atención medica existentes en el país y que afecta la vida laboral de este.

Socialmente podríamos decir que el ISSS se encuentra en un proceso de cambio, en el cual parte de las entidades privadas como de gobierno dedicadas a la prestación de servicios de salud se encuentra en el camino de modernizar sus procesos, lo cual empuja al ISSS a mejorarlos y esto se lograra teniendo un mejor control y cultura de trabajo entre todos los que integran esta entidad.

El modelo de gestión de calidad EFQM esta orientado a la satisfacción del personal y derechohabiente. Los servicios de salud prestados por el ISSS están orientados a la población económicamente activa del país, la institución cuenta con 12,682 empleados y cubre un 65% de la población económicamente activa del país. Es importante mencionar que una población sana contribuye eficientemente al desarrollo económico del país.

Los beneficios que obtendrá el país.

- Desarrollo y calidad de los servicios de salud.
- Población económicamente activa sana y eficiente.
- Decremento de los costos por incapacidades temporales y permanentes.
- Disminución de tiempos por permisos de consultas.
- Reducción en los costos por el cambio de un Sistema de salud curativo a preventivo.

En general, la prestación de los servicios de saluda del ISSS, incorporando un modelo de gestión de calidad EFQM sigue la cadena de valor agregado representado en la siguiente figura:

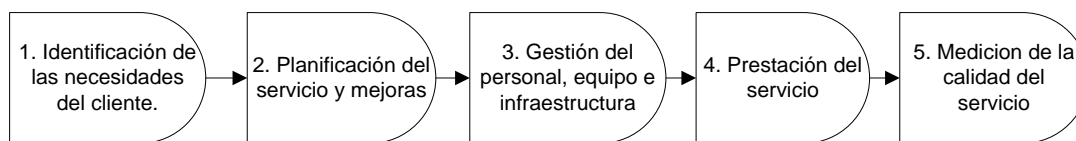


FIGURA A-2: Cadena de valor agregado.

1. Identificación de necesidades de los clientes: La cadena de valor agregado inicia determinando cuales son los requisitos y necesidades de mayor importancia para los clientes, en cada área de servicio.
2. Planificación del servicio y de las mejoras: Una vez determinadas las áreas de mayor importancia para los clientes se procede a elaborar un plan de calidad, donde se definen acciones de mejora, bajo el pensamiento de orientar al ISSS en la satisfacción del derechohabiente, la forma de realizar las actividades, recursos necesarios, procesos u operaciones para lograr los fines de la institución.
Los planes de mejora son desarrollados posteriormente a una autoevaluación²⁷.
3. Gestión del personal, equipo e infraestructura: Se provee del elemento humano y de los recursos necesarios para la operación eficaz del ISSS.
4. prestación del servicio.
5. Medición de la calidad: Todas aquellas actividades generadas para conocer si se lograron los objetivos propuestos y el nivel de satisfacción deseado. Constituye a su vez insumos para la Planificación del servicio.

La implementación del modelo EFQM al área de salud del ISSS, permitirá sobrepasar las expectativas del derechohabiente y contribuirá al desarrollo del sistema de salud del país.

²⁷ Capítulo II, Desarrollo de acciones de mejora.

2. EVALUACION ECONOMICA.

La evaluación económica del proyecto se realiza para un periodo de 2 años, ya que es el tiempo esperado para la realización de los planes de mejora y el desarrollo de una primera Autoevaluación formal, periodo en el que se considera que la unidad medica Atlacatl tendrá una mayor madurez en el manejo del modelo, lo cual garantizara en parte que los resultados obtenidos sean objetivos.

Para la evaluación en términos económicos del proyecto es necesario previamente determinar:

- La Tasa Mínima Aceptable de Rendimiento (TMAR). Es la tasa mínima que se acepta para el descuento de los flujos de efectivo generados por el sistema, de la inversión inicial
- Análisis económico. En donde se determina los egresos monetarios en los que ha de incurrir el ISSS, estos corresponden principalmente a los costos de implementación y los costos de operación del Modelo.
- Los beneficios en términos de capital resultado de una mejor desempeño en de las actividades de cada área producto de la Autoevaluación y mejora continua en la organización.

2.1. CALCULO DE LA TMAR

Este punto es tal vez, el principal a determinar en el análisis económico, la TMAR o tasa mínima aceptable de rendimiento.

La TMAR se forma de dos componentes que son:

$$\text{TMAR} = \text{inflación} + \text{premio al riesgo}$$

La inflación se puede eliminar de la evaluación económica si se dan resultados numéricos similares, por tanto, lo que realmente importa es la determinación del premio al riesgo.

Cuando la inversión se efectúa en una empresa privada, la determinación se simplifica, pues la TMAR para evaluar cualquier tipo de inversión dentro de la empresa, será la misma y además ya debe estar dada por la dirección general o por los propietarios de la empresa. No se debe olvidar que la prima de riesgo es el valor en que el inversionista desea que crezca su inversión por encima de la inflación, es decir, la prima al riesgo indica el crecimiento real del patrimonio de la empresa.

Sin embargo, cuando se analiza una inversión gubernamental, donde se supone que el gobierno no invierte para hacer crecer el valor de sus inversiones. Sería erróneo pensar que porque es el gobierno quien invierte no importa realizar una evaluación económica, por lo que se pueden tomar así decisiones equivocadas, lo cual, evidentemente es un error.

Por tanto, al determinar la TMAR para inversiones gubernamentales, si bien es cierto que no se debe considerar que siempre habrá pérdidas, tampoco se debe considerar que las inversiones que haga el Estado deberán tener grandes ganancias.

Algunos investigadores²⁸ han concluido que la tasa de rendimiento que debe considerarse en inversiones del gobierno es la tasa de rendimiento de los bonos del tesoro. Por lo que su equivalente sería la tasa que pagan los LETES (Letras del tesoro). Sin embargo, si se recuerda que la TMAR está formada por la tasa de inflación más la prima de riesgo, entonces la TMAR gubernamental sería la tasa de los LETES menos la inflación vigente en ese momento, lo que da por resultado la prima de riesgo para inversiones del gobierno. Si se realiza este cálculo durante el periodo histórico en que han existido los LETES, se llegará a la conclusión de que la prima de riesgo para inversiones públicas es de cero en promedio.

Este resultado es lógico en cierta medida por dos razones: la primera indica que el gobierno no ha lucrado ni desea lucrar con sus inversiones; la segunda razón, tal vez más lógica, es que el riesgo es de cero en todas las inversiones que hace el gobierno.

Como existen dos formas de realizar una evaluación económica que son al considerar la inflación y sin considerar la inflación, se puede concluir, luego de este breve análisis, que si se realiza una evaluación económica de una inversión gubernamental considerándose la inflación, la TMAR es simplemente la tasa que otorgan los LETES en ese momento (Ver anexo 24); si el análisis se realiza sin considerar la inflación, la TMAR debe tener un valor entre cero y 3% como máximo, valor que se obtiene al restar a la tasa de los LETES el valor de la inflación.

El ISSS trabaja con un presupuesto asignado por el ministerio de Hacienda, por lo que esta no contempla, en su política financiera, el uso de préstamos ya sea para inversión u operación. Para el caso de proyectos de inversión que no están contemplados en el presupuesto de trabajo, se solicita un refuerzo presupuestario al Estado. Por lo que para el análisis económico se considerará una **tasa del 3%** como referencia al valor obtenido de restar a la

²⁸ Principalmente de Estados Unidos y México

tasa de rendimiento promedio de las Letras del Tesoro 6.75% el valor de la inflación promedio de 4.25% para el año 2005, este valor coincide con la tasa recomendada para inversiones gubernamentales, para efectos de cálculo de la TMAR sin considerar la inflación, ya que se emplearan fondos propios y se considera que esta por ser un periodo corto de evaluación no presentara mayores variaciones, ya que para el año 2004 fue de 5.4% (ver anexo 25).

3. ANÁLISIS ECONÓMICO.

Los principales rubros que constituyen los costos de implementación del Modelo EFQM son:

- ✓ La inversión inicial
- ✓ Costo del diseño de la Guía y planes de mejora
- ✓ Costos de oportunidad
- ✓ Costos de capacitación
- ✓ Costos de documentación

3.1 INVERSION INICIAL

La inversión inicial incluye todos aquellos costos necesarios para iniciar las operaciones del proyecto, entre ellos se tienen:

3.1.1 COSTO DEL DISEÑO DE LA GUIA Y PLANES DE MEJORA

Este rubro esta constituido por el pago a consultores por el diseño del sistema, esto incluye, la investigación de campo desarrollada en la UM, presentación de planes de mejora y la guía para la Autoevaluación EFQM adaptada al área de salud del ISSS, etc. Estas actividades han sido desarrolladas por los estudiantes del presente trabajo de graduación.

Por lo que se considera el pago de honorarios a 2 consultores con un

monto de US \$9,000 para cada uno, haciendo un costo de consultoría de US \$18,000.00, el cual también incluye la divulgación de los planes de mejora para el personal estratégico y operativo del proyecto. El monto total del diseño de la guía asciende a \$22,495, el detalle de los rubros que comprenden este costo se detallan a continuación:

TABLA A-1: Desglose de costos de diseño.

N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	MONTO
1	Salario de analistas (2)	\$1,000 x (2) x 9 meses	\$18,000.00
2	Salario de encuestadores (2)	\$6.50 x (2) x 5 días	\$80.00
3	Fotocopias	\$150.00	\$150.00
4	Papelería:	Resmas de papel bond, bolígrafos, fólderes, fastener, clips, anillados	\$75.00
5	Computadora	Pc, scanner, ups, mueble, silla, impresor, licencias	\$750.00
6	Internet	20 horas x mes a \$1.00 x 9 meses	\$180.00
7	Cartuchos de tinta	5 negros y 5 color x \$15.00	\$150.00
8	Viáticos	\$40 x 9 meses	\$360.00
9	Servicios:	Agua, energía eléctrica, teléfono, limpieza	\$255.00
10	Alquiler de local	\$ 50 x 9 meses	\$450.00
		Subtotal	\$20,450.00
11	Imprevistos (10%)		\$2,045.00
		Total	\$22,495.00

3.1.2 COSTOS DE OPORTUNIDAD

Están constituidos principalmente por el costo de las horas hombre a invertir en la participación del personal en las capacitaciones para la implementación del sistema. Para el caso del ISSS, los costos referentes a las horas hombre invertidas por el personal operativo no serán considerados ya

que por políticas internas, las capacitaciones se realizan fuera de las horas laborales y se consideran como un beneficio al personal, por lo cual no aplica una remuneración adicional en concepto de pagos de horas extras.

Para el caso del personal considerado en la administración del proyecto, tampoco se considera los costos, ya que el personal de Desarrollo Institucional ha sido contratado para ello, para apoyar toda actividad que busque el desarrollo de la institución, por lo que solo significaría una asignación de funciones. Es importante mencionar esta situación para dejar clara la participación de los empleados del ISSS en la implementación del modelo.

3.1.3 COSTOS DE CAPACITACION

Se plantea el desarrollo de cuatro capacitaciones, las cuales estarán distribuidas de la siguiente manera:

TABLA A-2: Capacitaciones a desarrollar.

PERSONAL A CAPACITAR	<u>TEMA DE LA CAPACITACIÓN</u>	<u>TIEMPO EN HORAS ESTIMADO</u>
Personal operativo	Modelo EFQM: conceptos, estructura y características del modelo	8
	Capacitación implementación de Planes de Mejora	12
Personal Estratégico	Modelo EFQM: conceptos, estructura y características del modelo	8

	Autoevaluación EFQM, esquema lógico REDER, Enfoques de Autoevaluación, Guía de Autoevaluación.	8
--	--	---

Los costos de capacitación en la implementación del Modelo EFQM, se calcula sobre la base cotizaciones de eventos similares adquiridos en el ISSS (Ver anexo 26), para el cual se contrató un evento de 16 horas con un grupo de 25 personas, que es el tiempo estimado de capacitación para: conceptos, estructura y características del modelo (8 hrs) y Autoevaluación EFQM, esquema lógico REDER, Enfoques de Autoevaluación, Guía de Autoevaluación (8 hrs). Para la Capacitación de implementación de Planes de Mejora se estima un tiempo de 12 horas.

Por lo tanto si \$1,440.00 es el costo para una capacitación de un módulo de Gestión de Requerimientos y Pronósticos que incluye 16 horas, el costo por hora sería \$90. Si consideramos un incremento por la especialidad del tema a tratar y el promedio por el pago de honorarios por hora del consultor, de la Fundación para el desarrollo (FEPADE) se estima \$150/hora, con lo que establecemos los siguientes costos:

TABLA A-3: Desglose de costos de capacitación.

PERSONAL A CAPACITAR	ESPECIFICACIÓN DE CAPACITACION	DURACION	COSTO/HORA	COSTO
Estratégico	Modelo EFQM: conceptos, estructura y características del modelo	8 horas	\$150	\$ 1,200.00
	Autoevaluación EFQM, esquema lógico REDER, Enfoques de Autoevaluación, Guía de Autoevaluación.	8 horas	\$150	\$1,200.00

Operativo	Capacitación para la implementación de Planes de Mejora	12 horas	\$150	\$ 1,850.00
	Modelo EFQM: conceptos, estructura y características del modelo	8 horas	\$150	\$ 1,200
TOTAL				\$ 5,400.0

Estos costos serían para la implementación del modelo en un centro de atención. El costo por centro de atención involucrado sería el costo de la capacitación del personal operativo que asciende a \$3,000.00.

Los costos asignados de local y alimentación serán asumidos con el presupuesto asignado para este tipo de eventos al Departamento de Capacitación y Desarrollo, previa presupuestación (Ver anexo 27).

3.1.4 COSTOS DE DOCUMENTACION

Los costos de documentación abarcan el costo físico de los documentos creados en la etapa de diseño sobre la Guía de Autoevaluación del modelo EFQM, la Adaptación del modelo y sus formularios, los planes de mejora e información general del modelo, adjudicando la responsabilidad del ISSS en la creación de las copias necesarias de los documentos para ser distribuidas al personal que comprenderá la estructura de calidad y los cuales se detallan a continuación:

- ✓ Consejo de calidad (8).
- ✓ Comités de calidad (12).
- ✓ Equipos de Mejora, Círculos de Calidad, Equipos de Apoyo y Grupos de Consulta (24)
- ✓ Personal de Dpto. de Desarrollo Institucional (4)

TABLA A-4: Calculo de costo de Documentación

DOCUMENTO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Información Gral. Del Modelo EFQM	48	\$3.0	\$ 144.00
Guía de Autoevaluación del modelo EFQM, la Adaptación del modelo y sus formularios	48	\$13.5	\$648.00
Copias de Planes de Mejora	48	\$11.25	\$540.00
Anillados	48	\$3.00	\$144.00
TOTAL			\$ 1,476.00

Los costos de documentación para implementación del modelo en un centro de atención mas involucrado seria de \$ 738.00 que corresponde a los costos generado por el personal operativo (24 personas, Equipos de Mejora, Círculos de Calidad, Equipos de Apoyo y Grupos de Consulta).

3.1.5 RESUMEN DE COSTOS DE IMPLEMENTACIÓN

El total resumen del total de costos de implementación se presenta en la siguiente tabla:

TABLA A-5: Costo total de implementación.

ELEMENTO	COSTO
Diseño del Sistema y planes de mejora	\$ 22,495.00
Costos de Capacitación	\$ 5,400.00
Costos de documentación	\$ 1,476.00
Subtotal	\$ 29,371.00
Imprevistos (5%)	\$ 1,468.55
MONTO TOTAL DE LA INVERSION	\$ 30,839.55

3.2 COSTOS DE OPERACIÓN

Los costos de operación para el desarrollo de las Autoevaluaciones e implementación de acciones de mejora deben ser considerados; es decir costos en los que ha de incurrir la Unidad medica para mantener el sistema de Gestión de Calidad EFQM y desarrollar las Autoevaluaciones, y están constituidos por:

- Los costos de la utilización permanente de los reportes generados por el sistema
- Los costos de oportunidad por la asignación de personal para desarrollar las Autoevaluaciones.
- Los costos de oportunidad del personal operativo para el desarrollo de los planes de mejora.

Los costos de oportunidad son determinados sobre la base que el personal que ejerza dichas funciones es desligado de carga de trabajo habitual que correspondería a 1 hora semanal para el consejo de calidad, 1.5 horas cada 15 días para el comité de calidad y de 2 horas semanales para el personal operativo, y que en su lugar efectuaría las actividades propias de la gestión de las Autoevaluaciones e informes de la implementación de los planes de mejora. Esto bajo el supuesto de que el tiempo solicitado para el modelo, no incurrirá en el desarrollo normal de sus actividades.

El detalle de los costos de operación se presenta a continuación:

TABLA A-6: Costos de operación del Sistema de calidad

ELEMENTO	COSTO MENSUAL	COSTO ANUAL
Costo de reportes sobre desarrollo de planes	\$ 15.0 (Informe mensual por comité (4) de 25 Pág. c/u a un costo unitario de 0.15/Pág.)	\$180.0

Pago de planilla consejo de calidad	\$ 327.36 (salario promedio de todos los involucrados \$1,200 al mes (\$6.82/h), 1.5 horas / semana, 8 personas)	\$ 3,928.32
Pago de planilla comités de calidad	\$ 327.36 (salario promedio de todos los involucrados \$1,200 al mes (\$6.82/h), 1.5 horas / quincena, 16 personas)	\$ 3,928.32
Pago de Planilla Personal Operativo	\$ 545.28 (salario promedio de todos los involucrados \$500.00 al mes (\$2.84/h), 2 horas / semana, 24 personas)	\$6, 543.36
TOTAL COSTOS		\$ 14,580.00

Se propone una autoevaluación posterior a obtener resultados de la implementación de los planes de mejora, por lo que los costos de autoevaluación son considerados en los costos operativos, incluyendo los reportes y el pago de planilla.

3.3 BENEFICIOS ESPERADOS (ECONOMICOS)

El modelo EFQM es una herramienta metodológica que ayuda a las entidades a conseguir éxitos empresariales midiendo su posición en el camino hacia la excelencia: les ayudan a detectar sus puntos fuertes y áreas de mejora para identificar e implementar soluciones potenciales para llegar a ser una organización excelente.

La implementación del modelo de calidad EFQM en las organizaciones ha significado un aumento en la eficiencia de sus operaciones, según investigaciones realizadas²⁹ las organizaciones presentan un incrementos en sus volúmenes de ventas de hasta un 8% después de ganar el premio europeo a la calidad, el segundo año en un 10%, el tercero un 18% y el cuarto un 50% con respecto a otras organizaciones de referencia que no lo han implementado (Ver anexo 28).

²⁹ Universidad de Leicester "Impacto de la implementación efectiva de EFQM en los resultados claves empresariales.

En lo que a costos respecta, se ha analizado los costos totales y la relación costos totales / ventas. En el período de implantación ambas, las ganadoras y las de referencia, se comportan similarmente en reducción de costos.

Pero en el período post implantación las ganadoras mejoran a sus referencias en el ratio reducción de costos / ventas:

- Ya en el primer año esta ventaja supone un 1,5% de mayor reducción que las de referencia.
- Y llega a un 4,4% de mayor reducción tras cinco años de haber ganado.

El estudio denota otro rubro denominado "valor de la acción" y en el cual hace referencia al impacto de implantación EFQM en resultados empresariales, analizado este valor en los dos períodos de implantación y post implantación. El valor incluye ganancia de capital, dividendos regulares y especiales, y aumento en la eficiencia operativa.

Los resultados indican que en el post-implantación los ganadores mejoran a sus referencias de forma significativa a partir del tercer año tras haber ganado. A pesar de que en el período implantación algunas entidades de referencia dan mejores resultados que las ganadoras, ello no es estadísticamente significativo.

Un análisis más detallado del valor de la acción de las ganadoras indican resultados interesantes.

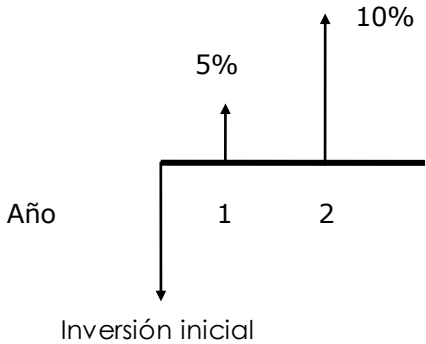
- En el año en que han ganado, mejoran un 5% respecto a las de referencia.
- Pero esta ventaja va creciendo hasta el tercer año tras haber ganado: Así, en el segundo año tras haber ganado mejoran un 24% respecto a sus referencias, llegando al tercer año con una mejora del 36%.

Luego de haber planteado este escenario, se pretende presentar los beneficios que se espera tenga la implementación de los planes de mejora en la unidad médica Atlacatl y el modelo EFQM en el área de salud del ISSS. Esto para efectos de evaluación y presentar el proyecto de implementación en una forma mas atractiva para la inversión. Por lo que se plantea en términos monetarios los beneficios internos para la unidad medica, principalmente asociados a la optimización de sus recursos mediante un aumento en la eficiencia de los servicios que esta presta, reflejados a su vez en un mayor número de consultas atendidas.

Actualmente en la unidad medica Atlacatl, se tiene 9,182 horas médicos, con las cuales se atiende a una población de 20,600 derechohabientes y 7,300 niños, y un promedio mensual de 27,455 consultas³⁰. Con la implementación de los planes de mejora y el modelo EFQM se espera obtener una mejora en la productividad del 5% en el primer año, para el segundo año se espera que sea del 10% lo cual representaría un importante ahorro para la unidad medica en el sentido que se llegaría a brindar una mayor cantidad de consulta en un año optimizando los recursos con los que esta cuenta.

FIGURA A-3: Mejora de la productividad de la UM.

Expresada en el aumento de la eficiencia



³⁰ Ver descripción de la Unidad Médica en estudio, pagina 105. La cantidad de los derechohabientes atendidos es diferente a la cantidad de consultas brindadas, un derechohabiente puede ser atendido más de una vez al año.

El presupuesto general de operación actual de la unidad médica Atlacatl es de \$ 7,074,102 (Ver anexo 29), el cual se desglosa de la siguiente forma:

TABLA A-7: Presupuesto de la unidad medica Atlacatl

UNIDAD MEDICA ATLACATL		
COD.	SUBLINEA DE TRABAJO, RUBRO, CUENTA Y OBJETO ESPECIFICO DE GASTO	MONTO \$
51	REMUNERACIONES	5,073,708
54	ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS	1,511,481
55	GASTOS FINANCIEROS Y OTROS	38,743
61	INVERSIONES EN ACTIVOS FIJOS	450,170
TOTAL		\$ 7,074,102

Dado que la cantidad promedio de consultas brindadas por la Unidad Médica Atlacatl es de 27,455 por mes, equivalente a un promedio de 329,460 consultas al año, se plantea la mejora en estos términos a continuación:

TABLA A- 8: Aumento de la productividad en la Unidad Médica Atlacatl.

AÑO	AUMENTO PRODUCTIVIDAD	CONSULTAS ACTUALES	CONSULTAS ESPERADAS
AÑO 1	5%	329,460	345,933
AÑO 2	10%	329,460	362,406

Al dividir el presupuesto actual entre la cantidad de consultas brindadas se obtiene un costo actual por consulta de la unidad médica de \$21.47, con la implementación de los planes de mejora y el modelo EFQM la relación de costo por consulta seria de \$20.53 en el primer año y de \$19.53 para el segundo año, como se detalla en la siguiente tabla considerando los costos de

implementación y operación del proyecto para cada año en el monto del presupuesto.

TABLA A-9: Relación de costo de consulta brindada

AÑO	PRESUPUESTO	CONSULTAS BRINDADAS	COSTO / CONSULTA
AÑO 0	\$ 7,074,102.00	329,460	\$ 21.47
AÑO 1	\$ 7,104,941.55 (presupuesto año 0 + inversión inicial)	345,933	\$20.54
AÑO 2	\$ 7,088,682.00 (presupuesto año 0 + costos de operación)	362,406	\$19.56

Lo anterior refleja que a pesar de la inversión requerida, el resultado en la relación del costo de la consulta médica el primer año baja \$0.9 con relación al costo actual, por el aumento en la productividad de la unidad médica y el segundo año refleja una reducción de \$1.91 por consulta³¹.

Los beneficios esperados se plantean en términos de la diferencia de costos por consulta del año 1 y 2 respecto al actual, multiplicado por la diferencia (incremento) de consultas brindadas para cada año, y se muestran en la tabla siguiente.

TABLA A-10: Beneficios esperados con la implementación del modelo EFQM

AÑO	INCREMENTO DE CONSULTAS	AHORRO/ CONSULTA	BENEFICIO
AÑO 0	0	\$ 0.0	\$0.00
AÑO 1	16,473	\$0.90	\$14,825.70
AÑO 2	32,946	\$1.91	\$62,926.86

³¹ Valor obtenido de la diferencia del costo de año 1 y año 2 respecto al costo del año 0.

3.4 EVALUACIÓN DEL VALOR ACTUAL NETO

El Valor Actual Neto (VAN), es el valor presente de los flujos de efectivo futuros esperados menos la inversión inicial incurrida en la implementación del sistema. Los flujos de efectivo son descontados con base en la Tasa Mínima Aceptable de Rendimiento (TMAR).

El Valor Actual Neto del proyecto se calcula con la siguiente formula:

$$VAN = \sum_{n=1}^{n=N} \frac{FNE_n}{(1+i)^n} - P$$

Donde:

n: es el periodo de evaluación del proyecto

i : es el valor de la TMAR

P: es el monto de la inversión inicial, y

FNE: flujo neto de efectivo.

Σ : Es la suma aritmética de los flujos de efectivo netos descontados de cada año del periodo de evaluación del proyecto, es decir el valor presente de los flujos de efectivo netos.

La utilización de este indicador está basado en la regla de decisión que determina la aceptación el proyecto si su VAN es mayor o igual a cero.

El monto de los flujos de efectivo esperados para los dos años del periodo de evaluación se calcula en la tabla 9, usando un valor de TMAR del 3%.

TABLA A-11: Flujos de efectivo

AÑO	COSTOS DE OPERACION	BENEFICIO	TOTAL	VALOR PRESENTE
AÑO 1	\$ 14,580.00	\$14,825.70	\$245.70	\$237.86
AÑO 2	\$ 14,580.00	\$62,926.86	\$48,346.86	\$45,571.55
TOTAL				\$45,809.41

Usando los valores de los costos de operación llevados a valor presente y restando el valor de la inversión inicial de \$ 30,839.55, se obtiene el valor de la VAN de \$14,969.86

$$VAN = (245.70/1.03) + (48,346.86/1.03^2) - \$ 30,839.55$$

$$VAN = \$14,969.86$$

Con este resultado se puede determinar que el proyecto es aceptable ya que se tendrá una proporción mayor de ahorros en base a lo invertido.

3.5 EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE RENTABILIDAD

El índice de rentabilidad, o razón costo beneficio, es el coeficiente del valor presente de los flujos de efectivo netos esperados para el periodo de evaluación del proyecto en relación con la inversión neta. Se expresa así:

“El índice de rentabilidad representa el rendimiento de cada unidad monetaria de la inversión inicial en términos de reducción de costos”.

Si el proyecto tiene un índice de rentabilidad mayor o igual a uno se puede considerar aceptable. El cálculo del IR se realiza con los valores obtenidos de la evaluación del VAN, es decir, la relación de la suma del valor presente del beneficio y el monto de la inversión inicial, como se detalla a continuación de la siguiente manera:

$$\text{IR} = \text{beneficio} / \text{costo}$$

$$\text{IR} = \$45,809.41 / \$30,839.55$$

$$\text{IR} = \$1.48$$

El índice de rentabilidad de 1.48 indica que se obtendrán beneficios de \$0.48 por cada dólar invertido en el proyecto.

3.6 EVALUACIÓN DE ESCENARIO A MEDIANO PLAZO

Como se ha indicado anteriormente, existe un periodo de implantación del modelo EFQM que comprende los primeros cinco años, antes de iniciar el periodo de preparación para optar al premio de calidad, el cual comprende del año 6 al 10, en el primer periodo las organizaciones que han implementado el modelo EFQM presentan mejores resultados respecto a las que no, siendo estas hasta un 24% en el primer periodo, para el caso de la Unidad Medica Atlacatl se plantea un escenario con un aumento en la prestación de consultas del 18% al final de 5 años de aplicado el modelo, para efectos de determinar el comportamiento de los indicadores económicos y si estos favorecen el desempeño de la unidad y el proyecto en si mismo.

FIGURA A-4: Mejora a mediano plazo de la UM

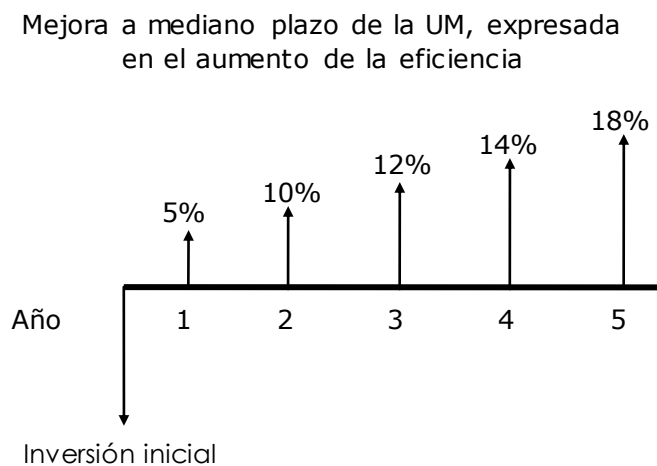


TABLA A-12: Evaluación de escenarios a mediano plazo, Consultas actuales: 329,460 (z)

	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	
AÑO	% de Incremento	Presupuesto	Cantidad de consultas	Incremento Consultas (c)-(z)	Costo / consulta (b)/(c)	Ahorro/ Consulta 21.47-(e)	BENEFICIO (d)*(f)	Valor presente
AÑO 0	0%	\$7,074,102.00	329,460	0	\$21.47	\$0.00	\$0.00	\$0
AÑO 1	5%	\$7,104,941.55	345,933	16,473	\$20.54	\$0.93	\$15,374.55	\$14,926.75
AÑO 2	10%	\$7,088,682.00	362,406	32,946	\$19.56	\$1.91	\$62,984.56	\$59,368.99
AÑO 3	12%	\$7,088,682.00	368,995	39,535	\$19.21	\$2.26	\$89,389.73	\$81,804.27
AÑO 4	14%	\$7,088,682.00	375,584	46,124	\$18.87	\$2.60	\$119,832.42	\$106,469.55
AÑO 5	18%	\$7,088,682.00	388,763	59,303	\$18.23	\$3.24	\$192,015.19	\$165,633.99

Inversión inicial de \$30,839.55

$$VAN = (\$14,926.75 / 1.03) + (\$59,368.99 / 1.03^2) + (\$81,804.27 / 1.03^3) + (\$106,469.55 / 1.03^4) + (\$165,633.99 / 1.03^5) - \$30,839.55$$

$$VAN = \$428,240.00 - \$30,839.55$$

$$VAN = \$397,400.45$$

$$IR = \text{beneficio} / \text{costo}$$

$$IR = \$428,240.00 / \$30,839.55$$

$$IR = 13.88$$

El resultado de los indicadores económicos nos presentan un escenario muy positivo para la unidad medica Atlacatl como para los derechohabientes, ya que si bien los beneficios no se presentan en una forma de entradas económicas, si lo harán con resultados que se reflejaran en una mayor cantidad de derechohabientes atendidos y una mejor calidad de las prestaciones de salud que la unidad medica brinda, teniendo así la posibilidad de incrementar su infraestructura y brindar servicios de internamiento de pacientes.

4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO.

El financiamiento para la implementación del Modelo EFQM se puede evaluar de las siguientes formas:

- ✓ Prestamos bancarios
- ✓ Fondos Propios
- ✓ Donaciones

Como se menciona anteriormente, la inversión requerida para la implementación del modelo EFQM en el área de salud del ISSS provendrá de la asignación presupuestaria que este tiene, ya que en la política financiera del ISSS no figura la obtención de préstamos a instituciones bancarias. Por lo que no se considerará esta evaluación.

Para la cual se debe solicitar un refuerzo presupuestario de alrededor de los \$35,000 para la inversión en el primer año, y para los años subsecuentes un refuerzo de \$15,000 para los costos de operación del modelo y planes de calidad.

Para tal efecto, el departamento de Desarrollo Organización en coordinación con la dirección de la Unidad Médica Atlacatl deberá presentar la solicitud formal del refuerzo presupuestario al Comité de inversiones del ISSS, para que este sea discutido en las sesiones ordinarias y extraordinarias. Las sesiones ordinarias se efectúan una vez al mes, en el día y hora que fije el Comité. Las sesiones extraordinarias se celebran por decisión del Presidente del Comité, o por petición a éste de por lo menos dos de sus miembros con derecho a voto.

De la sesión se levantará el acta correspondiente, en el que el quórum de sesiones del Comité será de tres de sus miembros con derecho a voto y el Comité adoptará sus acuerdos con el voto conforme de tres de sus miembros por lo menos.

En tal caso, La Secretaría Técnica del ISSS tendrá la responsabilidad de elaborar los estudios e investigaciones económicas-financieras que disponga el Comité en relación con sus funciones, y la de reunir la información necesarias para orientar la política inversionista del Instituto. En el cumplimiento de esas funciones, deberá presentar al Secretario Ejecutivo, antes de los 30 días anteriores al término de la vigencia de un presupuesto-programa, el cálculo de la disponibilidad para inversiones en el período siguiente.

Finalmente, el Comité de inversiones deberá presentar un informe escrito al Consejo directivo del ISSS el cual deberá emitir un fallo sobre la aprobación para la ejecución del proyecto EFQM en área de salud del ISSS.

5. RESULTADO DE LAS EVALUACIONES.

Con este capítulo se ha determinado una factibilidad desde el punto de vista del valor agregado en los procesos que se ofrece a los derechohabientes del ISSS, ya que esto mejora la confianza en la organización por parte del personal y derechohabiente, creando más satisfacción en estos.

Como resultado de la evaluación obtuvimos para nuestro proyecto el Valor Actual Neto (VAN = \$14,969.86), y el Índice de Rentabilidad (IR = 1.48), estos nos dan como resultados valores que económicamente demuestran que el proyecto es factible de realizar, únicamente con el desembolso inicial de \$30,839.55, siendo este valor calculado a través de costos referentes a los siguientes rubros:

- Diseño del Sistema y planes de mejora.
- Costos de Capacitación.
- Costos de Documentación.

Los cuales serían recuperables fácilmente en los dos primeros años, tal como lo demuestran los índices referidos anteriormente y los cálculos de flujo de efectivo del proyecto.

CONCLUSIONES

- El aseguramiento de la salud es fundamental para el desarrollo de los países, ya que asegura la fuerza de trabajo y empeño del recurso humano que forma parte de las organizaciones productivas del país.
- Contar con una guía para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en el Modelo EFQM proporcionara la orientación necesaria al ISSS para enfocar sus esfuerzos en la implementación de un sistema de calidad y con ello se logre la consecución de las metas establecidas.
- El contar con un sistema de autoevaluación permite conocer el rendimiento actual y la evolución de las Organizaciones, para que de este modo puedan anticiparse a los problemas y mantener una buena opinión de sus usuarios y su recurso humano.
- El Diagnostico realizado en la Unidad Médica Atlacatl y las acciones de mejora desarrollados, serán evaluadas por los círculos de calidad para su implementación en otros centros de atención medica.
- Con el Plan de Implementación propuesto, se implementara el modelo a nivel institucional, pudiéndose ser extensivo en los centros de atención medica que considere el Consejo de Calidad.
- La implementación del Modelo es económicamente factible y se requiere de una inversión mínima recuperable en los dos primeros años de implementación del modelo.

- El proyecto de implantación del Modelo de Gestión de Calidad al área de salud de ISSS, proporcionara beneficios económicos y sociales considerables que contribuirán al desarrollo de los Sistemas de Salud Nacional
- Los beneficios esperados con la implementación del Modelo EFQM están orientados a la satisfacción del cliente, a mejorar la oportunidad en la atención y lograr así la excelencia en el servicio prestado.
- El beneficio del modelo cubrirá el 65% de la población económicamente activa del país, contribuyendo al desarrollo económico de este.

RECOMENDACIONES.

- Se recomienda contactar inicialmente con la Unidad de Desarrollo Institucional del Instituto del Seguro Social para la implementación del Modelo y obtener información relevante sobre los planes actuales y a futuro que pueden llegar a implementarse.
- La implementación del Modelo en los centros de atención claves o de mayor demanda de la población con el objetivo de obtener resultados de mayor impacto que mejoren la imagen de la institución.
- Obtener un compromiso por parte de la alta dirección del ISSS de crear una cultura institucional de mejora continua para que los cambios de gobierno y de Dirección del ISSS no interrumpen el proceso.
- Involucrar dentro de la estructura de calidad el sindicato de trabajadores STISSS y SIMETRISSS, asegurando con en esto el compromiso del personal y la fluidez del proceso.

BIBLIOGRAFIA

- Boletín: Modelo EFQM de Excelencia
Versión para el Sector Público y las Organizaciones del Voluntariado
2003
- Curso de facilitadores institucionales
(Red Salvadoreña de Calidad Intersectorial)
RESAC/GTZ
Septiembre 2004
- Manual de Organización del Departamento de Desarrollo Institucional.
Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Estadísticas 2004.
Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
14 Junio 2005
- Informe sobre de Desarrollo Humano
PNUD 2005
- Documento: Conceptos fundamentales de Excelencia.
EFQM.
Bruselas, Bélgica
1999-2005
- Documento: Modelo Europeo de Gestión de Calidad EFQM.
EFQM.
Bruselas, Bélgica
1999-2004

Entrevistas:

- Dra. Meili de Ceron
Directora Unidad medica Atlacatl
- Lic. Pacheco Merino
Administrador Unidad medica Atlacatl

Internet:

- www.efqm.org
- www.clubcalidad.es
- www.isss.gob.sv
- www.mspas.gob.sv

GLOSARIO TECNICO

Dentro de los términos usados para definir el modelo de la EFQM, se encuentran entre otros los siguientes:

Aseguramiento de la calidad

Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas, implementadas en el Sistema de Calidad, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto satisfará los requisitos dados sobre la calidad.

Agentes

Conjunto de criterios englobados en el modelo de la EFQM cuyo enfoque realizado por la organización es relevante para la consecución de la excelencia de los resultados empresariales.

Auditoria

Es una herramienta de gestión que comprende una evaluación sistemática, documentada, periódica y objetiva del funcionamiento de la organización en su conjunto o de alguna de las unidades que la integran.

Auto evaluación

Es un examen global, sistemático y regular de las actividades y resultados de una organización comparados con un modelo de excelencia.

Benchmarking o Evaluación Comparativa

Proceso continuado y analítico para medir de forma sistemática las actividades, procesos, operaciones y prácticas de la propia organización frente a las análogas de organizaciones reconocidas como líderes o excelentes, sean competidoras o no.

Cadena de valor

Consiste en desagregar la actividad general de la empresa en actividades tecnológicas y económicas distintas, las cuales tienen diferente influencia en la posición relativa de costes de la organización (ventajas competitivas) o suponen distintas bases de diferenciación hacia el producto y el mercado.

Calidad:

Todas las formas a través de las cuales la empresa satisface las necesidades y expectativas de sus clientes, sus empleados, las entidades implicadas financieramente y toda la sociedad en general

Calidad total

Concepto de gestión empresarial que sitúa como primer objetivo de la misma la calidad del bien o servicio ofrecido y la satisfacción del cliente, a través de la mejora continua.

Clientes

Persona que demanda los servicios o productos que presta una Organización / Unidad Administrativa. Es el más próximo destinatario de los servicios o productos que ofrece una Unidad Administrativa.

Cultura de la organización

Es el conjunto de valores, símbolos, mitos, pautas de conducta y normas de actuación que influyen en la organización y que permiten una integración social y cultural de sus miembros.

DAFO (Debilidades - Amenazas - Fortalezas - Oportunidades)

Áreas de identificación y análisis en las etapas de planificación estratégica las cuales describen el entorno que influye a la organización y su propia capacidad.

EFQM (European Foundation for Quality Management)

Modelo de auto evaluación que permite analizar las personas, los procesos y los resultados de una organización

Eficacia

Se mide comparando los resultados realmente obtenidos con los previstos independientemente de los medios utilizados. También puede entenderse como la comparación entre los resultados obtenidos y un óptimo posible.

Eficiencia

Consiste en obtener el máximo resultado posible con unos recursos determinados, o en mantener con unos recursos mínimos la calidad y cantidad adecuada de un determinado servicio / producto.

Estándar

Fijación de normas o reglas a las que se deben ajustar las especificaciones de un servicio / producto o los métodos y procedimientos seguidos en su prestación / elaboración.

Estándar de calidad

Compromiso respecto al mantenimiento de un nivel de calidad en el contenido de sus prestaciones por parte de una unidad administrativa.

Estrategia de la organización

Es el modelo de objetivos, propósitos o metas y de las principales políticas y planes para alcanzarlos, planteados de tal manera que definen qué servicios se prestan o se van a prestar y la forma de su prestación.

Excelencia

Hace referencia a la forma de actuar de las organizaciones que satisfacen las necesidades del mercado, son líderes en su sector, están bien gestionadas, cumplen sus objetivos y obtienen una elevada rentabilidad.

Evaluación

Es la valoración de la capacidad de la empresa para lograr sus objetivos iniciales o revisados, de forma que se recomiende el «tipo de tratamiento», es decir, se formulen las políticas y procedimientos que regulan las desviaciones observadas en el funcionamiento de los sistemas.

GCT/TQM: Gestión de la Calidad Total, Total Quality Management.

Nombres comúnmente utilizados para identificar la filosofía y metodología que tiene como meta principal la mejora de los procesos, productos y servicios de una organización.

Gestión de procesos

Consiste en dotar a los procesos de las herramientas necesarias para lograr que éstos sean a la vez eficaces y eficientes, permitiendo un seguimiento y control sobre todas las actividades que forman parte de los mismos.

ISO 9000 (International Standards Organization)

Conjunto de normas que certifican que una organización dispone de un sistema de calidad acorde a una serie de requerimientos y recomendaciones definidas por la misma.

Indicador

Unidad de medida que permite el seguimiento y evaluación periódica de las variables clave de una organización, mediante su comparación con los correspondientes referentes internos y externos.

Mejora continua

Consiste en la mejora sistemática y continua de los procesos y del rendimiento operativo mediante el uso de metodologías apropiadas.

Misión

Finalidad fundamental que justifica la existencia de la organización.

Motivación

Es una predisposición general que dirige el comportamiento hacia la obtención de lo que se desea.

Norma

Especificación técnica de aplicación repetitiva o continuada cuya observancia no es obligatoria, establecida con participación de todas las partes interesadas, que aprueba un organismo reconocido a nivel nacional o internacional, por su actividad normativa.

Normalización

Actividad por la que se unifican criterios respecto a determinadas materias y se posibilita la utilización de un lenguaje común en un campo de actividad concreto.

Objetivos

Fines o metas que la organización se propone alcanzar con una estrategia determinada.

Planificación estratégica

Consiste en la fijación de objetivos a largo plazo, con su correspondiente asignación de recursos y diseño de sistemas de decisión y control que permitan

la consecución de aquellos, una vez alcanzados los objetivos a corto plazo.

PDCA

Planear - Ejecutar - Valorar – Actualizar (Plan - Do - Check - Act) La rueda de actividades interminables que lleva hacia la mejora continua.

Política de la organización

Marco general de la organización bajo el que se establece su misión esencial, valores, visión, objetivos y estrategias.

Recursos

Bienes económicos y no económicos susceptibles de ser empleados en cualquier proceso productivo.

Satisfacción del cliente

Está relacionado positivamente con la calidad percibida (a mayor calidad percibida, mayor satisfacción), y con la diferencia entre la calidad percibida y las expectativas previas a la recepción del servicio o producto.

Sistema de gestión de calidad

Conjunto de la estructura de la organización, las responsabilidades, los procedimientos, procesos y recursos establecidos para conseguir los objetivos en materia de calidad.

Visión

Describe las razones fundamentales de la existencia de la organización inspirando claramente la dirección a seguir. Incluye la calidad y la satisfacción del cliente, indicando donde se puede estar en el futuro, adelantándose a las nuevas necesidades de la sociedad.

ANEXOS

ANEXO 1

Enfoque de autoevaluación por formularios

Ejemplo de Formulario

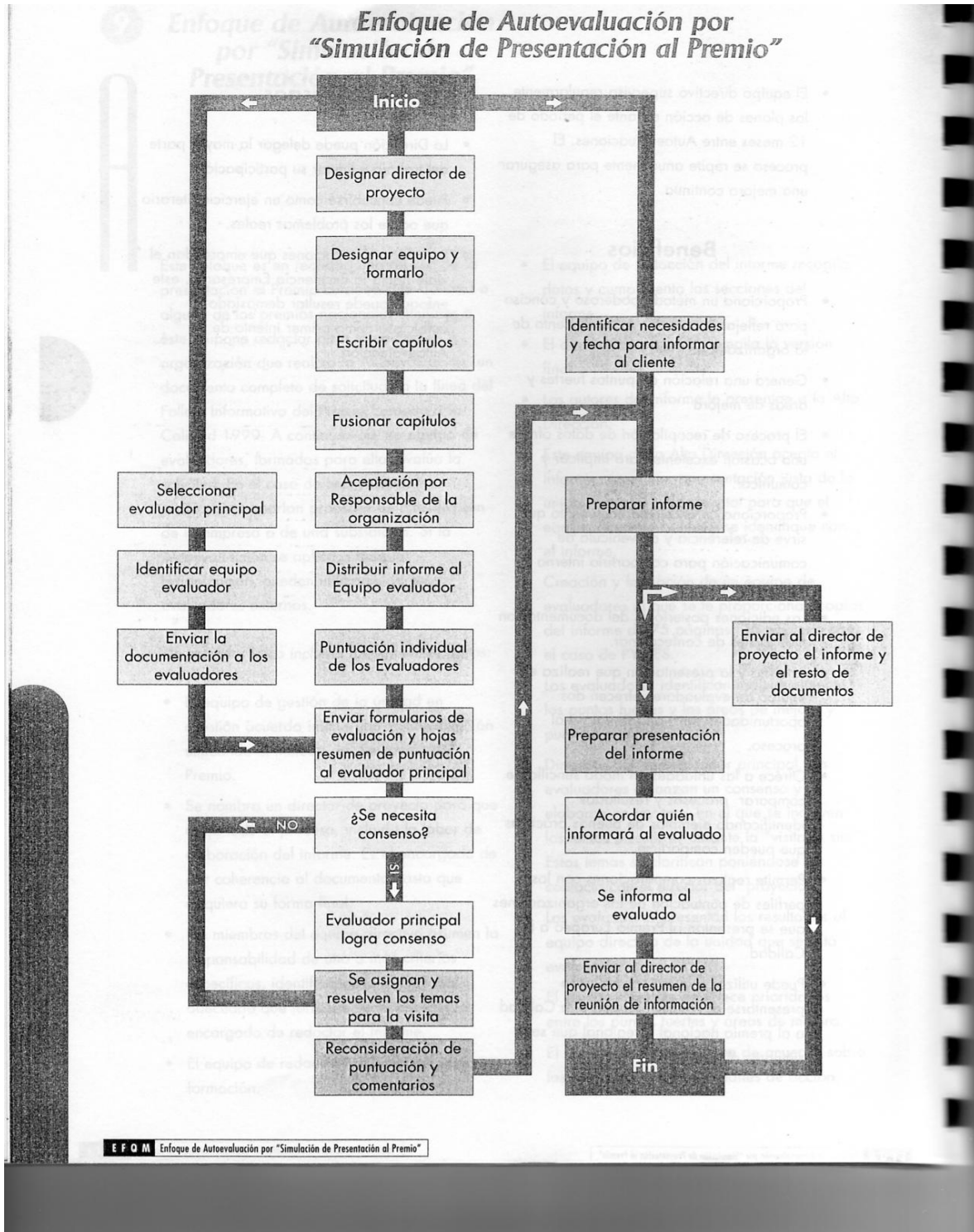
El formulario siguiente se incluye sólo como ejemplo y contiene información ficticia. Debe repetirse en cada subcriterio utilizado en la Autoevaluación (1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 2c, etc.).

Criterio 1		Liderazgo	
<p>Cómo los líderes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo e implantan todo ello en la organización mediante las acciones y los comportamientos adecuados, estando implicados personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la organización se desarrolla e implanta.</p>			
Subcriterio 1a			
<p>Desarrollo de la misión, visión y valores por parte de los líderes, que actúan como modelo de referencia dentro de una cultura de Excelencia</p>			
<p>Áreas a abordar*</p> <p>Cómo los líderes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollan los principios éticos y valores que fundamentan la creación de la cultura de la organización, actuando como modelo de referencia, • Se implican activa y personalmente en las actividades de mejora. • Revisan y mejoran la efectividad de su propio liderazgo y actúan sobre futuras necesidades de los líderes. • Estimulan y fomentan la colaboración dentro de la organización. 	<p>Puntos fuertes</p> <ul style="list-style-type: none"> – El equipo de Alta Dirección ha desarrollado un modelo de competencias de gestión que apoya los valores de la organización. – Efectividad evaluada por la encuesta de empleados y por las evaluaciones de 360°. – Los jefes de departamento se aseguran de que sus colaboradores participan en proyectos de mejora que afectan a diversas divisiones. <p>Áreas de mejora</p> <ul style="list-style-type: none"> – Los líderes no se implican personalmente en las actividades de mejora. 		
<p>Evidencias</p> <ul style="list-style-type: none"> – El modelo de competencias puede consultarse en la Intranet de la organización. – Los datos de las encuestas a empleados de 1994, 1996, y 1998 están segmentados de manera adecuada y las actividades de mejora de cada uno de los líderes se incluyen en su proceso de evaluación. – Todos los proyectos que afectan a diversas divisiones, así como los integrantes de los distintos equipos, están documentados en la Intranet de la organización. 			
Enfoque	Despliegue	Evaluación y Revisión	Puntuación Global
60%	50%	20%	45%

* La organización que va a realizar la Autoevaluación selecciona las áreas a abordar en función de la importancia que revisten para sus actividades.

ANEXO 2

Enfoque de Autoevaluación por "Simulación de Presentación al Premio"



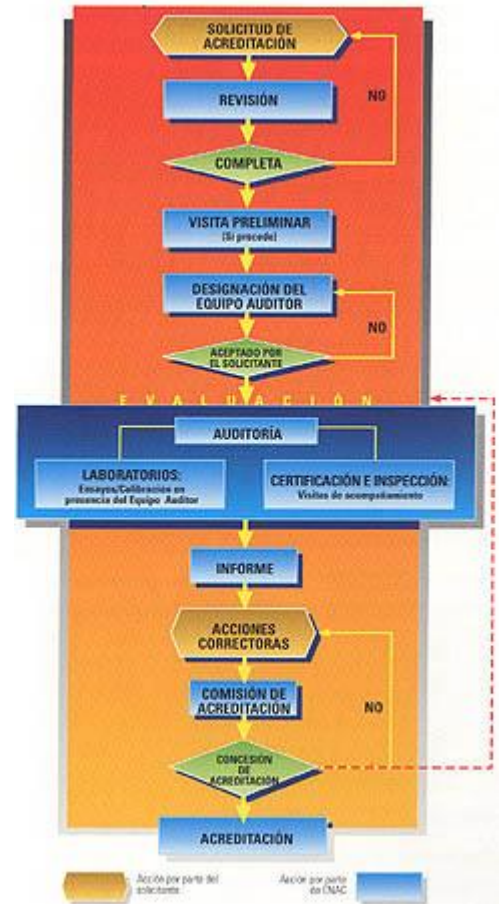
ANEXO 3

PROCESO DE ACREDITACIÓN

El proceso se inicia con la solicitud de la acreditación por parte de la entidad. Para ello, se utiliza los formularios de solicitud disponibles a tal efecto donde se indica la documentación y datos que deben aportarse.

Esta documentación es analizada por los técnicos de ENAC y, si es completa y adecuada, se designa un equipo auditor que previamente ha sido cualificado conforme a los requisitos de ENAC. El equipo auditor incluye expertos en las actividades de evaluación realizadas por el solicitante, quien puede recusar a los miembros del equipo si, a su juicio, existiese un conflicto de intereses no detectado previamente.

El equipo auditor evalúa que la entidad solicitante cumple los criterios de acreditación. El proceso de evaluación incluye un estudio de la documentación técnica, una auditoría y la observación de la realización de actividades para las que se solicita la acreditación. Los resultados de dicha evaluación se recogen en un informe que se envía al solicitante, donde se detalla cualquier posible desviación detectada respecto a los requisitos de acreditación. El solicitante debe contestar con las acciones correctoras que considere pertinentes.



Con el informe de evaluación, y a la vista de estas acciones correctoras, la Comisión de Acreditación toma una decisión que oportunamente es comunicada al solicitante. Si es positiva se emite el correspondiente certificado de acreditación; en caso contrario, se aplaza la decisión hasta que se verifique la resolución de las desviaciones.

El certificado de acreditación incluye un anexo técnico, en el que se delimita mediante distintos parámetros (productos, elementos, instalaciones, procesos o servicios, sectores o campo de actividad, determinaciones, áreas y magnitudes,...) el alcance de la acreditación.

Periódicamente se realizan visitas de seguimiento para verificar que el laboratorio continúa cumpliendo los requisitos de acreditación y cada cuatro/cinco años se reevalúa la competencia del laboratorio mediante una auditoría similar a la inicial.

DIMENSION INTERNACIONAL

ENAC participa activamente en todos los foros mundiales donde se establecen las políticas en materia de evaluación de la conformidad (**ILAC, IAF, EA,...**)

EA (European Cooperation for Accreditation) integra los organismos de acreditación de laboratorios y entidades de certificación e inspección reconocidas a nivel nacional, de la Unión Europea y de EFTA.

ILAC (International Laboratories Accreditation Cooperation) integra organismos de acreditación de laboratorios de todo el mundo.

IAF (International Accreditation Forum) integra organismos de acreditación de entidades de certificación de todo el mundo.

Estas organizaciones sirven de foro de discusión e intercambio de experiencias entre los distintos organismos de acreditación y en su seno se elabora la documentación técnica precisa para garantizar la adecuada homogeneidad en las actuaciones de los mismos.

Una vez lograda dicha homogeneidad y mediante la realización de auditorías cruzadas entre los propios organismos de acreditación, se establecen los llamados **Acuerdos Multilaterales de Reconocimiento (MLA)** con los que dichos organismos reconocen la equivalencia de sus acreditaciones y, por lo tanto, la de las actividades de los organismos evaluadores de la conformidad acreditados por ellos.

Con esto se consigue que un informe o certificado emitido por una entidad acreditada en un país firmante del MLA circule y sea aceptado en el resto de los países firmantes. Los Acuerdos Multilaterales de Reconocimiento hacen de la acreditación un "pasaporte" que facilita el acceso a los mercados.

ENAC ha firmado todos los Acuerdos Multilaterales (MLA) relativos a Ensayos, Calibración, Certificación de Sistemas de la Calidad, Certificación de Sistemas de Gestión Medioambiental, Certificación de Producto, Certificación de Personas e Inspección que se han establecido a nivel europeo e internacional.

Esta dimensión internacional de ENAC ofrece una gran oportunidad a la empresa española que puede contar con un respaldo reconocido en los mercados internacionales para la libre circulación de sus productos y servicios, sin necesidad de someterlos a nuevas pruebas.

La presencia de la **Marca de Acreditación de ENAC** en informes y certificados es la garantía de contar con ese respaldo.

ANEXO 4

PROC Gasto público social en % del PBI. Bienio 1996-1997

País	TOTAL	Educación	Salud	S. Social	Vivienda y Asist. Social
Uruguay	22.5	3.0	3.7	15.3	0.5
Panamá	22.0	5.5	6.8	6.6	3.1
Costa Rica	20.8	5.8	7.3	5.5	2.2
Brasil	19.8	3.4	2.9	10.1	3.4
Argentina	17.8	3.8	4.1	8.0	1.9
Colombia	15.3	4.4	3.7	5.4	1.8
Chile	14.2	3.3	2.5	6.7	1.7
Bolivia	12.0	5.9	1.4	2.7	2.0
Nicaragua	10.6	4.3	4.4	1.9	-
México a/	8.5	3.7	3.6	1.2	-
Venezuela	8.3	3.1	1.1	2.9	1.2
Paraguay	7.9	3.9	1.2	2.6	0.2
El Salvador	7.6	2.6	2.8	2.0	0.2
Honduras	7.2	-	-	-	-
R. Dominicana	6.1	2.3	1.4	0.7	1.7
Perú	5.8	-	-	-	-
Guatemala	4.2	1.7	0.9	0.7	0.9
Promedio	12.4	3.8	3.2	5.2	1.6

Fuente: CEPAL. Equidad, desarrollo y ciudadanía
a/ El dato en seguridad social incluye salud

ANEXO 5

CUADRO

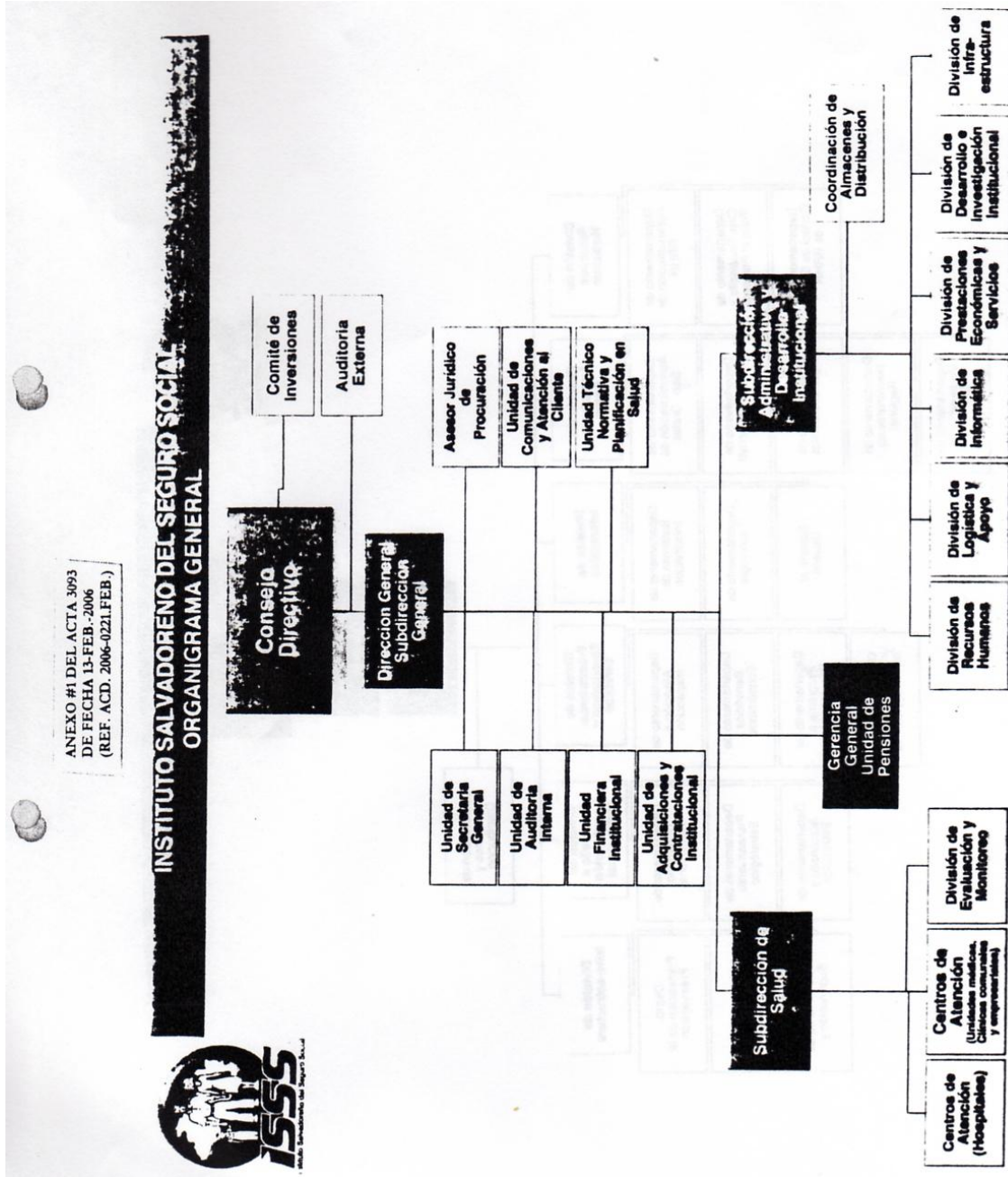
1

Índice de desarrollo humano

Clasificación según el IDH ^a	Valor del índice de desarrollo humano (IDH)	Esperanza de vida al nacer (años)	Tasa de alfabetización de adultos (% de personas de 15 años y mayores)	Tasa bruta combinada de matriculación en primaria, secundaria y terciaria (%)	PIB per cápita (PPA en US\$)	Índice de esperanza de vida	Índice de educación	Índice del PIB	Clasificación según PIB per cápita (PPA en US\$) menos clasificación según IDH ^d
	2003	2003	2003 ^b	2002/03 ^c	2003				
54 Tonga	0,810	72,2	98,9 ⁿ	83 ⁱ	6.992 ^q	0,79	0,93	0,71	17
55 Bulgaria	0,808	72,2	98,2	78	7.731	0,79	0,91	0,73	10
56 Panamá	0,804	74,8	91,9	79	6.854	0,83	0,88	0,71	17
57 Trinidad y Tobago	0,801	69,9	98,5 ^k	66 ^l	10.766	0,75	0,88	0,78	-6
DESARROLLO HUMANO MEDIO									
58 Jamahiriya Árabe Libia	0,799	73,6	81,7 ^k	96 ^l	.. ^{l,t}	0,81	0,86	0,72	9
59 Macedonia, ERY	0,797	73,8	96,1	70	6.794	0,81	0,87	0,70	16
60 Antigua y Barbuda	0,797	73,9 ^{l,m,r}	85,8 ^{l,u}	69 ^{l,m,t}	10.294	0,82	0,80	0,77	-7
61 Malasia	0,796	73,2	88,7	71	9.512	0,80	0,83	0,76	-3
62 Rusia, Federación de	0,795	65,3	99,4	90	9.230	0,67	0,96	0,76	-3
63 Brasil	0,792	70,5	88,4	91	7.790	0,76	0,89	0,73	1
64 Rumanía	0,792	71,3	97,3	72	7.277	0,77	0,89	0,72	4
65 Mauricio	0,791	72,2	84,3	71 ^l	11.287	0,79	0,80	0,79	-16
66 Granada	0,787	65,3 ^{l,u}	96,0 ^{l,u}	96	7.959	0,67	0,96	0,73	-3
67 Belarús	0,786	68,1	99,6 ^{k,o}	88	6.052	0,72	0,95	0,68	17
68 Bosnia y Herzegovina	0,786	74,2	94,6	67 ^v	5.967	0,82	0,86	0,68	17
69 Colombia	0,785	72,4	94,2	71	6.702 ^q	0,79	0,86	0,70	8
70 Dominica	0,783	75,6 ^{l,u}	88,0 ^{l,u}	75	5.448	0,84	0,84	0,67	21
71 Omán	0,781	74,1	74,4 ^k	63 ^l	13.584 ^l	0,82	0,71	0,82	-30
72 Albania	0,780	73,8	98,7	69	4.584	0,81	0,89	0,64	30
73 Tailandia	0,778	70,0	92,6	73 ^l	7.595	0,75	0,86	0,72	-7
74 Samoa (Occidental)	0,776	70,2	98,7 ^k	71 ^l	5.854 ^q	0,75	0,89	0,68	14
75 Venezuela	0,772	72,9	93,0	75 ^l	4.919	0,80	0,87	0,65	22
76 Santa Lucía	0,772	72,4	90,1	75 ^l	5.709	0,79	0,85	0,68	13
77 Arabia Saudita	0,772	71,8	79,4	57 ^l	13.226 ^q	0,78	0,72	0,82	-33
78 Ucrania	0,766	66,1	99,4	86	5.491	0,69	0,95	0,67	12
79 Perú	0,762	70,0	87,7	87 ^l	5.260	0,75	0,88	0,66	14
80 Kazajstán	0,761	63,2	99,5 ^{k,o}	85	6.671	0,64	0,94	0,70	-2
81 Libano	0,759	72,0	86,5 ^{k,l}	79 ^l	5.074	0,78	0,84	0,66	14
82 Ecuador	0,759	74,3	91,0	.. ^w	3.641	0,82	0,86	0,60	30
83 Armenia	0,759	71,5	99,4	72	3.671	0,77	0,90	0,60	28
84 Filipinas	0,758	70,4	92,6	82	4.321	0,76	0,89	0,63	19
85 China	0,755	71,6	90,9	69	5.003 ^r	0,78	0,84	0,65	11
86 Suriname	0,755	69,1	88,0	73 ^l	.. ^y	0,74	0,83	0,70	-7
87 San Vicente y las Granadinas	0,755	71,1	88,1 ^{l,u}	67	6.123	0,77	0,81	0,69	-5
88 Paraguay	0,755	71,0	91,6	73 ^l	4.684 ^q	0,77	0,86	0,64	13
89 Túnez	0,753	73,3	74,3	74	7.161	0,80	0,74	0,71	-20
90 Jordania	0,753	71,3	89,9	78	4.320	0,77	0,86	0,63	14
91 Belice	0,753	71,9	76,9	77 ^l	6.950	0,78	0,77	0,71	-19
92 Fiji	0,752	67,8	92,9 ⁿ	73 ^{l,j}	5.880	0,71	0,86	0,68	-5
93 Sri Lanka	0,751	74,0	90,4 ^r	69 ^l	3.778	0,82	0,83	0,61	17
94 Turquía	0,750	68,7	88,3	68 ^l	6.772	0,73	0,82	0,70	-18
95 República Dominicana	0,749	67,2	87,7	76 ^l	6.823 ^q	0,70	0,84	0,70	-21
96 Maldivas	0,745	66,6	97,2 ^k	75 ^l	.. ^y	0,69	0,90	0,65	2
97 Turkmenistán	0,738	62,4	98,8 ⁿ	.. ^w	5.938	0,62	0,91	0,68	-11
98 Jamaica	0,738	70,8	87,6 ^k	74 ^l	4.104	0,76	0,83	0,62	9
99 Irán, Rep. Islámica del	0,736	70,4	77,0	69 ^l	6.995	0,76	0,74	0,71	-29
100 Georgia	0,732	70,5	100,0 ^{k,t,oo}	71	2.588	0,76	0,90	0,54	21
101 Azerbaiyán	0,729	66,9	98,8 ⁿ	69	3.617	0,70	0,89	0,60	12
102 Territorios Palestinos Ocupados	0,729	72,5	91,9	80 ^l	.. ^{oo}	0,79	0,88	0,52	26
103 Argelia	0,722	71,1	69,8	74 ^l	6.107 ^q	0,77	0,71	0,69	-20
104 El Salvador	0,722	70,9	79,7 ^k	68	4.781 ^q	0,76	0,76	0,65	-5
105 Cabo Verde	0,721	70,4	75,7 ^k	73	5.214 ^q	0,76	0,75	0,66	-11
106 República Árabe Siria	0,721	73,3	82,9	62 ^l	3.576	0,81	0,76	0,60	8

ANEXO 6

ORGANIGRAMA GENERAL DEL ISSS



Subdirección Administrativa y Desarrollo Institucional



Consejo Directivo

Dirección General Subdirección General

Subdirección Administrativa y Desarrollo Institucional

Coordinación de Almacenes y Distribución

División de Recursos Humanos

Departamento de Administración de RRHH

Departamento de Cap. Desarrollo y Prest al Personal

Departamento de Control de Gestión de RRHH

División de Logística y Apoyo

Departamento de Administración de Serv. Grales

Departamento de Servicios de Apoyo

Departamento de Ingeniería Clínica

Departamento de Mantenimiento Regional

Departamento de Mantenimiento Central

División de Informática

Departamento de Sistemas de Información

Departamento de Tecnología

Soporte al Usuario

División de Prestaciones Económicas y Servicios

Departamento de Aliación e Inspección

Departamento de Beneficios Económicos

Departamento de Programa a Pensionados

Oficina Administrativa, Usulular, Sponsorate Occidente y Oriente

División de Desarrollo e Investigación Institucional

Departamento de Desarrollo Institucional

Departamento de Planeamiento Estratégico

Departamento de Actuarado y Estadística

División de Infra-estructura

Depto. Planeación de la Preinversión

Depto. de Ingeniería y

Departamento de Supervisión y

Unidad Técnica Normativa y Planificación en Salud



Consejo Directivo

Dirección General Subdirección General

Unidad Técnica Normativa y Planificación en Salud

Equipo Técnico Asesor

Departamento Docencia y Educación Continua

Departamento Prevención en Salud

Departamento Normalización y Estandarización

Departamento Farmacoterapia

Departamento de Epidemiología

Departamento Planificación de Adquisiciones en Salud

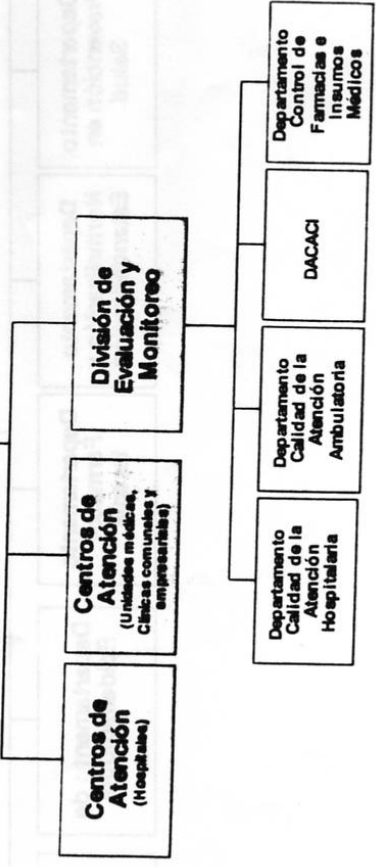


Subdirección de Salud

Consejo Directivo

Dirección General Subdirección General

Subdirección de Salud

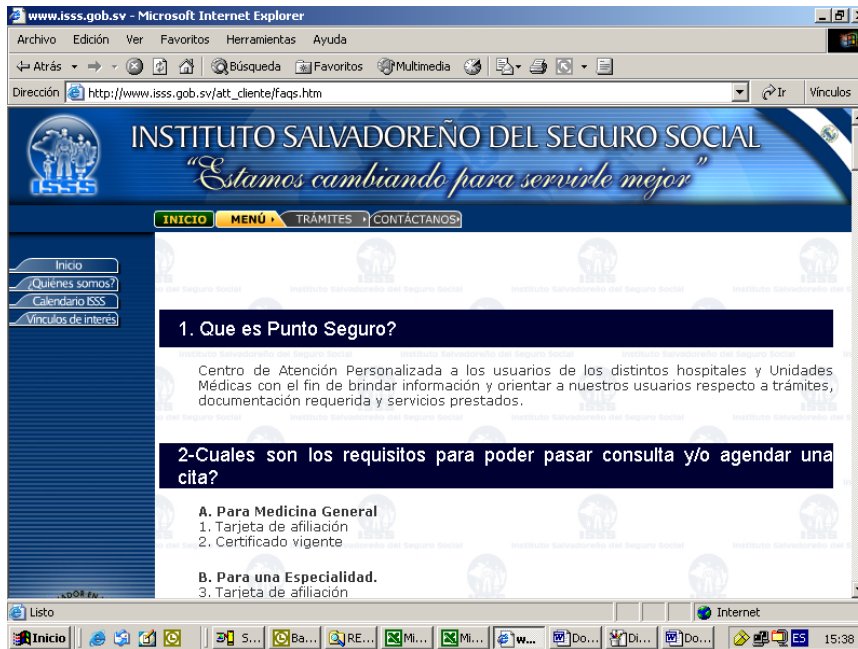


ANEXO 7

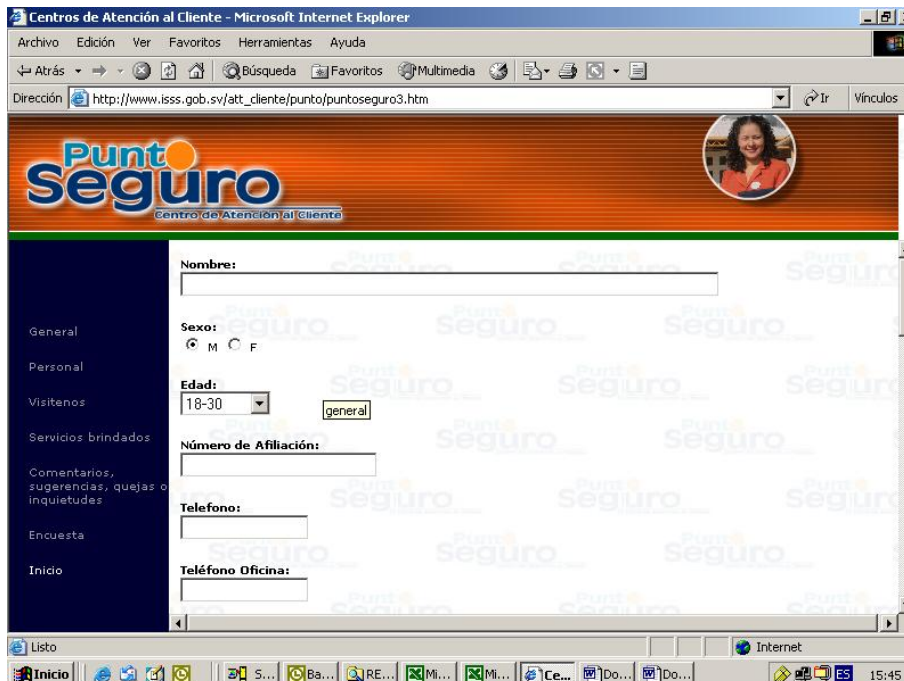
Información sobre servicios ISSS

http://www.iss.gov.sv/Vinculos/vinculos_gob.htm

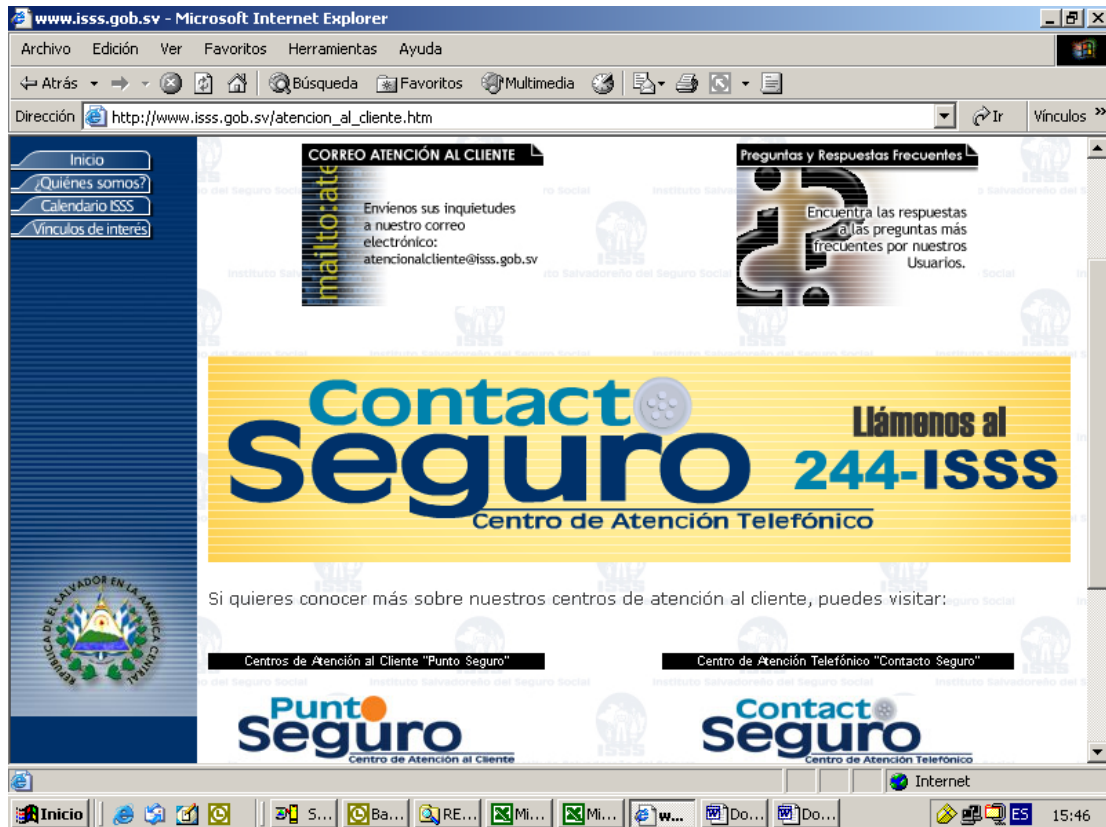
Información sobre Servicios



Encuestas de la prestación de servicios



Información General sobre servicios



ANEXO 8

Detalle de los valores de los criterios para selección de la Unidad en estudio

UNIDADES MEDICAS DE LA ZONA METROPOLITANA

N	NOMBRE DE LA UNIDAD MEDICA	CANTIDAD DE SERVICIOS	CANTIDAD DE EMPLEADOS
1	UNIDAD MEDICA ATLACATL	20	460
2	UNIDAD MEDICA ZACAMIL	15	451
3	UNIDAD MEDICA ILOPANGO	14	571
4	UNIDAD MEDICA 15 DE SEPTIEMBRE	17	315
5	UNIDAD MEDICA SAN JACINTO	15	358

CANTIDAD DE SERVICIOS Y EMPLEADOS DE LA UNIDAD MEDICA ATLACATL		
CANTIDAD DE SERVICIOS	NOMBRE DEL CENTRO DE COSTO	CANTIDAD DE EMPLEADOS
	DIRECCION	6
1	PROYECTO AT.EMERGENCIA NI#OS UM ATLACATL	1
2	PROYECTO AT.CONSULTA EXT.NI#OS UM ATLACATL	5
	JEFATURA DE ADMINISTRACION	11
	SERVICIOS GENERALES	43
	ADMISION Y REGISTROS MEDICOS	29
3	MEDICINA INTERNA	10
4	DERMATOLOGIA	5
5	MEDICINA GENERAL	19
6	EMERGENCIA (MED. ,CIRUGIA Y GINECO.)	11
7	CIRUGIA GENERAL	7
8	GERIATRIA	1
9	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	2
10	GINECO-OBSTETRICIA	12
	PUERICULTURA	1
11	PEDIATRIA	9
12	ODONTOLOGIA GENERAL	14
12	ODONTOLGIA DE ESPECIALIDADES (U.M. ATLACAT	5
12	ODONTOLOGIA PREVENTIVA	2
13	CARDIOLOGIA	1
14	RADIOLOGIA (RAYOS X)	13

15	LABORATORIO CLINICO	32
16	MEDICINA FISICA Y REHABILITACION (U.M.ATLAC	7
17	DIETOLOGIA CLINICA (U.M. ATLCAT	2
18	EDUCACION PARA LA SALUD (U.M. ATLCAT	7
19	TERAPIA RESPITATOTRIA (U.M. ATLCAT	2
20	SALUD MENTAL (U.M. ATLCAT	7
	ENFERMERIA	60
	FARMACIA	33
	TRABAJO SOCIAL	10
		367
	CLINICA COMUNAL CIUDAD DELGADO	24
	CLINICA COMUNAL SAN MIGUELITO	24
	CLINICA COMUNAL CUSCATANCINGO	22
	CLINICA COMUNAL LA RABIDA	23
TOTAL DE SERVICIOS 20		460

CANTIDAD DE SERVICIOS Y EMPLEADOS DE LA UNIDAD MEDICA ZACAMIL

CANTIDAD DE SERVICIOS	NOMBRE DEL CENTRO DE COSTO	CANTIDAD DE EMPLEADOS
	DIRECCION	2
1	PROYECTO AT. EMERGENCIA NI#OS,UM ZACAMIL	4
2	PROYECTO AT. CONSULTA EXT. NI#OS UM ZACAMIL	8
	JEFATURA DE ADMINISTRACION	10
	SERVICIOS GENERALES	35
	ADMISION Y REGISTRO MEDICOS	25
	BODEGA (U.M. ZACAMIL	1
3	MEDICINA INTERNA	3
4	DERMATOLOGIA	2
5	MEDICINA GENERAL	25
6	EMERGENCIAS	20
7	CIRUGIA GNERAL	2
8	GINECO-OBSTETRICIA (CONS.EXTERNA)	15
	PUERICULTURA	1
9	PEDIATRIA	10
10	ODONTOLOGIA GENERAL	18
11	RADIOLOGIA (RAYOS X)	17
12	LABORATORIO CLINICO	28
13	MED. FISICA Y REHABILITACION	10
14	EDUCACION PARA LA SALUD (U.M. ZACAMIL	7
15	SALUD MENTAL (U.M. ZACAMIL	5
		2
	ENFERMERIA	50
	FARMACIA	27
	TRABAJO SOCIAL	4
		331
	CLINICA COMUNAL MEJICANOS	25
	CLINICA COMUNAL SAN ANTONIO ABAD	27
	CLINICA COMUNAL AYUTUXTEPEQUE	22

	CLINICAS COMUNAL MIRAMONTE	23
	CLINICA C. VIRGEN DEL TRANSITO -MEJICANOS	23
TOTAL DE SERVICIOS 15		451
CANTIDAD DE SERVICIOS Y EMPLEADOS DE LA UNIDAD MEDICA ILOPANGO		
CANTIDAD DE SERVICIOS	NOMBRE DEL CENTRO DE COSTO	CANTIDAD DE EMPLEADOS
	DIRECCION	9
1	PROYECTO AT. EMERGENCIA NI#OS UM ILOPANGO	4
2	CONSULTA EXTERNA INTEGRAL DE ESPEC. ILOPANGO	4
3	PROYECTO AT. CONSULTA EXT. NI#OS UM ILOPANG	7
	JEFATURA ADMINISTRACION	18
	SERVICIOS GENERALES	48
	ADMISION Y REGISTROS MEDICOS(ARCHIVO CL	27
	BODEGA (U.M. ILOPANG	3
4	DERMATOLOGIA	2
5	MEDICINA GENERAL	55
6	EMERGENCIAS	36
7	GINECO-OBSTETRICIA	21
	PUERICULTURA	1
8	PEDIATRIA	16
9	ODONTOLOGIA GENERAL	25
9	ODONTOLOGIA PREVENTIVA	1
	RADIOLOGIA E IMAGENES (U.M. ILOPANG	8
10	LABORATORIO CLINICO	32
11	MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	14
12	DIETOLOGIA CLINICA (U.M. ILOPANG	3
13	EDUCACION PARA LA SALUD (U.M. ILOPANG	6
14	SALUD MENTAL (U.M. ILOPANG	7
	ENFERMERIA	54
	FARMACIA	30
	TRABAJO SOCIAL	5
		436
	CLINICA COMUNAL SAN MARTIN	22
	CLINICA COMUNAL SOYAPANGO	25
	CLINICA COMUNAL COLONIA SANTA LUCIA	23
	CLINICA COMUNAL REPARTO MORAZAN	23
	CLINICA COMUNAL MONTEMARIA	21
	CLINICA COMUNAL SAN CRISTOBAL	21
TOTAL DE SERVICIOS 14		571
CANTIDAD DE SERVICIOS Y EMPLEADOS DE LA UNIDAD MEDICA 15 DE SEPTIEMBRE		
CANTIDAD DE SERVICIOS	NOMBRE DEL CENTRO DE COSTO	CANTIDAD DE EMPLEADOS
	DIRECCION	6
1	TROYECTO AT.EMERGENC.EXT.NI#OS UM 15 DE SEP	2
2	CONSULTA EXTERNA INTEGRAL DE ESPEC.15 DE SEPT	1
3	TROYECTO AT. CONSULTA EXT.NI#OS UM 15 DE SE	2

	JEFATURA DE ADMINISTRACION	20
	SERVICIOS GENERALES	28
	ADMISION REGISTROS MEDICOS (ARCHIVO CLI	25
	TRAMITES Y PAGO DE SUBSIDIOS	3
4	MEDICINA INTERNA (U.M. 15 DE S	3
5	DERMARTOLOGIA	1
6	MEDICINA GENERAL	25
7	EMERGENCIAS	14
8	CIRUGIA GENERAL (U.M. 15 DE S	4
9	GINECO-OBSTETRICIA	12
	PUERICULTURA	3
10	PEDIATRIA	3
11	ODONTOLOGIA GENERAL	21
11	ODONTOLOGIA PREVENTIVA	4
12	RADIOLOGIA	8
13	LABORATORIO CLINICO	14
14	MEDICINA FISICA Y REHABILITA. (U.M. 15 DE S	5
15	EDUCACION PARA LA SALUD (U.M. 15 DE S	8
16	MEDICINA DEL TRABAJO	2
14	FISIATRIA (U.M. 15 DE S	1
17	SALUD MENTAL (U.M. 15 DE S	6
	ENFERMERIA	49
	FARMACIA	22
	TRABAJO SOCIAL	3
	CLINICA COMUNAL MONSERRAT	20
CANTIDAD DE SERVICIOS 17		315

CANTIDAD DE SERVICIOS Y EMPLEADOS DE LA UNIDAD MEDICA SAN JACINTO

CANTIDAD DE SERVICIOS	NOMBRE DEL CENTRO DE COSTO	CANTIDAD DE EMPLEADOS
	DIRECCION	5
1	PROYECTO AT. EMERGENCIA NI#OS UM SN JACINTO	2
2	PROYECTO AT.CONSULTA EXT.NI#OS UM SAN JACIN	4
	JEFATURA DE ADMINISTRACION	14
	SERVICIOS GENERALES	24
	ADMISION Y REGISTROS MEDICOS (ARCHIVO C	23
	TRAMITES Y PAGO DE SUBSIDIOS	1
	BODEGA	3
3	MEDICINA INTERNA	1
4	DERMATOLOGIA	1
5	MEDICINA GENERAL	26
6	EMERGENCIAS	11
7	CIRUGIA GENERAL	3
8	GINECO-OBSTETRICIA	11
	PUERICULTURA	2
9	PEDIATRIA	10
10	ODONTOLOGIA GENERAL	22
10	ODONTOLOGIA DE ESPECIALIDADES	1

10	ODONTOLOGIA PREVENTIVA	2
11	RADIOLOGIA (RAYOS X)	3
12	LABORATORIO CLINICO	13
13	DIETOLOGIA CLINICA	1
14	EDUCACION PARA LA SALUD	7
15	SALUD MENTAL	4
	ENFERMERIA	40
	FARMACIA	20
	TRABAJO SOCIAL	4
		258
	CLINICA COMUNAL SAN MARCOS	25
	CLINICA COMUNAL BARRIO SN. ESTEBAN	22
	CLINICA COMUNAL COLONIA COSTA RICA	22
	CLINICA COMUNAL SANTO TOMAS	31
CANTIDAD DE SERVICIOS 15		358

CANTIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNIDAD MEDICA DEL ISSS

Zona Metropolitana	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Junio	Total / Unidad
HOSPITAL MÉDICO QUIRÚRGICO	5,602	9,542	5,468	5,099	5,039	6,752	37,502
HOSPITAL 1o. DE MAYO	12,043	11,351	9,995	11,596	10,643	11,780	67,408
HOSPITAL NEUMOLÓGICO	0	0	0	0	1,643		1,643
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	1,842	1,694	1,335	2,551	477	1,581	9,480
OFICINAS ADMINISTRATIVAS	0	0	0	482		517	999
ZACAMIL	21,753	20,547	17,410	21,411	20,378	21,869	123,368
ATLACATL	25,248	22,900	19,536	25,335	22,659	24,009	139,687
SAN JACINTO	18,005	16,737	14,387	16,429	16,648	18,159	100,365
SANTA ANITA (15 DE SEPT.)	17,773	17,496	14,597	15,617	17,159	18,740	101,382
ILOPANGO	29,187	28,868	23,818	30,746	29,391	35,197	177,207
U. MED. FÍSICA Y REHABILIT.	1,776	2,500	2,055	2,349	2,065	2,471	13,216
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	0	0	0	0			0
HOSPITAL DE ONCOLOGÍA	6,805	6,285	5,427	6,783	6,195	6,926	38,421
CLIN. COMUN. ZONA METRO.	43,117	39,420	31,416	43,216	38,907	44,716	240,792
CLIN. EMPRES.ZONA METRO.	37,783	34,398	47,665	35,644	36,104	38,360	229,954
ASOC. DEMOGRÁFICA SALVADOREÑA	0	0	0	0			0
HOSPITAL ROMA	197	596	610	561	1,344	0	3,308
HOSPITAL AMATEPEC	5,682	5,505	5,785	5,080	5,861	6,214	34,127
CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES	25,058	23,489	18,242	25,210	23,609	26,042	141,650
CENTRO DE EMERGENCIAS	0	0	0	0			0
HOSPITAL GENERAL	7,336	7,595	8,295	8,619	9,037	9,505	50,387
HOSPITAL MILITAR PLAN CONTINGENCIAL	1,628	1,877	1,038	1,622	1,559	2,142	9,866
Total / mes	260,835	250,800	227,079	258,350	248,718	274,980	

ANEXO 9

Diseño de Cuestionario de Evaluación Express

GUIA PARA CONTESTAR LA ENCUESTA.

CALIFICACIONES

BLANCO

Blanco o **SIN CONOCIMIENTO**, marque esta casilla cuando no se tenga conocimiento alguno sobre el aspecto que se esta evaluando, es decir que no se tiene información para dar una respuesta clara.
Ejemplo.

ASPECTOS A ANALIZAR	Blanco	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Total
Se Identifican y diseñan los procesos y subprocesos (Mapas de procesos, ISO)						

NADA Y TOTAL.

Este tipo de respuesta es para aquellos aspectos en los que no se cuenta con una escala para ser evaluado.

NADA

Marque nada cuando el aspecto a evaluar **NO** está siendo aplicado dentro del Instituto. (0%)

TOTAL

Marque total cuando el aspecto a evaluar **SI** está siendo aplicado dentro del Instituto. (100%)

Por ejemplo, este tipo de preguntas solo pueden ser respondidos con un SI o un NO.

ASPECTOS A ANALIZAR	Blanco	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Total
Existe una Definición, desarrollo y difusión de la Misión						

ASPECTOS A ANALIZAR	Blanco	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Total
Hay Establecimiento de los objetivos mediante un proceso de reflexión definido, estructurado y consensuado (con la Dirección)						

POCO

Marque Poco cuando considere que el aspecto a evaluar si existe dentro de la organización, pero no logra el objetivo.

BASTANTE

Marque bastante cuando considere que el aspecto a evaluar si se cumple, alcanza el objetivo, pero no satisfactoriamente.

MUCHO

Marque Mucho cuando el aspecto a evaluar si se cumple y alcanza satisfactoriamente el objetivo de este.

Por ejemplo este tipo de aspectos pueden ser evaluados en una escala de POCO, BASTANTE y MUCHO.

ASPECTOS A ANALIZAR	Blanco	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Total
Se cuenta con una Identificación de los aliados clave (Proveedores y recursos internos) y establecimiento de alianzas acordes con la política y estrategia						

ASPECTOS A ANALIZAR	Blanco	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Total
Se planifica el uso de edificios, equipos y materiales en función de un mejor aprovechamiento y desarrollo de las actividades diarias.						

UNIDAD MEDICA ATLATL

Tenga un cordial saludo de nuestra parte, el presente cuestionario es para contribuir al desarrollo del trabajo de graduación que consiste en la elaboración de una Guía de Implantación de un Sistema de Gestión de Calidad basado en el Modelo EFQM para el ISSS. Por lo tanto, su ayuda es de gran importancia para la realización de la investigación. la información obtenida es solamente para fines académicos y se maneja con total confidencialidad. Gracias de ante mano por su ayuda.

Blanco: Sin bases para calificar (No se cuenta con conocimiento para responder o no aplica para el area)						
Nada: Equivalente a 0% o NO						
Total: Hay evidencia completa de que esta implementado y funcionando o SI.						

Es importante recordar que este cuestionario debe ser contestado pensando en la Unidad Medica en general y no basarse en un area especifica de esta.

1.- LIDERAZGO

Se entiende por liderazgo el comportamiento y la actuación del equipo directivo y del resto de los responsables guiando a la Unidad Medica hacia la mejora continua.

ASPECTOS A ANALIZAR	Blanco	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Total
Se tiene una Definición clara de liderazgo y/o perfil de los líderes de la UM						
Hay apertura y aceptación por parte de los líderes de formación en Gestión de la Calidad (por ejemplo: Modelo EFQM, ISO 9000, Gestión por Procesos, etc						
Existe una Definición, desarrollo y difusión de la Misión						
Existe una Definición, desarrollo y difusión de la Visión						
Existe una Definición, desarrollo y difusión de los Valores						
Se tiene un Comportamiento coherente de los líderes con la Misión, Visión y Valores, actuando como modelo de referencia.						
Hay Participación de los líderes en actividades de mejora con los Derechohabientes y proveedores						

Hay Impulso o apoyo de los líderes a iniciar cambios y acciones de mejora						
Participan los líderes en actividades internas de mejora						
Se cuenta con apoyo de los líderes en la asunción de responsabilidades a los trabajadores y a la creatividad e innovación						
Se tiene accesibilidad y oportunidad de ser escuchado por los líderes						
Existe promoción por parte de los líderes de formación e implantación de sistemas de calidad.						
Existe el reconocimiento oportuno y adecuado de los esfuerzos y logros de las personas por parte de los líderes.						
Participan los líderes en actividades externas de la UM para la difusión de la calidad						
Se cuenta con la Planificación o utilización de sistemas para evaluar y/o revisar el liderazgo						
Existe disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la efectividad del liderazgo						
Hay Identificación y priorización de oportunidades de mejora del liderazgo mediante la medición y el aprendizaje						
Existe planificación o puesta en marcha de acciones de mejora en la gestión del liderazgo						
2.- ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN						
Por planificación y estrategia se entiende el conjunto de fines, objetivos y valores de la Unidad Medica, así como la forma en la que éstos se formulan e integran en los proyectos institucionales.						
ASPECTOS A ANALIZAR	Blanco	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Total
Se tienen Identificados y diferenciados los grupos de interés (Personal Medico , enfermería ,administrativo,etc)						
Hay una identificación y utilización de medios para obtener información sistemática de los grupos de interés						

Las necesidades y expectativas de los grupos de interés son el fundamento para la definición de los planes y objetivos						
Se cuenta con la Identificación de otras fuentes relevantes de información acerca de competidores, nuevas tecnologías, etc.						
Se cuenta con un sistemas para analizar y distribuir la información de competidores, nuevas tecnologías, etc						
Se han Identificado y definido los procesos clave (Recepción, consulta, entrega de medicamentos,etc).						
Hay Establecimiento de los objetivos mediante un proceso de reflexión definido, estructurado y consensuado (con la Dirección)						
Se cuenta con documento(s) que recoja(n) los objetivos y la planificación de actividades para garantizar que se alcanzan los objetivos						
Se consideran los objetivos en el diseno de los procesos.						
Se Comunica de los objetivos a los trabajadores y se realiza una verificación de su conocimiento.						
Se cuenta con la Planificación o utilización de sistemas para evaluar/revisar periódicamente la estrategia, planes y objetivos						
Existe disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la importancia y efectividad de la estrategia, los planes y los objetivos						
Hay Identificación y priorización de oportunidades de mejora de la política y estrategia mediante la medición y el aprendizaje						
Existe una planificación o puesta en marcha de acciones de mejora respecto a la planificación y estrategia						
3.- PERSONAS						
Este criterio se refiere a cómo gestiona, desarrolla y aprovecha la Unidad Medica la organización, el conocimiento y todo el potencial de las personas que lo componen, tanto en aspectos individuales como de equipos o de la organización en su conjunto; y cómo organiza estas actividades en apoyo de su planificación y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.						

ASPECTOS A ANALIZAR	Blanco	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Total
Se Planifica los recursos humanos necesarios en relación a la actividad, presupuesto y objetivos						
Se Incorpora el personal con garantía de adaptación al puesto (perfiles, descripciones de puestos...)						
Se Incorpora el personal mediante planes de inducción u otros sistemas						
Se cuenta con planes de formación con el fin de favorecer el desarrollo de competencias y capacidades						
Se ayuda a las personas a conseguir los objetivos establecidos, a mejorar su desempeño y a evaluar sus logros (rendimiento)						
Existe la estructuración en equipos para mejorar la forma de trabajar y garantizar una atención más eficaz y ágil a los derechohabientes y grupos de interés						
Se Fomenta y apoya la participación de las personas en actividades de mejora (grupos, elaboración de protocolos, procesos,...)						
Hay desarrollo y utilización de canales de comunicación interna (reuniones, comisiones, grupos, boletines, intranet,...)						
Se utilizan sistemas de reconocimiento en la consecución de objetivos, esfuerzos o logros del personal.						
Se han adoptado medidas para garantizar la seguridad y la salud laborales						
Se cuenta con la planificación o utilización de sistemas para evaluar/revisar periódicamente la gestión de las personas						
Existe disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de las personas						
Hay Identificación y priorización de las posibles oportunidades de mejora en la gestión de las personas mediante la medición y el aprendizaje						
Existe planificación o puesta en marcha de acciones de mejora respecto a la gestión de las personas						

4.- ALIANZAS Y RECURSOS

Este criterio se refiere al modo en que la Unidad Medica gestiona eficazmente los recursos disponibles y las colaboraciones externas para realizar sus actividades, en función de la planificación y estrategia establecidas en la Unidad Medica.

ASPECTOS A ANALIZAR	Blanco	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Total
Se cuenta con una Identificación de los aliados clave (Proveedores y recursos internos) y establecimiento de alianzas acordes con la política y estrategia						
Se cuenta con la estructuración de relaciones con los aliados (acuerdos, reuniones, procesos comunes, ...) para mejorar los procesos y ofrecer mayor satisfacción a los clientes						
Se gestiona un presupuesto en apoyo de los objetivos económicos y de actividad						
Se hace una valoración y priorización de las inversiones en función de su efectividad						
Se utilizan indicadores económico-financieros						
Se planifica el uso de edificios, equipos y materiales en función de un mejor aprovechamiento y desarrollo de las actividades diarias.						
Se realiza una evaluación de los productos y servicios de los proveedores						
Se optimizan los inventarios y rotación de los materiales						
Se minimizan los desperdicios y reciclaje de los recursos no renovables						
Se Identifican y evalúan las nuevas tecnologías antes de su posible incorporación e implantación						
Se Introducen nuevas tecnologías en función de la estrategia y del impacto en los derechohabientes.						
Se recopila, analiza y distribuye la información necesaria para el desarrollo del trabajo y la toma de decisiones						
Hay garantía de la precisión y seguridad de la información manejada.						

Se realiza la gestión para la transmisión y utilización del conocimiento de las personas						
Se cuenta con la planificación o utilización de sistemas para evaluar/revisar la gestión de las alianzas externas y los recursos internos.						
Existe disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de las alianzas externas y los recursos internos						
Hay Identificación y priorización de las posibles oportunidades de mejora de la gestión de las alianzas externas y de los recursos internos mediante la medición y el aprendizaje						
Existe planificación o puesta en marcha de acciones de mejora respecto a la gestión de las alianzas externas y los recursos internos						
5.- PROCESOS						
Se entiende por proceso el conjunto de actividades que sirve para lograr la atención de los derechohabientes y la prestación de los servicios de salud que ofrece la unidad Médica.						
ASPECTOS A ANALIZAR	Blanco	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Total
Se Identifican y diseñan los procesos y subprocesos (Mapas de procesos, ISO)						
Existe una definición y documentación de los procesos (gestor, misión, clientes, entradas, salidas, diagramas de flujo...)						
Existencia de objetivos e indicadores de los procesos para gestionar y medir la eficacia de los mismos						
Existe una Introducción de cambios y mejoras en los procesos, comunicación a los grupos de interés y evaluación de resultados.						
Hay una implicación proactiva con los Derechohabientes para debatir y abordar sus necesidades, expectativas y preocupaciones (grupos de opinión, asociaciones...)						
Se diseñan y mejoran los servicios y productos en función de las necesidades y expectativas de los derechohabientes.						

se hace uso de encuestas y otras informaciones (quejas, felicitaciones, opiniones, sugerencias,...) recogidas del contacto habitual con los derechohabientes para definir objetivos e implantar mejoras						
Se atienden las quejas y reclamamos de los derechohabientes						
Se cuenta con la planificación y utilización de sistemas para evaluar/revisar periódicamente la gestión de los procesos y la orientación al cliente						
Existe disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de los procesos y la orientación al cliente						
Hay identificación y priorización de las posibles oportunidades de mejora de la gestión de los procesos mediante la medición, el aprendizaje y la orientación al cliente						
Existe una planificación o puesta en marcha de acciones de mejora respecto a la gestión de los procesos y la orientación al cliente						

6.- RESULTADOS EN LOS DERECHOHABIENTES

Este criterio se refiere a la eficacia en la prestación del servicio en relación a los logros con los usuarios del servicio Médico.

El usuario del servicio de salud del ISSS, es todo aquel que se beneficia directamente de las actividades de la Unidad Médica. Son usuarios directos el cotizante y sus beneficiarios.

ASPECTOS A ANALIZAR	Blanco	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Total
Existe una identificación de todos los Derechohabientes						
Se realiza una identificación de los aspectos significativos y su importancia relativa para lograr la satisfacción de los derechohabientes						
Se cuenta con una definición de indicadores directos (de percepción de los derechohabientes) referentes al servicio y atención que se les ofrece						
Se realiza una recopilación periódica y estructurada de información del grado de satisfacción de los derechohabientes (encuestas, grupos de trabajo y/o focales)						

Se cuenta con tendencias de los datos de percepción de la satisfacción de los derechohabientes						
Se establecen y cumplen en forma sucesiva los objetivos relacionados con la satisfacción de los derechohabientes.						
Se realizan comparaciones con organizaciones similares respecto a resultados de percepción de satisfacción de clientes.						
Se establecen de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados obtenidos de la percepción de la satisfacción de los derechohabientes.						
se utilización indicadores directos para las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de los derechohabientes.						
Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados de percepción de clientes.						
SUBTOTAL						
Se identifican indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de los derechohabientes que completan la obtención de las percepciones de los derechohabientes.						
Se realiza una recopilación periódica y estructurada de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de los derechohabientes						
Se cuenta con tendencias de los datos indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de los derechohabientes						
Se cuenta con el establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de los clientes						
Se realizan comparaciones con organizaciones similares en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción del derechohabiente.						
Se establecen planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados obtenidos de los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de derechohabientes						
Se emplean indicadores de rendimiento interno para las áreas relevantes de la satisfacción de los derechohabientes.						

Se cuenta con el aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de derechohabientes.						
SUBTOTAL						

7.- RESULTADOS EN EL PERSONAL (Empleados de la UM)

Este criterio se refiere a los logros que está alcanzando la Unidad Medica en relación con el personal que lo integra.

ASPECTOS A ANALIZAR	Blanco	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Total
Existe una identificación de los aspectos significativos y su importancia relativa acerca de la satisfacción de los empleados.						
Se cuenta con una definición de los indicadores directos relacionados con la percepción del personal referentes a la satisfacción de éstas						
Se cuenta con una recopilación periódica y estructurada de información del grado de satisfacción del personal mediante encuestas, grupos de trabajo y/o grupos focales						
Se cuenta con Tendencias de los datos de percepción de la satisfacción del personal.						
Se establecen y cumplen sucesivamente los objetivos para los indicadores directos (de percepción) de la satisfacción del personal.						
Se realizan comparaciones con organizaciones similares en resultados directos (de percepción) de satisfacción de las personas						
Se han establecido planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados directos (de percepción) obtenidos en la satisfacción de las personas						
Se utilizan los indicadores directos para las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de las personas						
Se realiza un aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados directos (de percepción) de satisfacción de las personas						

Se cuenta con una identificación de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de las personas						
Se recopila periódicamente los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de las personas						
Se cuenta con tendencias de los datos indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de las personas						
Se establecen y se da cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de las personas						
Se realizan comparaciones con organizaciones similares en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de las personas						
Se establecen planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados indirectos (de rendimiento interno) obtenidos en la satisfacción de las personas						
Se utilizan indicadores de rendimiento interno para las áreas relevantes de la satisfacción de las personas						
Se realiza un aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de las personas						
8.- RESULTADOS EN LA SOCIEDAD (Entorno de la Unidad Medica)						
<p>Por resultados en el entorno se entienden los logros y la eficacia de la Unidad Medica a la hora de satisfacer las necesidades y expectativas de la sociedad en general y de su entorno en particular: Este criterio medirá el impacto de la Unidad Medica en otras instituciones y personas distintas a los usuarios directos y al personal de la Unidad.</p>						
ASPECTOS A ANALIZAR	Blanco	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Total
Se realiza una Identificación de las necesidades y expectativas de la sociedad (ecología, contaminación, obras sociales...) excluidas las de la propia Misión						
Se tiene una estrategia y planes respecto al impacto social de la						

UM						
Su Utilizan indicadores directos de percepción del entorno social						
Existe una Recolección periódica y estructurada de indicadores directos (de percepción) mediante encuestas, informes, reuniones... con representantes y autoridades sociales						
Se tienen Tendencias de los datos directos (de percepción) de satisfacción de la sociedad						
Se tienen un Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores directos (de percepción) de la satisfacción de la sociedad						
Se compara la UM con organizaciones similares en resultados directos (de percepción) de satisfacción de la sociedad						
Se establecen planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados directos (de percepción) de la satisfacción de la sociedad						
Se emplean indicadores para las áreas relevantes (ej.: Atención médica, Entrega de medicina, etc) de la percepción de la satisfacción de la sociedad						
Se obtiene un Aprendizaje de las comparaciones con UM más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados directos de satisfacción de la sociedad						
SUBTOTAL						
Hay una Identificación de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de la sociedad						
Hay una recolección periódica y estructurada de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de la sociedad						
Se tienen tendencias de los datos indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de la sociedad						
Se tienen un Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de la sociedad						
Se obtienen un aprendizaje de las comparaciones con organizaciones similares en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de la sociedad						

Se establecen planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de la sociedad						
Se emplean indicadores indirectos (de rendimiento interno) para las áreas relevantes de satisfacción de la sociedad						
Se tienen un aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de la sociedad						
9.- RESULTADOS CLAVE DE LA UNIDAD MEDICA.						
Por resultados clave de la Unidad Medica se entiende lo que consigue la Unidad respecto a los objetivos previstos en la planificación y estrategia, concretados en los procesos más significativos o importantes, utilizando para ello los medios de que dispone.						
ASPECTOS A ANALIZAR	Blanco	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Total
Se tiene una identificación de resultados clave en línea con la estrategia, planes y procesos						
Existe un consenso acerca de los resultados clave al menos a nivel de los responsables (líderes, directivos)						
Se tienen tendencias de los resultados clave						
Hay un establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los resultados clave						
Se comparan los resultados clave con UM similares						
Hay un establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados clave						
Se emplean los resultados clave para tomar acciones en las áreas relevantes de gestión de la UM						
Existe un aprendizaje de las comparaciones con otras UM más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados clave						
SUBTOTAL						
Se tiene una definición de indicadores clave en la UM						
Existe un consenso acerca de los indicadores clave al menos a nivel de los responsables (líderes, directivos)						

Se llevan registro de las tendencias de los indicadores clave						
Hay un Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores clave						
Se realizan comparaciones de resultados de los indicadores clave con UM u organizaciones similares						
Se establecen los planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados de los indicadores clave de la UM						
Se usan indicadores clave para las áreas relevantes de gestión de la UM						
Se obtiene un aprendizaje de las comparaciones con otras UM u organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en los resultados de los indicadores clave						

ANEXO 10

Resultado de las evaluaciones e identificación de áreas de mejora

1.- LIDERAZGO										
ASPECTOS A ANALIZAR	BI	Nada	Poco	Bast	Much	Tot	Valor	Media	S100	P. Pond
Definición de liderazgo y/o perfil de los líderes		1					0	0.00	0.00	0.00
Recepción por los líderes de formación en Gestión de la Calidad (por ejemplo: Modelo EFQM, ISO 9000, Gestión por Procesos, etc			1				1	1.00	25.00	21.43
Definición, desarrollo y difusión de la Misión				1			2	2.00	50.00	42.86
Definición, desarrollo y difusión de la Visión				1			2	2.00	50.00	42.86
Definición, desarrollo y difusión de los Valores				1			2	2.00	50.00	42.86
Comportamiento coherente de los líderes con la M, V y V, actuando como modelo de referencia			1				1	1.00	25.00	21.43
Participación de los líderes en actividades de mejora con clientes y proveedores			1				1	1.00	25.00	21.43
Impulso o apoyo de los líderes a iniciar cambios y acciones de mejora			1				1	1.00	25.00	21.43
Participación de los líderes en actividades internas de mejora			1				1	1.00	25.00	21.43
Apoyo de los líderes a la asunción de responsabilidades del resto de trabajadores y a la creatividad y a la innovación			1				1	1.00	25.00	21.43
Accesibilidad y escucha de los líderes				1			2	2.00	50.00	42.86
Promoción por los líderes de formación e implantación de sistemas de calidad			1				1	1.00	25.00	21.43
Reconocimiento oportuno y adecuado de los esfuerzos y logros de las personas por los líderes		1					0	0.00	0.00	0.00
Participación de los líderes en actividades externas de difusión de la calidad			1				1	1.00	25.00	21.43
Planificación/utilización de sistemas para evaluar/revisar el liderazgo	1						0	0.00	0.00	0.00
Disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la efectividad del liderazgo	1						0	0.00	0.00	0.00

Identificación y priorización de oportunidades de mejora del liderazgo mediante la medición y el aprendizaje	1						0	0.00	0.00	0.00
Planificación o puesta en marcha de acciones de mejora en la gestión del liderazgo	1						0	0.00	0.00	0.00
TOTAL CRITERIO 1									22.22	19.05

2.- ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

ASPECTOS A ANALIZAR	BL	Nada	Poco	Bast	Much	Tot	Valor	Media	S100	P. Pond
Identificación y diferenciación de los grupos de interés				1			2	2.00	50.00	46.67
Identificación y utilización de medios para obtener información sistemática de los grupos de interés	1						0	0.00	0.00	0.00
Las necesidades y expectativas de los grupos de interés son el fundamento para la definición de los planes y objetivos	1						0	0.00	0.00	0.00
Identificación de otras fuentes relevantes de información acerca de competidores, nuevas tecnologías, etc.	1						0	0.00	0.00	0.00
Definición de sistemas para analizar y distribuir la información de competidores, nuevas tecnologías, etc	1						0	0.00	0.00	0.00
Identificación y definición de los procesos clave				1			2	2.00	50.00	46.67
Establecimiento de los objetivos mediante un proceso de reflexión definido, estructurado y consensado (con la Dirección)			1				1	1.00	25.00	23.33
Elaboración de documento(s) que recoja(n) los objetivos y la planificación de actividades para garantizar que se alcanzan los objetivos	1						0	0.00	0.00	0.00
Despliegue de los objetivos en los procesos	1						0	0.00	0.00	0.00
Comunicación de los objetivos a los trabajadores y verificación de su conocimiento			1				1	1.00	25.00	23.33
Planificación/utilización de sistemas para evaluar/revisar periódicamente la estrategia, planes y objetivos	1						0	0.00	0.00	0.00
Disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la importancia y efectividad de la estrategia, los planes y los objetivos	1						0	0.00	0.00	0.00

Identificación y priorización de oportunidades de mejora de la política y estrategia mediante la medición y el aprendizaje	1						0	0.00	0.00	0.00
Planificación o puesta en marcha de acciones de mejora respecto a la planificación y estrategia				1			2	2.00	50.00	58.33
TOTAL CRITERIO 2									14.29	14.17

3.- PERSONAS

ASPECTOS A ANALIZAR	BL	Nada	Poco	Bast	Much	Tot	Valor	Media	S100	P. Pond
Planificación de la plantilla necesaria en relación a la actividad, presupuesto y objetivos	1						0	0.00	0.00	0.00
Incorporación del personal con garantía de adaptación al puesto (perfiles, descripciones de puestos...)	1						0	0.00	0.00	0.00
Incorporación del personal mediante planes de acogida u otros sistemas				1			2	2.00	50.00	46.67
Planes de formación con el fin de favorecer el desarrollo de competencias y capacidades	1						0	0.00	0.00	0.00
Ayuda a las personas a conseguir los objetivos establecidos, a mejorar su desempeño y a evaluar sus logros (rendimiento)			1				1	1.00	25.00	23.33
Estructuración en equipos para mejorar la forma de trabajar y garantizar una atención más eficaz y ágil a clientes y grupos de interés	1						0	0.00	0.00	0.00
Fomento y apoyo de la participación de las personas en actividades de mejora (grupos, elaboración de protocolos, procesos,...)	1						0	0.00	0.00	0.00
Desarrollo y utilización de canales de comunicación interna (reuniones, comisiones, grupos, boletines, intranet,...)			1				1	1.00	25.00	23.33
Utilización de sistemas de reconocimiento a la implicación en la consecución de objetivos, esfuerzos o logros	1						0	0.00	0.00	0.00
Adopción de medidas para garantizar la seguridad y la salud laborales				1			2	2.00	50.00	46.67
Planificación/utilización de sistemas para evaluar/revisar periódicamente la gestión de las personas	1						0	0.00	0.00	0.00

Disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de las personas	1						0	0.00	0.00	0.00
Identificación y priorización de las posibles oportunidades de mejora en la gestión de las personas mediante la medición y el aprendizaje	1						0	0.00	0.00	0.00
Planificación o puesta en marcha de acciones de mejora respecto a la gestión de las personas	1						0	0.00	0.00	0.00
TOTAL CRITERIO 3									10.71	10.00

4.- ALIANZAS Y RECURSOS

ASPECTOS A ANALIZAR	BL	Nada	Poco	Bast	Much	Tot	Valor	Media	S100	P. Pond
Identificación de los aliados clave y establecimiento de alianzas en línea con la política y estrategia	1						0	0.00	0.00	0.00
Estructuración de relaciones con los aliados (acuerdos, reuniones, procesos comunes, ...) para mejorar los procesos y ofrecer mayor satisfacción a los clientes	1						0	0.00	0.00	0.00
Gestión del presupuesto en apoyo de los objetivos económicos y de actividad	1						0	0.00	0.00	0.00
Valoración y priorización de las inversiones en función de su efectividad	1						0	0.00	0.00	0.00
Utilización de indicadores económico-financieros	1						0	0.00	0.00	0.00
Planificación del uso de edificios, equipos y materiales en función de un mejor aprovechamiento y desarrollo de las actividades diarias	1						0	0.00	0.00	0.00
Evaluación de los productos y servicios de los proveedores	1						0	0.00	0.00	0.00
Optimización de los inventarios y rotación de los materiales	1						0	0.00	0.00	0.00
Minimización de los desperdicios y reciclaje de los recursos no renovables	1						0	0.00	0.00	0.00
Identificación y evaluación de las nuevas tecnologías antes de su posible incorporación e implantación	1						0	0.00	0.00	0.00
Introducción de nuevas tecnologías en función de la estrategia y del impacto en los clientes	1						0	0.00	0.00	0.00

Recogida, análisis y distribución de la información necesaria para el desarrollo del trabajo y la toma de decisiones	1						0	0.00	0.00	0.00
Garantía de la precisión y seguridad de la información	1						0	0.00	0.00	0.00
Gestión de la transmisión y utilización del conocimiento de las personas	1						0	0.00	0.00	0.00
Planificación/utilización de sistemas para evaluar/revisar la gestión de las alianzas externas y los recursos internos	1						0	0.00	0.00	0.00
Disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de las alianzas externas y los recursos internos	1						0	0.00	0.00	0.00
Identificación y priorización de las posibles oportunidades de mejora de la gestión de las alianzas externas y de los recursos internos mediante la medición y el aprendizaje	1						0	0.00	0.00	0.00
Planificación o puesta en marcha de acciones de mejora respecto a la gestión de las alianzas externas y los recursos internos	1						0	0.00	0.00	0.00
TOTAL CRITERIO 4									0.00	0.00

5.- PROCESOS

ASPECTOS A ANALIZAR	BL	Nada	Poco	Bast	Much	Tot	Valor	Media	S100	P. Pond
Identificación y diseño de procesos y subprocesos (Mapas de procesos, ISO)	1						0	0.00	0.00	0.00
Definición y documentación de los procesos (gestor, misión, clientes, entradas, salidas, diagramas de flujo...)	1						0	0.00	0.00	0.00
Existencia de objetivos e indicadores de los procesos para gestionar y medir la eficacia de los mismos	1						0	0.00	0.00	0.00
Introducción de cambios y mejoras en los procesos, comunicación a los grupos de interés y evaluación de resultados	1						0	0.00	0.00	0.00
Implicación proactiva con los clientes para debatir y abordar sus necesidades, expectativas y preocupaciones (grupos de opinión, asociaciones...)	1						0	0.00	0.00	0.00

Diseño y mejora de los servicios y productos en función de las necesidades y expectativas de los clientes	1						0	0.00	0.00	0.00
Utilización de encuestas y otras informaciones (quejas, felicitaciones, opiniones, sugerencias,...) recogidas del contacto habitual con los clientes para definir objetivos e implantar mejoras				1			2	2.00	50.00	50.00
Atención y gestión de quejas y reclamaciones de los clientes				1			2	2.00	50.00	50.00
Planificación/utilización de sistemas para evaluar/revisar periódicamente la gestión de los procesos y la orientación al cliente	1						0	0.00	0.00	0.00
Disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de los procesos y la orientación al cliente	1						0	0.00	0.00	0.00
Identificación y priorización de las posibles oportunidades de mejora de la gestión de los procesos mediante la medición, el aprendizaje y la orientación al cliente	1						0	0.00	0.00	0.00
Planificación o puesta en marcha de acciones de mejora respecto a la gestión de los procesos y la orientación al cliente	1						0	0.00	0.00	0.00
TOTAL CRITERIO 5									8.33	8.33

6.- RESULTADOS EN LOS CLIENTES

ASPECTOS A ANALIZAR	BL	Nada	Poco	Bast	Much	Tot	Valor	Media	S100	P. Pond
Identificación de todos los clientes (los diferentes tipos de clientes)				1			2	2.00	50.00	
Identificación de los aspectos significativos y su importancia relativa para lograr la satisfacción de nuestros clientes				1			2	2.00	50.00	
Definición de indicadores directos (de percepción de los clientes) referentes al servicio y atención que se les ofrece	1						0	0.00	0.00	
Recogida periódica y estructurada de información del grado de satisfacción de los clientes (encuestas, grupos de trabajo y/o focales)	1						0	0.00	0.00	
Tendencias de los datos de percepción de la satisfacción de los clientes	1						0	0.00	0.00	
Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores directos de percepción de la satisfacción de los clientes.	1						0	0.00	0.00	

Comparaciones con organizaciones similares en resultados de percepción de satisfacción de clientes.	1						0	0.00	0.00	
Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados obtenidos de la percepción de la satisfacción de los clientes	1						0	0.00	0.00	
Utilización de indicadores directos para las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de los clientes	1						0	0.00	0.00	
Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados de percepción de clientes	1						0	0.00	0.00	
SUBTOTAL										0.00
Identificación de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de los clientes que completan la obtenida de la percepción	1						0	0.00	0.00	
Recogida periódica y estructurada de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de los clientes	1						0	0.00	0.00	
Tendencias de los datos indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de los clientes	1						0	0.00	0.00	
Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de los clientes	1						0	0.00	0.00	
Comparaciones con organizaciones similares en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de clientes	1						0	0.00	0.00	
Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados obtenidos de los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de clientes	1						0	0.00	0.00	
Utilización de indicadores de rendimiento interno para las áreas relevantes de la satisfacción de los clientes	1						0	0.00	0.00	
Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de clientes	1						0	0.00	0.00	
SUBTOTAL										0.00
TOTAL CRITERIO 6										0.00

7.- RESULTADOS EN LAS PERSONAS

ASPECTOS A ANALIZAR	BL	Nada	Poco	Bast	Much	Tot	Valor	Media	S100	P. Pond
Identificación de los aspectos significativos y su importancia relativa acerca de la satisfacción de las personas	1						0	0.00	0.00	
Definición de los indicadores directos relacionados con la percepción de las personas referentes a la satisfacción de éstas	1						0	0.00	0.00	
Recogida periódica y estructurada de información del grado de satisfacción de las personas mediante encuestas, grupos de trabajo y/o grupos focales	1						0	0.00	0.00	
Tendencias de los datos de percepción de la satisfacción de las personas	1						0	0.00	0.00	
Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores directos (de percepción) de la satisfacción de las personas	1						0	0.00	0.00	
Comparaciones con organizaciones similares en resultados directos (de percepción) de satisfacción de las personas	1						0	0.00	0.00	
Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados directos (de percepción) obtenidos en la satisfacción de las personas	1						0	0.00	0.00	
Utilización de indicadores directos para las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de las personas	1						0	0.00	0.00	
Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados directos (de percepción) de satisfacción de las personas	1						0	0.00	0.00	
SUBTOTAL										0.00
Identificación de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de las personas	1						0	0.00	0.00	
Recogida periódica y estructurada de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de las personas	1						0	0.00	0.00	
Tendencias de los datos indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de las personas	1						0	0.00	0.00	

Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de las personas	1						0	0.00	0.00	
Comparaciones con organizaciones similares en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de las personas	1						0	0.00	0.00	
Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados indirectos (de rendimiento interno) obtenidos en la satisfacción de las personas	1						0	0.00	0.00	
Utilización de indicadores de rendimiento interno para las áreas relevantes de la satisfacción de las personas	1						0	0.00	0.00	
Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de las personas	1						0	0.00	0.00	
SUBTOTAL										0.00
TOTAL CRITERIO 7										0.00

8.- RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

ASPECTOS A ANALIZAR	BL	Nada	Poco	Bast	Much	Tot	Valor	Media	S100	P. Pond
Identificación de las necesidades y expectativas de la sociedad (ecología, contaminación, obras sociales...) excluidas las de la propia Misión		1					0	0.00	0.00	
Establecimiento de estrategia y planes respecto al impacto social	1						0	0.00	0.00	
Utilización de indicadores directos de percepción del entorno social	1						0	0.00	0.00	
Recogida periódica y estructurada de indicadores directos (de percepción) mediante encuestas, informes, reuniones... con representantes y autoridades sociales	1						0	0.00	0.00	
Tendencias de los datos directos (de percepción) de satisfacción de la sociedad	1						0	0.00	0.00	
Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores directos (de percepción) de la satisfacción de la sociedad	1						0	0.00	0.00	

Comparaciones con organizaciones similares en resultados directos (de percepción) de satisfacción de la sociedad	1						0	0.00	0.00	
Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados directos (de percepción) de la satisfacción de la sociedad	1						0	0.00	0.00	
Utilización de indicadores para las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de la sociedad	1						0	0.00	0.00	
Aprendizaje de las comparaciones con organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados directos de satisfacción de la sociedad	1						0	0.00	0.00	
SUBTOTAL										0.00
Identificación de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de la sociedad	1						0	0.00	0.00	
Recogida periódica y estructurada de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de la sociedad	1						0	0.00	0.00	
Tendencias de los datos indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de la sociedad	1						0	0.00	0.00	
Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de la sociedad	1						0	0.00	0.00	
Aprendizaje de las comparaciones con organizaciones similares en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de la sociedad	1						0	0.00	0.00	
Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de la sociedad	1						0	0.00	0.00	
Utilización de indicadores indirectos (de rendimiento interno) para las áreas relevantes de satisfacción de la sociedad	1						0	0.00	0.00	
Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de la sociedad	1						0	0.00	0.00	
SUBTOTAL										0.00
TOTAL CRITERIO 8										0.00

9.- RESULTADOS CLAVE

ASPECTOS A ANALIZAR	BL	Nada	Poco	Bast	Much	Tot	Valor	Media	S100	P. Pond
Identificación de resultados clave en línea con la estrategia, planes y procesos	1						0	0.00	0.00	
Consenso acerca de los resultados clave al menos a nivel de los responsables (líderes, directivos)	1						0	0.00	0.00	
Tendencias de los resultados clave	1						0	0.00	0.00	
Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los resultados clave	1						0	0.00	0.00	
Comparaciones de resultados clave con organizaciones similares	1						0	0.00	0.00	
Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados clave	1						0	0.00	0.00	
Utilización de los resultados clave para las áreas relevantes de gestión	1						0	0.00	0.00	
Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados clave	1						0	0.00	0.00	
SUBTOTAL										0.00
Definición de indicadores clave	1						0	0.00	0.00	
Consenso acerca de los indicadores clave al menos a nivel de los responsables (líderes, directivos)	1						0	0.00	0.00	
Tendencias de los indicadores clave	1						0	0.00	0.00	
Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores clave	1						0	0.00	0.00	
Comparaciones de resultados de los indicadores clave con organizaciones similares	1						0	0.00	0.00	
Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados de los indicadores clave	1						0	0.00	0.00	
Utilización de indicadores clave para las áreas relevantes de gestión	1						0	0.00	0.00	
Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en los resultados de los indicadores clave	1						0	0.00	0.00	
SUBTOTAL										0.00

ANEXO 11

Validación de Resultados por la Dirección

<u>CRITERIO 1: LIDERAZGO</u>		
AREAS DE MEJORA	SITUACION REAL	COMENTARIO
Identificación y priorización de oportunidades de mejora del liderazgo mediante la medición y el aprendizaje	No existe ningún proceso se identificación de oportunidades de mejora del liderazgo	El liderazgo actual esta relacionado directamente con el nivel jerárquico el cual ya esta establecido y no cuentan con indicadores de la efectividad de este personal.
Disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la efectividad del liderazgo	No se cuenta con indicadores para medir la efectividad del liderazgo	
Participación de los líderes en actividades externas de difusión de la calidad	No se tienen programas de apoyo a los lideres para los cambios y acciones de mejora	Existe dentro de la estructura organizativa del ISSS la sección Gestión de la Calidad, la cual pertenece al Departamento de Desarrollo Institucional y busca la mejora de los procesos de atención al derechohabiente, realizando estudios y mejoras en los procesos los cuales son implementados a nivel del área de salud, siempre y cuando sea aplicable. Se crean grupos de mejoras dentro de cada centro de atención cuando es solicitado y es apoyado directamente por este departamento. Además son los responsables de la aplicación de algún modelo de gestión de calidad, situación que aun no ha sido lograda.
Planificación o puesta en marcha de acciones de mejora en la gestión del liderazgo		
Planificación/utilización de sistemas para evaluar/revisar el liderazgo		
Reconocimiento oportuno y adecuado de los esfuerzos y logros de las personas por los líderes		
Impulso o apoyo de los líderes a iniciar cambios y acciones de mejora		
Participación de los líderes en actividades de mejora con clientes y proveedores		
Promoción por los líderes de formación e implantación de sistemas de calidad		
Recepción por los líderes de formación en Gestión de la Calidad (por ejemplo: Modelo EFQM, ISO 9000, Gestión por Procesos, etc		

Accesibilidad y escucha de los líderes		
Apoyo de los líderes a la asunción de responsabilidades del resto de trabajadores y a la creatividad y a la innovación		
Participación de los líderes en actividades internas de mejora	Se tiene definida la misión, visión y valores como Unidad Medica, a nivel de jefaturas y actualmente se esta trabajando en la difusión a nivel técnico y operativo.	Existe una visión, misión y valores a nivel Institucional del cual nacen los planes estratégicos de cada una de las áreas de salud y administrativa.
Comportamiento coherente de los líderes con la M, V y V, actuando como modelo de referencia		
Definición de liderazgo y/o perfil de los líderes		
Definición, desarrollo y difusión de la Misión		
Definición, desarrollo y difusión de la Visión		
Definición, desarrollo y difusión de los Valores		
<u>CRITERIO 2:</u> <u>ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN</u>		
AREAS DE MEJORA	SITUACION REAL	COMENTARIO
Definición de sistemas para analizar y distribuir la información de competidores, nuevas tecnologías, etc	No existe un proceso definido como benchmarking, pero sí se identifican fortalezas en otros sistemas y se trata de aplicarlas	Los directores y Subdirectores del centros de atención se reúnen una vez al mes donde tienen oportunidad de compartir experiencias entre ellos y con otras instituciones dedicadas a los servicios médicos hospitalarios.
Identificación de otras fuentes relevantes de información acerca de competidores, nuevas tecnologías, etc.		
Comunicación de los objetivos a los trabajadores y verificación de su conocimiento	Si se cuenta con un Plan Estratégico el cual es elaborado por las diferentes Jefaturas de la Unidad Médica.	El último trimestres del año se realiza una evaluación de las gestiones del año y se organiza en base a este un Plan Estratégico para el siguiente año, este proceso es apoya por técnicos del
Planificación/utilización de sistemas para evaluar/revisar periódicamente la estrategia, planes y objetivos		

Las necesidades y expectativas de los grupos de interés son el fundamento para la definición de los planes y objetivos		Departamento de Planeamiento Estratégico a nivel Institucional. El Plan estratégico del ISSS esta basado en el plan de gobierno y este sirve de base para poder definir objetivos y metas a nivel de cada centro de atención.
Identificación y priorización de oportunidades de mejora de la política y estrategia mediante la medición y el aprendizaje		
Establecimiento de los objetivos mediante un proceso de reflexión definido, estructurado y consensuado (con la Dirección)		
Disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la importancia y efectividad de la estrategia, los planes y los objetivos		
Planificación o puesta en marcha de acciones de mejora respecto a la planificación y estrategia		
Elaboración de documento(s) que recoja(n) los objetivos y la planificación de actividades para garantizar que se alcanzan los objetivos		
Identificación y definición de los procesos clave	Sí se identifican los procesos claves, pero de una forma sistemática.	Los procesos claves están definidos en el Plan estratégico Institucional
Despliegue de los objetivos en los procesos	Si se consideran los objetivos en el diseño y ejecución de los procesos.	Los procesos son definidos a nivel Institucional
Identificación y utilización de medios para obtener información sistemática de los grupos de interés	Se elaboran objetivos y metas por departamento	Cada área define los objetivos y metas por alcanzar
Identificación y diferenciación de los grupos de interés		

<u>CRITERIO 3:</u> <u>PERSONAS</u>		
AREAS DE MEJORA	SITUACION REAL	COMENTARIO
Utilización de sistemas de reconocimiento a la implicación en la consecución de objetivos, esfuerzos o logros	No existe un sistema de reconocimiento por el cumplimiento de objetivos y logros, pero si se apoya al personal en el logro de sus objetivos.	Actualmente se cuenta con una evaluación anual del desempeño de los empleados a nivel Institucional el cual se basaba solo en aspectos generales de los tipos de puestos, sin embargo el Departamento Supervisión y Evaluación de la Gestión de RRHH aplicará a partir del próximo año la evaluación de RRHH por áreas de efectividad y competencias, el cual se base en la definición de objetivos para cada puesto de trabajo y en área de de competencia. Este nuevo sistema permitirá la retroalimentación y la identificación de incompetencias de cada empleado para capacitarle y mejorar su desempeño.
Ayuda a las personas a conseguir los objetivos establecidos, a mejorar su desempeño y a evaluar sus logros (rendimiento)		
Incorporación del personal con garantía de adaptación al puesto (perfiles, descripciones de puestos...)	Si se cuenta con perfiles de cada puesto el cual debe cumplirse para su contratación	El personal que es contratado en el ISSS esta sometido a un proceso el cual es administrado por la División de RRHH, evaluaciones de acuerdo al puesto, análisis curriculares con evidencias que permita determinar si cumple con los requisitos del puesto (Grado académico, experiencia, etc), además este proceso es aprobado por consejo Directivo.

Incorporación del personal mediante planes de acogida u otros sistemas	La Unidad Médica actualmente esta trabajando en la elaboración de uno efectivo solamente dentro de su centro de atención.	A partir del próximo año la Sección Dotación de Personal a la Administración iniciará un proceso de Inducción del personal de nuevo ingreso, el cual se divide en dos, información general del ISSS e información sobre su puesto de trabajo.
Planificación/utilización de sistemas para evaluar/revisar periódicamente la gestión de las personas	No se cuenta con indicadores de efectividad de la gestión del personal, ni de un sistema de evaluación que permita el desarrollo de competencias y capacidades	Existen indicadores de la gestión de los centros de atención, pero orientado al logros de sus objetivos como tal.
Disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de las personas		
Identificación y priorización de las posibles oportunidades de mejora en la gestión de las personas mediante la medición y el aprendizaje		
Planes de formación con el fin de favorecer el desarrollo de competencias y capacidades		
Planificación o puesta en marcha de acciones de mejora respecto a la gestión de las personas		
Desarrollo y utilización de canales de comunicación interna (reuniones, comisiones, grupos, boletines, intranet,...)	si se cuenta con canales de comunicación efectivos	Existe un boletín y reuniones semanales con las jefaturas de la Unidad Médica
Estructuración en equipos para mejorar la forma de trabajar y garantizar una atención más eficaz y ágil a clientes y grupos de interés	Sí se cuenta con equipos de mejora	Los equipos de mejora son formados con el apoyo de la Sección Gestión de Calidad que pertenece al Departamento de Desarrollo Institucional, quienes trabajan en la gestión de un sistema de calidad aplicable a cada centro de atención de acuerdo a su naturaleza.
Fomento y apoyo de la participación de las personas en actividades de mejora (grupos, elaboración de protocolos, procesos,...)		

Planificación de la plantilla necesaria en relación a la actividad, presupuesto y objetivos	Sí, en algunos casos no	La planificación del RRHH necesario es parte de plan y presupuesto, pero por la naturaleza de los servicios que se prestan, es impredecible la necesidad de programas o planes relacionados a la salud de los derechohabientes.
<u>CRITERIO 4:</u> <u>ALIANZAS Y RECURSOS</u>		
AREAS DE MEJORA	SITUACION REAL	COMENTARIO
Planificación/utilización de sistemas para evaluar/revisar la gestión de las alianzas externas y los recursos internos	Sí se cuenta con alianzas con otros organismos e instituciones y se evaluar los recursos y/o tecnología que estos proporcionen.	Existen alianzas con el MSPYAS
Disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de las alianzas externas y los recursos internos		
Identificación y priorización de las posibles oportunidades de mejora de la gestión de las alianzas externas y de los recursos internos mediante la medición y el aprendizaje	Si se evalúa la gestión de alianzas externas	
Utilización de indicadores económico-financieros	Sí	
Estructuración de relaciones con los aliados (acuerdos, reuniones, procesos comunes, ...) para mejorar los procesos y ofrecer mayor satisfacción a los clientes	La Gestión de tecnología no es competente a la Unidad Médica	La Gestión de tecnología son decisiones del comité gerencial y son propuestas generales aplicables a toda la institución
Identificación y evaluación de las nuevas tecnologías antes de su posible incorporación e implantación		
Minimización de los desperdicios y reciclaje de los recursos no renovables	Sí se cuenta con un sistema de inventarios, pero la gestión de los	El proceso de compra es administrado por la UACI a nivel institucional, la Unidad

Planificación o puesta en marcha de acciones de mejora respecto a la gestión de las alianzas externas y los recursos internos	recursos materiales no es ejecutada por la Unidad Médica	Médica solo lleva control de sus existencias. La UACI sí realiza estudios de calidad de los productos y da seguimiento a los contratos de estos. Para la compra no existen alianzas con otras organizaciones.
Evaluación de los productos y servicios de los proveedores		
Identificación de los aliados clave y establecimiento de alianzas en línea con la política y estrategia		
Optimización de los inventarios y rotación de los materiales		
Valoración y priorización de las inversiones en función de su efectividad		
Planificación del uso de edificios, equipos y materiales en función de un mejor aprovechamiento y desarrollo de las actividades diarias	Sí se tiene una planificación del uso de equipo y material, el cual es incluido en el presupuesto anual.	Existe una Unidad de Planificación de Adquisiciones que es la encargada de consolidar las necesidades de los diferentes centros de atención del área de salud en los que respecta a medicamentos y equipo médico, Los artículos generales y servicios son planificados por cada centro de atención. Existen indicadores que permiten la toma de decisiones para la Planificación de necesidades.
Gestión de la transmisión y utilización del conocimiento de las personas		
Gestión del presupuesto en apoyo de los objetivos económicos y de actividad		
Recogida, análisis y distribución de la información necesaria para el desarrollo del trabajo y la toma de decisiones		
<u>CRITERIO 5: PROCESOS</u>		
AREAS DE MEJORA	SITUACION REAL	COMENTARIO
Disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de los procesos y la orientación al cliente	Se utilizan indicadores indirectos en alguna medida, por lo que existen parámetros que no son medidos.	los procesos son definidos a nivel institucional, muchas de las debilidades presentadas en el servicio al cliente surgen de las diferencias de

Implicación proactiva con los clientes para debatir y abordar sus necesidades, expectativas y preocupaciones (grupos de opinión, asociaciones...)		disponibilidades, infraestructura, etc en cada centro de atención
Identificación y diseño de procesos y subprocesos (Mapas de procesos, ISO)	Se tienen documentados tanto los procesos como subprocesos	<p>La unidad médica cuenta con los procesos definidos por el Departamento de Desarrollo Institucional, pero como Unidad Médica no existe el diseño de estos orientado a las necesidades particulares de sus clientes, ni se cuenta con un procedimiento que permita la identificación de áreas de mejora en los procesos ni acciones correctivas.</p>
Diseño y mejora de los servicios y productos en función de las necesidades y expectativas de los clientes	No se cuenta con procedimiento definido como tal	
Introducción de cambios y mejoras en los procesos, comunicación a los grupos de interés y evaluación de resultados		
Planificación o puesta en marcha de acciones de mejora respecto a la gestión de los procesos y la orientación al cliente		
Definición y documentación de los procesos (gestor, misión, clientes, entradas, salidas, diagramas de flujo...)	Sí se cuenta con ellos	
Existencia de objetivos e indicadores de los procesos para gestionar y medir la eficacia de los mismos	Parcialmente, no se tienen indicadores para todos los procesos.	
Identificación y priorización de las posibles oportunidades de mejora de la gestión de los procesos mediante la medición, el aprendizaje y la orientación al cliente	Si se hace, pero no de una manera sistemática.	
Planificación/utilización de sistemas para evaluar/revisar periódicamente la gestión de los procesos y la orientación al cliente	No se cuenta	

CRITERIO 6:
RESULTADOS EN LOS CLIENTES

AREAS DE MEJORA	SITUACION REAL	COMENTARIO
Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de clientes	Se maneja información sobre otras instituciones, pero no se desarrolla una comparación de forma sistemática sobre estos.	El tipo de información que se maneja es general.
Comparaciones con organizaciones similares en resultados de percepción de satisfacción de clientes.		
Comparaciones con organizaciones similares en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de clientes		
Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados de percepción de clientes	El alguna medida se aprende de las demás experiencias.	Se realizan entrevistas a los derechohabientes sobre el servicio prestado por el Instituto, pero no como Unidad Medica en específico.
Tendencias de los datos indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de los clientes	No se tienen en la UM	
Utilización de indicadores directos para las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de los clientes		
Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados obtenidos de los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de clientes	No se desarrollan de acuerdo a los indicadores, ya que estos no se tienen.	El Departamento de comunicaciones y atención al cliente tiene programas para mejorar la atención al cliente a nivel institucional, se cuenta con un buzón de

Recogida periódica y estructurada de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de los clientes	No se cuenta con ello	quejas y/o sugerencias en cada centro de atención o po medio de la pagina web institucional, dándole seguimiento a cada una de estas, esto permite medir los niveles de satisfacción del cliente y de trabajar en la mejora de esto. Es importante mencionar la filosofía para esta gestión que es "Estamos Cambiando Para Servirle Mejor". Se han desarrollado programas de capacitación del personal de enfermería y médicos en la atención al cliente, la UACI esta trabajando para combatir el desabastecimiento, siendo estas las quejas mas frecuentes por parte de los derechohabientes .
Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de los clientes	No se cuenta con indicadores indirectos, por lo tanto sus objetivos no están planteados	
Identificación de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de los clientes que completan la obtenida de la percepción		
Recogida periódica y estructurada de información del grado de satisfacción de los clientes (encuestas, grupos de trabajo y/o focales)	No se realiza una indagación al respecto	
Tendencias de los datos de percepción de la satisfacción de los clientes	No se tiene	
Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados obtenidos de la percepción de la satisfacción de los clientes	Se establecen planes, objetivos y equipos de mejora pero no en función de la percepción de la satisfacción de los clientes.	
Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores directos de percepción de la satisfacción de los clientes.	No se tiene	Se han establecido objetivos en la mejora de servicios y atención al cliente a nivel Institucional
Identificación de todos los clientes (los diferentes tipos de clientes)	No se tiene	
Utilización de indicadores de rendimiento interno para las áreas relevantes de la satisfacción de los clientes	No se tiene	

CRITERIO 7:
RESULTADOS EN LAS PERSONAS

AREAS DE MEJORA	SITUACION REAL	COMENTARIO
Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados directos (de percepción) de satisfacción de las personas	No se realiza	A nivel nacional el Instituto Salvadoreño del Seguro Social representa una de las empresas de gobierno con mayor estabilidad laboral, con prestaciones al personal competitivas, etc
Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de las personas	No se realiza	
Comparaciones con organizaciones similares en resultados directos (de percepción) de satisfacción de las personas	No se realiza una comparación con otras instituciones al respecto	Los resultados directos e indirectos de la satisfacción del personal no son comparados con ninguna organización.
Comparaciones con organizaciones similares en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de las personas	No se realiza una comparación con otras instituciones al respecto	
Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados directos (de percepción) obtenidos en la satisfacción de las personas	NO se realiza	La División de Recursos Humanos trabaja en base a planes y objetivos que mejoren la satisfacción del empleado a nivel institucional generando un ambiente de trabajo que contribuya en el rendimiento de estos.
Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados indirectos (de rendimiento interno) obtenidos en la satisfacción de las personas	NO se realiza	

Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores directos (de percepción) de la satisfacción de las personas		El Departamento de Monitoreo a la gestión en coordinación con la División de RRHH maneja indicadores e identifican para el área de salud los aspectos que afectan la satisfacción de las personas.
Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de las personas		
Recogida periódica y estructurada de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de las personas	Solo manejan indicadores directos de la satisfacción de las personas	
Tendencias de los datos de percepción de la satisfacción de las personas		
Tendencias de los datos indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de las personas		
Utilización de indicadores directos para las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de las personas	Se indica que se manejan indicadores directos, pero no para que áreas	
Identificación de los aspectos significativos y su importancia relativa acerca de la satisfacción de las personas	NO se sabe cual es el seguimiento que se la da a los resultados	
<u>CRITERIO 8:</u> <u>RESULTADOS EN LA SOCIEDAD</u>		
AREAS DE MEJORA	SITUACION REAL	COMENTARIO
Comparaciones con organizaciones similares en resultados directos (de percepción) de satisfacción de la sociedad	No existe comparaciones con otras organizaciones.	Se conoce de la insatisfacción de nuestros derechohabientes a través de las quejas y sugerencias. Este sistema

Aprendizaje de las comparaciones con organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados directos de satisfacción de la sociedad		permite la priorización de los planes de mejora en los servicios que el Instituto presta. No se cuenta con un sistema para la comparación con otras organizaciones, sin embargo se comparte con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social los avances y logros en la prestación de servicios de salud.
Aprendizaje de las comparaciones con organizaciones similares en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de la sociedad		
Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de la sociedad		
Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados directos (de percepción) de la satisfacción de la sociedad	Se conocen las necesidades particulares de los derechohabientes que atendemos y trabajamos en lograr su satisfacción	La Subdirección de salud trabaja en base a un plan que se formula priorizando las necesidades de los derechohabientes.
Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de la sociedad		
Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de la sociedad		
Recogida periódica y estructurada de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de la sociedad		
Tendencias de los datos directos (de percepción) de satisfacción de la sociedad		
Tendencias de los datos indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de la sociedad		

Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores directos (de percepción) de la satisfacción de la sociedad		
Utilización de indicadores para las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de la sociedad		
Identificación de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de la sociedad		
Utilización de indicadores directos de percepción del entorno social		
Utilización de indicadores indirectos (de rendimiento interno) para las áreas relevantes de satisfacción de la sociedad		
<u>CRITERIO 9:</u> <u>RESULTADOS CLAVE</u>		
AREAS DE MEJORA	SITUACION REAL	COMENTARIO
Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en los resultados de los indicadores clave	No existe comparaciones con organizaciones externas	
Comparaciones de resultados clave con organizaciones similares		
Comparaciones de resultados de los indicadores clave con organizaciones similares		
Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados clave		
Consenso acerca de los indicadores clave al menos a nivel de los responsables (líderes, directivos)	Se han identificado las áreas relevantes e indicadores claves para estos, se realiza un conceso	

Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores clave	con los jefes de cada area para su definicion	
Tendencias de los indicadores clave		
Definición de indicadores clave		
Utilización de los resultados clave para las áreas relevantes de gestión		

ANEXO 12

Valoración de las Áreas de Mejora

<u>CRITERIO 6:</u> <u>RESULTADOS EN LOS CLIENTES</u>	Impacto Positivo en los Clientes					Impacto Positivo en el resto de áreas de la Unidad					Inversión en recursos, restricciones legales o de otro tipo					Posición baja de partida, competencia, mejora de imagen					TOTAL
	Impacto Cliente					Impacto Unidad					Viabilidad					Necesidad					
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de clientes			1						1					1					1		2.5
Comparaciones con organizaciones similares en resultados de percepción de satisfacción de clientes.			1						1					1					1		3
Comparaciones con organizaciones similares en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de clientes				1					1					1					1		2.75
Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados de percepción de clientes			1						1					1					1		2.5
Tendencias de los datos indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de los clientes		1							1					1					1		3.25
Utilización de indicadores directos para las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de los clientes		1					1					1					1				4.75
Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados obtenidos de los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de clientes	1						1					1					1				5
Recogida periódica y estructurada de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de los clientes		1							1					1					1		3.25

Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de los clientes	1					1					1					1					5
Identificación de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de los clientes que completan la obtenida de la percepción		1				1					1					1					4.75
Recogida periódica y estructurada de información del grado de satisfacción de los clientes (encuestas, grupos de trabajo y/o focales)		1					1				1								1		3.25
Tendencias de los datos de percepción de la satisfacción de los clientes		1					1				1								1		3.25
Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados obtenidos de la percepción de la satisfacción de los clientes	1					1					1					1					5
Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores directos de percepción de la satisfacción de los clientes.	1					1					1					1					5
Identificación de todos los clientes (los diferentes tipos de clientes)	1						1						1						1		3.5
Utilización de indicadores de rendimiento interno para las áreas relevantes de la satisfacción de los clientes		1				1					1					1					4.75
<u>CRITERIO 7:</u> <u>RESULTADOS EN LAS PERSONAS</u>	Impacto Positivo en los Clientes					Impacto Positivo en el resto de áreas de la Unidad					Inversión en recursos, restricciones legales o de otro tipo					Posición baja de partida, competencia, mejora de imagen					TOTAL
AREAS DE MEJORA	Impacto Cliente					Impacto Unidad					Viabilidad					Necesidad					
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados directos (de percepción) de satisfacción de las personas				1		1						1					1				3.75
Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de las personas				1		1						1					1				3.75
Comparaciones con organizaciones similares en resultados directos (de percepción) de satisfacción de las personas					1			1					1						1		2.5
Comparaciones con organizaciones similares en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de las personas					1			1						1					1		2.25

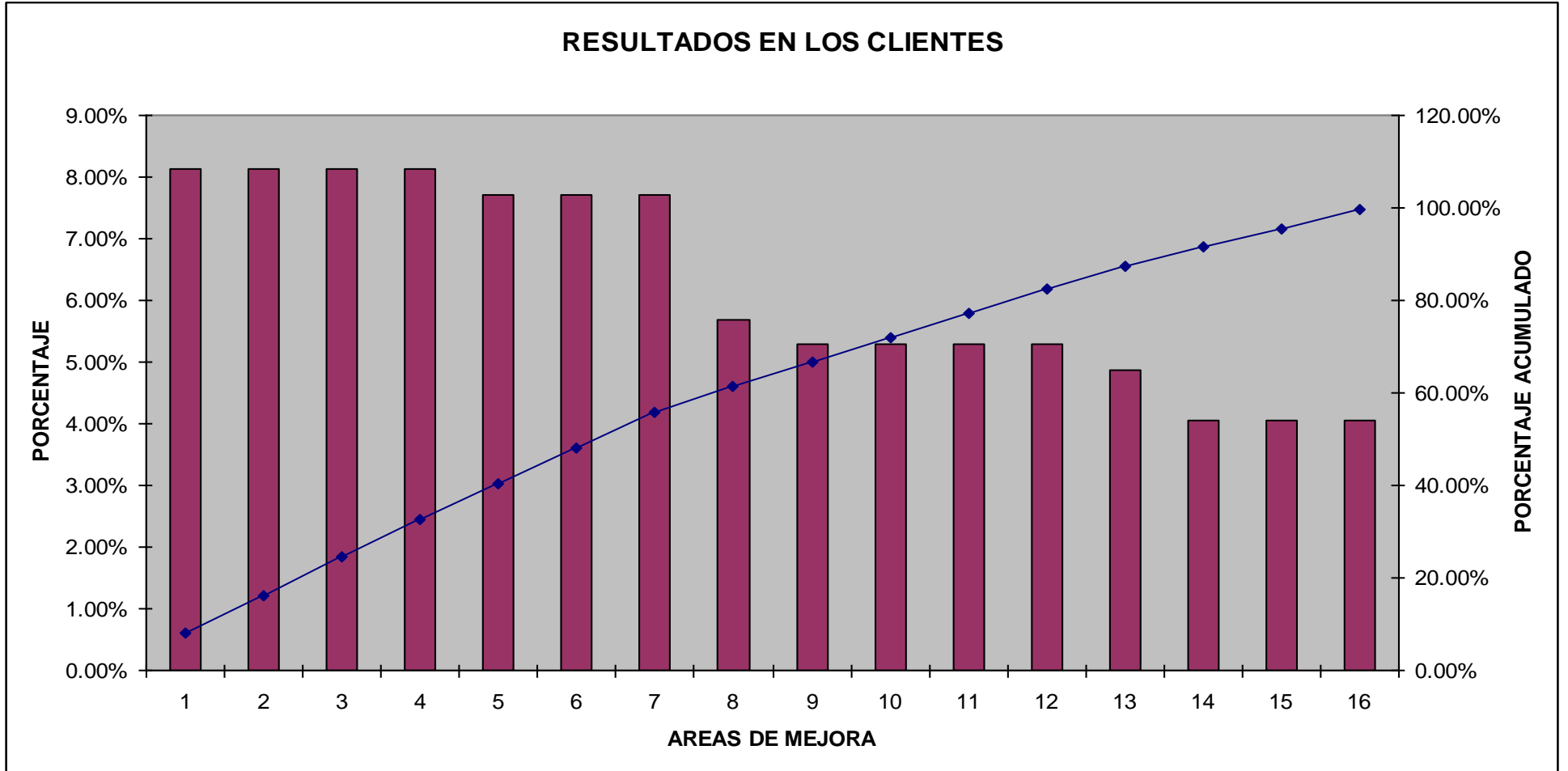
Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados directos (de percepción) obtenidos en la satisfacción de las personas			1							1										4	
Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados indirectos (de rendimiento interno) obtenidos en la satisfacción de las personas		1								1										4.5	
Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores directos (de percepción) de la satisfacción de las personas				1											1					4	
Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de las personas				1											1					4	
Recogida periódica y estructurada de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de las personas				1										1						3.75	
Tendencias de los datos de percepción de la satisfacción de las personas				1										1						3	
Tendencias de los datos indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de las personas				1										1						3	
Utilización de indicadores directos para las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de las personas				1										1						3	
Identificación de los aspectos significativos y su importancia relativa acerca de la satisfacción de las personas			1												1					3.75	
<u>CRITERIO 5: PROCESOS</u>	Impacto Positivo en los Clientes					Impacto Positivo en el resto de áreas de la Unidad					Inversión en recursos, restricciones legales o de otro tipo					Posición baja de partida, competencia, mejora de imagen					TOTAL
AREAS DE MEJORA	Impacto Cliente					Impacto Unidad					Viabilidad					Necesidad					
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
Hay una implicación proactiva con los Derechohabientes para debatir y abordar sus necesidades, expectativas y preocupaciones (grupos de opinión, asociaciones...)	1					1					1					1					0
Existe disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de los procesos y la orientación al cliente	1					1					1					1					0

se hace uso de encuestas y otras informaciones (quejas, felicitaciones, opiniones, sugerencias,...) recogidas del contacto habitual con los derechohabientes para definir objetivos e implantar mejoras	1					1					1					1					0
Se atienden las quejas y reclamamos de los derechohabientes	1					1					1					1					0
Existencia de objetivos e indicadores de los procesos para gestionar y medir la eficacia de los mismos	1					1							1			1					0.25
Existe una Introducción de cambios y mejoras en los procesos, comunicación a los grupos de interés y evaluación de resultados.	1					1							1			1					0.25
Se Identifican y diseñan los procesos y subprocesos (Mapas de procesos, ISO)				1		1							1			1					0
Se diseñan y mejoran los servicios y productos en función de las necesidades y expectativas de los derechohabientes.	1							1			1							1			0.5
Hay Identificación y priorización de las posibles oportunidades de mejora de la gestión de los procesos mediante la medición, el aprendizaje y la orientación al cliente		1						1					1					1			0.5
Existe una planificación o puesta en marcha de acciones de mejora respecto a la gestión de los procesos y la orientación al cliente	1							1					1							1	0
Existe una definición y documentación de los procesos (gestor, misión, clientes, entradas, salidas, diagramas de flujo...)					1	1							1					1			0.25
Se cuenta con la planificación y utilización de sistemas para evaluar/revisar periódicamente la gestión de los procesos y la orientación al cliente				1									1					1			0.25
<u>CRITERIO 9:</u> <u>RESULTADOS CLAVE</u>	Impacto Positivo en los Clientes					Impacto Positivo en el resto de áreas de la Unidad					Inversión en recursos, restricciones legales o de otro tipo					Posición baja de partida, competencia, mejora de imagen					TOTAL
	Impacto Cliente					Impacto Unidad					Viabilidad					Necesidad					
AREAS DE MEJORA	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
Se tienen tendencias de los resultados clave	1					1					1					1					
Se tiene una definición de indicadores clave en la UM	1					1						1				1					
Existe un consenso acerca de los indicadores clave al menos a nivel de los responsables (líderes, directivos)		1					1					1					1				

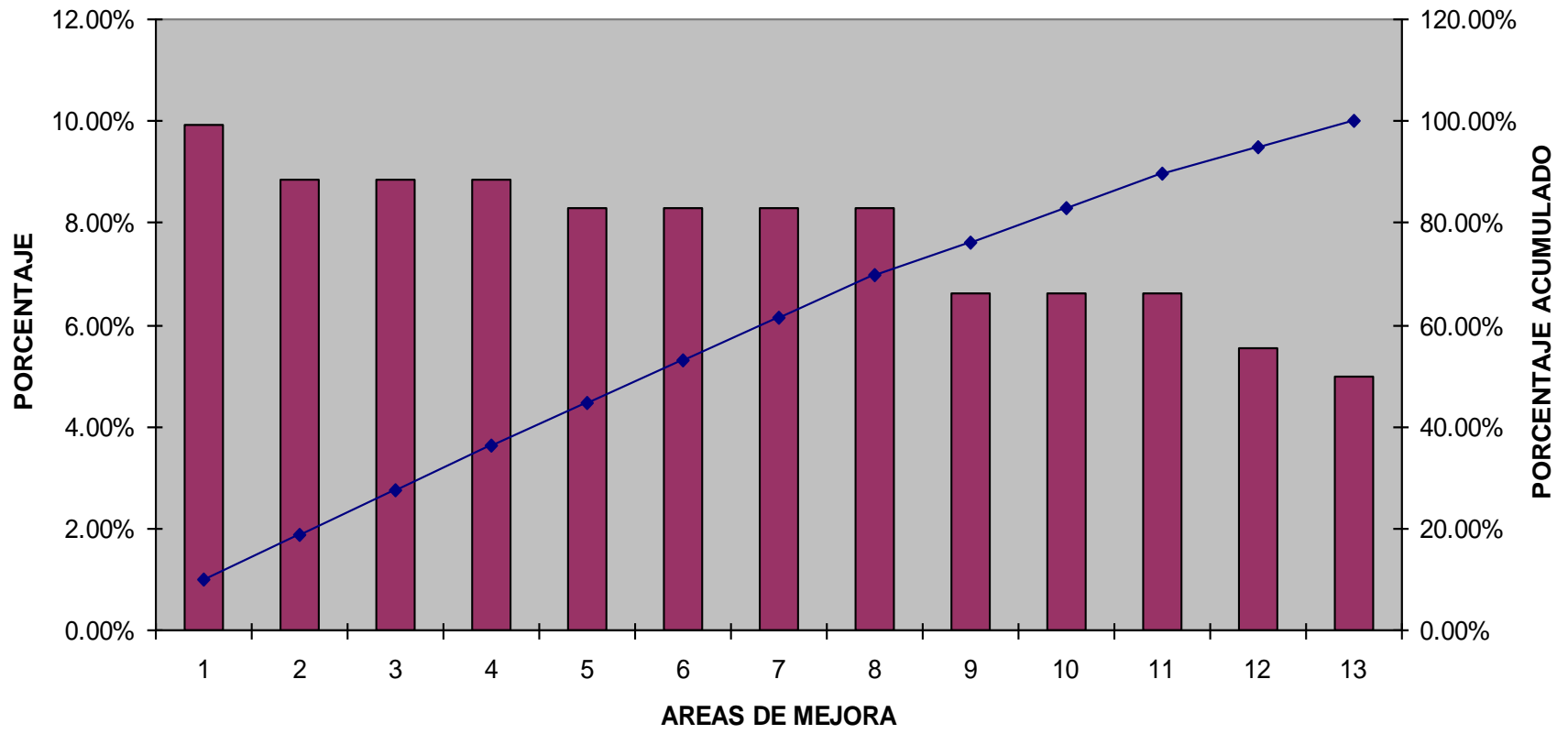
Se usan indicadores clave para las áreas relevantes de gestión de la UM	1					1						1				1					0
Existe un consenso acerca de los resultados clave al menos a nivel de los responsables (líderes, directivos)		1				1						1				1					0
Se llevan registro de las tendencias de los indicadores clave			1			1						1				1					0.25
Se establecen los planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados de los indicadores clave de la UM			1			1					1					1					0.25
Hay un Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores clave			1			1						1					1				0.25
Hay un establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los resultados clave		1				1						1						1			0.25
Se tiene una Identificación de resultados clave en línea con la estrategia, planes y procesos				1		1						1						1			0.5
Se comparan los resultados clave con UM similares				1			1					1					1				0.5
Hay un establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados clave			1			1						1							1		0.75
Existe un aprendizaje de las comparaciones con otras UM más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados clave				1		1							1			1					0
Se obtiene un aprendizaje de las comparaciones con otras UM u organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en los resultados de los indicadores clave				1		1						1						1			0.25
Se emplean los resultados clave para tomar acciones en las áreas relevantes de gestión de la UM				1			1					1						1			0.5
Se realizan comparaciones de resultados de los indicadores clave con UM u organizaciones similares				1		1							1						1		0.25

ANEXO 13

Pareto



RESULTADOS EN LAS PERSONAS



ANEXO 14

Hoja Metodologica para el establecimiento de indicadores

INSTITUTO SALVADORENO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA ATLACATL

HOJA METODOLOGICA PARA LA FORMULACION DE INDICADORES

NOMBRE DE LA ENTIDAD:			
NOMBRE DEL ENFOQUE EFQM:			
QUE SE VA A EVALUAR?	OBJETIVO:		
	ESTRATEGIA:		
FACTORES CLAVES DEL EXITO:			
META ESTABLECIDA:			
FINALIDAD DEL INDICADOR:			
7. INDICADOR	EFICIENCIA	EFICACIA	EFFECTIVIDAD
INFORMACION NECESARIA PARA DESARROLLAR INDICADORES:		FUENTES DE VERIFICACION:	

UNIDAD DE MEDIDA	JUSTIFICACION PARA LA FORMULACION DE LA META	FRECUENCIA DE MEDICION

ANEXO 15

Listado Oficial de Medicamentos.

(Pagina 1)

UNIDAD PLANIFICACION DE ADQUISICIONES
DEPARTAMENTO CONTROL ESTADISTICO DE SUMINISTROS
CONSUMO MENSUAL ESTIMADO DEL LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS

CODIGO	DESCRIPCION	CONSUMO MENSUAL
8010101	ACETAMINOFEN. 500 MG. TABLETA	1,920,072
8010103	ACIDO ACETIL SALICILICO. 500 MG. TABLETA	41,971
8010201	ACETAMINOFEN 500 MG. + CODEINA 30 MG. TABLETA O CAPSULA	87,047
8010203	FENTANILO CITRATO 0.05 MG./ ML. USO IM-EV AMPOLLA 2 ML.	13,155
8010204	PETIDINA CLORHIDRATO 50 MG./ML. USO IM-SC-EV AMPOLLA 2 ML.	1,718
8010205	MORFINA SULFATO O CLORHIDRATO 10 MG./ML. USO IM-SC-EV AMPOLLA 1 ML.	931
8010206	NALOXONA CLORHIDRATO 0.4 MG./ML. USO IM-SC-EV AMPOLLA 1 ML.	49
8010207	NALBUFINA CLORHIDRATO 10 MG./ML. USO IM-SC-EV AMPOLLA 1 ML.	8,405
8010211	MORFINA SULFATO 30 MG. TABLETA DE LIBERACION CONTROLADA.	3,386
8010212	OXICODONA 5 MG. + ACETAMINOFEN 325 MG. TABLETA	31,164
8010301	AMIKACINA SULFATO 250 MG./ML. USO IM-EV. FRASCO VIAL 2 ML.	3,805
8010302	AMINOSIDINA SULFATO 250 MG. TABLETA	61,902
8010303	AMOXICILINA 500 MG. TABLETA O CAPSULA	686,190
8010304	AMPICILINA 1 G. USO IM-EV. FRASCO VIAL.	8,569
8010306	CEFALEXINA MONOHIDRATO 500 MG. TABLETA O CAPSULA.	356,546
8010307	CEFALOTINA SODICA. 1 G. USO IM-EV FRASCO VIAL	10,809
8010309	CLORANFENICOL SUCCINATO 1 G. FRASCO VIAL.	1,056
8010310	ERITROMICINA BASE O ESTEARATO 500 MG TABLETA, CAPSULA O GRAGEA	27,451
8010311	GENTAMICINA 40 MG. X ML. FRASCO VIAL 2 ML	9,391
8010313	GRISEOFULVINA MICRONIZADA 500 MG. TABLETA	73,209
8010315	DOXICICLINA 100 MG. TABLETA, GRAGEA O CAPSULA.	29,144
8010317	NISTATINA 100,000 U/ML. SUSPENSION ORAL, FRASCO GOTERO 30-40 ML.	1,231
8010318	PENICILINA G BENZATINICA 1,200,000 U.I. FCO. VIAL.	4,855
8010319	PENICILINA G PROCAINICA 600,000 U + PENICILINA SODICA 200,000 U FRASCO VIAL	14,414
8010320	PENICILINA SODICA 1,000,000 U FRASCO VIAL	6,197
8010322	CEFTRIAXONA 1 GRAMO USO E.V. FRASCO VIAL	8,814
8010323	CLINDAMICINA FOSFATO 600 MG. AMPOLLA 4 ML.	7,364
8010324	KETOCONAZOL 200 MG. TABLETA.	104,143
8010331	CIPROFLOXACINA CLORHIDRATO 500 MG. TABLETA	143,073
8010335	ACICLOVIR 250 MG. LIOFILIZADO USO EV, FRASCO VIAL	53
8010336	PENICILINA FENOXIMETILICA 1,000,000 U. TABLETA.	4,953
8010337	ANFOTERICINA B 50 MG. LIOFILIZADO FRASCO VIAL	225
8010339	VANCOMICINA CLORHIDRATO 500 MG. FRASCO VIAL 10 ML.	2,525
8010343	DICLOXACILINA 500 MG. USO IM-EV FCO .VIAL	579
8010344	CLINDAMICINA 300 MG. CAPSULA.	25,143

ANEXO 16

Sistema de Aprovevisionamiento (SIADISSS)

1. Contrato Q-030/2005, Licitación Pública Q-025/2004, código 130770
Lugares de entrega: Hospital General, 1 sola entrega a 30 días calendario después de firmado el contrato

NATURAL

02/06/2006 INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL 09:25:31
PROQUI UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL ABCN30A6

CONTRATO : Q20050030 P LICITACION PUBLICA 20040025 FEC.LEGALIZACION : 27/04/2005
SUMINISTRANTE : EQ0008 EQUIPOS, INSTRUMENTOS Y TECNOLOGIA, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPI
PRODUCTO : 130770 PINZA DE DISECCION SIN GARRA, 5 1/2".
PEDIDA : 100 INGRESADA : PENDIENTE : 100
C.UNITARIO : 5.2500 TOTAL POR CODIGO : 525.00

NO. LIN	F.PROBABLE DIAS DE INGRESO	CANTIDAD ESPERADA	FECHA REAL DE INGRESO	CANTIDAD INGRESADA	CANTIDAD PENDIENTE	NUMERO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CODDEP DE FACTURA
001	27/04/2005	100					

DIGITE NUMERO DE LINEA QUE DESEA CONSULTAR :

[F3] RETROCEDE PAGINA [F4] AVANZA PAGINA [F10] PARA SALIR

Enter PF3 PF4 PF10

Inicio 3 M... 2 E... Micr... ENT... ENT... 2 N... 2 M... ES 09:26 a.m.

2. Contrato Q-030/2005, Contratación Directa Q-006/2005, código 130770

Lugares de entrega:

75 unidades, Almacen Q, una entrega a 30 días

55 unidades, Almacen Usulután, una entrega a 30 días

NATURAL							
02/06/2006		INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL				09:29:07	
PROQUI		UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL				ABCN3006	
CONTRATO :	Q20050180	P CONTRATACION DIRECTA	20050006	FEC.LEGALIZACION :	19/12/2005		
SUMINISTRANTE :	SE0055	SERVICIOS QUIRURGICOS DE EL SALVADOR, S.A. DE C.U.					
PRODUCTO :	130770	PINZA DE DISECCION SIN GARRA, 5 1/2".					
PEDIDA :	130	INGRESADA :	130	PENDIENTE :			
C.UNITARIO :	15.0000	TOTAL POR CODIGO :				1,950.00	
NO. LIN	F.PROBABLE DIAS DE INGRESO	CANTIDAD ESPERADA	FECHA REAL DE INGRESO	CANTIDAD INGRESADA	CANTIDAD PENDIENTE	NUMERO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CODDEP DE FACTURA
001	19/12/2005	130			130		
002			16/05/2006	75	55	200601660	240250 005959
003			16/05/2006	55		200630745	560050 005958
DIGITE NUMERO DE LINEA QUE DESEA CONSULTAR : <input type="text"/>							
[F3] RETROCEDE PAGINA		[F4] AVANZA PAGINA				[F10] PARA SALIR	
Enter	PF3	PF4	PF10				

3. Contrato Q-187/2005, Licitación Pública Q-018/2005, código 130770

Lugares de entrega: Almacen Q

1° entrega 30 días 28 unidades

2° entrega 60 días 28 unidades

3° entrega 90 días 27 unidades

4° entrega 120 días 27 unidades

NATURAL 02/06/2006 INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL 09:30:17
 PROQUI UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL ABCN30A6

CONTRATO : Q20050187 P LICITACION PUBLICA 20050018 FEC.LEGALIZACION : 16/01/2006
 SUMINISTRANTE : IM0001 IMPORTACION DISTRIBUCION APARATOS, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPIT
 PRODUCTO : 130770 PINZA DE DISECCION SIN GARRA, 5 1/2".
 PEDIDA : 110 INGRESADA : 56 PENDIENTE : 54
 C.UNITARIO : 1.9000 TOTAL POR CODIGO : 209.00

NO. LIN	F.PROBABLE DIAS DE INGRESO	CANTIDAD ESPERADA	FECHA REAL DE INGRESO	CANTIDAD INGRESADA	CANTIDAD PENDIENTE	NUMERO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CODDEP	NUMERO DE FACTURA
001	16/01/2006	110			110			
002			16/05/2006	28	82	200601624	240250	5434
003			16/05/2006	28	54	200601625	240250	0085

DIGITE NUMERO DE LINEA QUE DESEA CONSULTAR :

[F3] RETROCEDE PAGINA [F4] AVANZA PAGINA [F10] PARA SALIR

Enter PF3 PF4 PF10

Inicio 2 Micros... ENTIRE N... ENTIRE N... 2 NATU... Contrato ... ES 09:30 a.m.

4. Orden de Compra Q-349/2005, Libre Gestión Q-077/2005, código 263023

NATURAL 02/06/2006 INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL 09:33:17
 PROQUI UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL ABCN30A2
 < CONSULTAS DE CONTRATOS POR CODIGO DE PRODUCTO >

GESTION COMPRA : 1 DESCRIPCION : LIBRE GESTION No. GESTION : 20050077
 NUMERO CONTRATO : Q20050349 0 FECHA CONTRATO : TOTAL CONTR.: 40.02
 SUMINISTRANTE : ME0002 MEDIDENT, S.A. DE C.U.

COR	PRODUCTO	D E S C R I P C I O N	PRESENTACION
01	263023	PORTA AMALGAMA MEDIANO, CON PUNTA DE METAL.	C/U.

DIGITE NUMERO DE LINEA QUE DESEA CONSULTAR :

[F3] RETROCEDE PAGINA [F4] AVANZA PAGINA [F10] PARA SALIR

Enter PF3 PF4 PF10

Inicio 2 Micros... ENTIRE N... ENTIRE N... 2 NATU... Contrato ... ES 09:33 a.m.

ANEXO 17

Comparativo información personal y organización.

Un estudio realizado en una organización similar, los médicos consideran que tienen una adecuada resolución de los problemas médicos (92% están satisfechos); sin embargo, esta opinión no es la misma en los pacientes, quienes cerca del 25% están insatisfechos con el grado de resolución de sus patologías.

Se comprende que para la resolución de los problemas en salud se requiere de buena calidad, continuidad en la atención y una estrecha coordinación y apoyo de los servicios afines.

El Cuadro muestra la comparación entre los médicos y los pacientes de los indicadores mencionados.

Cuadro 1: Comparación de los indicadores

Indicador	Porcentaje de satisfacción	
	Médicos	Pacientes
Satisfacción por la solución a los problemas de salud	92	74
Calidad general de los servicios	68	75
Continuidad en los servicios	52	84
Coordinación con otros servicios	52	81

Los datos presentados en el cuadro anterior generan duda sobre el verdadero conocimiento del médico en cuanto al grado de resolución, debido a la contradicción en los resultados referentes a la resolución de problemas médicos y la satisfacción en la calidad, continuidad y coordinación de los servicios.

¿Cómo reconocen los médicos que resuelven los problemas cuando la mitad de ellos consideran inadecuada la continuidad?

¿Cómo resuelven tan adecuadamente los problemas, cuando la calidad y la coordinación con los especialistas es apenas regular?

Sin embargo, aún respetando los resultados, es importante mejorar la satisfacción del paciente referente al grado de resolución de problemas y los indicadores que lo determinan.

Entre los factores de la cultura organizacional que se relacionan con los anteriores indicadores identificados por los médicos se encuentran:

- a) La *falta de autonomía*, expresada principalmente por las pocas oportunidades para ejercer la iniciativa (54% de los médicos).
- b) La falta de conocimiento de los procesos organizacionales en la consulta externa (solo el 65% indica conocerla).

La poca orientación y supervisión en los procedimientos a realizar en la consulta médica (84% niegan haber tenido).

Las condiciones de trabajo

Reconocida la importancia de un ambiente que favorezca la satisfacción laboral, esta investigación valoró la privacidad, la comodidad y la limpieza del centro, como los aspectos del ambiente, mientras el apoyo de los superiores y el grado de conflicto con otros compañeros como los factores de la cultura organizacional que favorecen las condiciones de trabajo.

En el cuadro 2 se aprecia una comparación entre los resultados de los indicadores de respecto a la privacidad, la comodidad y la limpieza, obtenidos por los médicos y pacientes.

Cuadro 2: Comparación de los indicadores

Indicador	Porcentaje de satisfacción	
	Médicos	Pacientes
Respecto a la privacidad	76	91
Comodidad	48	79
Limpieza	46	88

El cuadro muestra que la satisfacción de las anteriores variables en el médico es menor que la de los pacientes, probablemente porque el

grado de exigencia del médico es mayor y consideran las condiciones de trabajo inadecuadas. Estudios posteriores deben identificar las causas específicas de esa insatisfacción.

Entre los factores de la cultura organizacional, el buen trato amable de los superiores alcanzó un 92%, no obstante, perciben que el apoyo brindado por estos no es suficiente (solo el 64% la consideran adecuado)

El otro factor de la cultura organizacional es la tolerancia a los conflictos, donde solo el 23% identifica conflictos interpersonales, y con una frecuencia e intensidad baja. Además, considera que se resuelven de forma adecuada (franca y honesta) en el 60% de los casos. No obstante se considera que los supervisores pueden optar por una actitud más activa en la resolución de conflictos, a fin de evitar situaciones críticas, de manera que el médico se sienta más cómodo con sus relaciones laborales.

La oportunidad de los servicios médicos

Los resultados revelaron que los aspectos concernientes a la oportunidad (la rapidez en la atención de los servicios y la puntualidad del médico) son de regular satisfacción para los pacientes.

Estos datos pueden relacionarse con la falta de involucramiento y conocimiento de los médicos por los procesos organizativos, los cuales requieren fortalecer, orientar y supervisar con el fin de garantizar la adecuada oportunidad de la atención.

Implica la revisión del sistema de citas, horarios, distribución del tiempo médico y de todas aquellas actividades que pueden retrasar los procesos como la disposición del expediente, entrega de medicamentos y otros.

Además, la impuntualidad del médico, podría obedecer a la falta de identidad (52% de entrevistados) percibida por los médicos de sus compañeros, lo cual favorece a las llegadas tardías y el ausentismo.

Los resultados evidencian que los factores de la cultura organizacional incide en formas diferentes en la satisfacción de ambos grupos.

En los médicos parece existir una relación entre la calidad de la atención, con la falta de oportunidades para que estos ejerzan la autonomía y mecanismos que garanticen los cambios sugeridos. Además, la falta de calidad, continuidad y coordinación podrían asociarse con el poco conocimiento en los procedimientos y la falta de supervisión.

Parece existir relación entre la poca coordinación entre los médicos y la falta de apoyo especializado y de los superiores, para la resolución de los problemas en salud.

La regular satisfacción de los médicos por la calidad e insatisfacción por la coordinación y continuidad en la atención médica inciden *indirectamente* en la satisfacción del paciente en lo referente a la resolución de los problemas.

En los pacientes los factores de la cultura organizacional que inciden *directamente* en la satisfacción se encuentran los de tipo organizativo, especialmente el obsoleto sistema de citas, lenta entrega de medicamentos, rapidez de la atención médica y la falta de un adecuado proceso que respondan a las necesidades del paciente.

El buen manejo de las relaciones interpersonales entre los médicos, y entre estos y sus superiores, parece estar relacionado con la adecuada satisfacción en la comunicación y confianza de la relación médico - paciente, la cual no presenta actitudes agresivas u ofensivas.

ANEXO 18

Responsables y recursos necesarios para la implementación de planes de mejora.

ESTABLECIMIENTO DE PLANES DE MEJORA PARA LOS RESULTADOS EN LAS PERSONAS								
ENFOQUE DE PROCESOS								
TAREAS	RESPONSABLE DE TAREAS	TIEMPOS			RECURSOS NECESARIOS (INCLUYE RRHH)	FINANCIACION	INDICADOR SEGUIMIENTO	RESPONSABLE SEGUIMIENTO
		INICIO	FINAL	HLG				
Formación del equipo de trabajo	Administrador y Analistas de Desarrollo Institucional	0	1	1	Perfiles de puestos revisados y oficializados	\$19.35	Listado del personal	Dirección de la UM
Recolección de información para mapas de procesos	Analista de desarrollo Institucional y Director de UM	1	5	0	Entrevistas a personal medico y de apoyo. Documentación técnica y medica	\$150.00	Porcentaje de información recolectada para el mapa de procesos	Dirección de la UM y Jefatura de Desarrollo Institucional.
Elaboración del mapa macro procesos e inventario de procesos	Analista de desarrollo Institucional	5	10	3	Personal medico y del Dpto. Desarrollo Institucional	\$250.00	Documento elaborado	Dirección de la UM y Jefatura de Desarrollo Institucional.
Descripción de organigrama de UM	Directora UM	10	14	0	Manual Organizacional	\$500.00	Documento elaborado	Dirección de la UM
Valoración de Procesos clave	Directora UM	14	22	0	Documentación técnica y medica Descripción de servicios mediaos y estadísticas	\$500.00		Dirección de la UM y Jefatura de Desarrollo Institucional.

					Costeo de servicios			
Elaboración de los procesos clave	Analista de desarrollo Institucional	22	57	10	Documentación técnica y medica	\$350.00	Documento elaborado	Jefatura de Dpto. de Desarrollo Institucional
Definición de indicadores	Analista de desarrollo Institucional y Director de UM	57	65	2		\$175.00	Numero de indicadores definidos / numero total de indicadores	Jefatura de Dpto. de Desarrollo Institucional
Nombramiento de propietarios	Analista de desarrollo Institucional y Director de UM	65	70	2	Listado del personal con aptitudes adecuadas a la actividad a desarrollar	\$65.00	Propietarios nombrados / numero de indicadores	Director UM
Formación del equipo de trabajo	Administrador y Analistas de Desarrollo Institucional	1	1	0	Listado del personal con su respectivo puesto de trabajo.	\$19.35	Listado del personal	Dirección de la UM
Capacitación del equipo de trabajo	Administrador de la UM y Analista de RRHH.	2	6	0	Material didáctico, programación del proyecto, Plan estratégico Institucional y Diagnostico realizado en la Unidad Medica.	\$152.90	Personal Capacitado/Cantidad de personas trabajando en el proceso	Dirección de la UM y Jefatura de Departamento de Capacitaciones

Formulación de Indicadores	Administrador y personal de la UM y Analistas de Desarrollo Institucional	7	21	3	Plan estratégico Institucional y Diagnostico realizado en la Unidad Medica	\$1,009.55	Cantidad de enfoques trabajados/Cantidad de enfoques a trabajar	Dirección de la UM y Jefatura de Desarrollo Institucional.
Metodología para el seguimiento	Analistas de Desarrollo Institucional	22	26	1	Fuentes de Información	\$122.32	Documento con la metodología para el seguimiento	Jefatura de Desarrollo Institucional.
Validación, Presentación y Aprobación	Analistas de Desarrollo Institucional y Administrador de la Unidad.	27	31	0	Indicadores y metodología para el seguimiento	\$138.58	Indicadores aprobados	Dirección de la UM y Jefatura de Desarrollo Institucional.
ACORTAMIENTO DE LOS TIEMPOS PROLONGADOS DE ESPERA EN CONSULTA EXTERNA								
2.1 Estudio de los tiempos de espera basado en la satisfacción del cliente.								
Diseño del estudio	Administrador y Analista de Atención al Cliente	1	2	0	Documentación técnica para el análisis y personal	\$138.58	Documento elaborado	Dirección de la UM
Diseño de la herramienta de recolección de la información	Administrador y Analista de Atención al Cliente	3	4	1	Documentación técnica para el análisis	\$138.58	Herramienta de recolección de Información	Dirección de la UM y Jefatura de Atención al Cliente
Determinación de la muestra	Administrador y Personal de Atención al Cliente	5	5	0	Documentación técnica para el análisis	\$69.29	Listados de muestra seleccionada	
Recolección de la información	Personal de Atención al Cliente	6	10	2	Herramienta de recolección	\$74.19	Información recolectada	Jefatura de Atención al Cliente
Análisis de la información	Analistas de Atención al Cliente y Analistas de Desarrollo	11	25	2	Resultados de la recolección de información	\$917.42	Identificación de acciones de mejora, información procesada	Jefatura de Atención al Cliente y Desarrollo Institucional

	Institucional							
Implementación de acciones de mejoras inmediatas	Administrador y Analistas de Desarrollo Institucional	26	50	0	Recursos financieros	\$1,200.00	acciones de mejora implantadas	Dirección de la UM y Jefatura de Desarrollo Institucional
2. Análisis del procedimiento y los tiempos de servicios de apoyo a la consulta externa.								
Identificación de personal a trabajar en el proceso	Administrador y Analistas de Desarrollo Institucional	1	1	0	Listado del personal con su respectivo puesto de trabajo.	\$19.35	Listado del personal	Dirección de la UM
Capacitación del personal	Administrador de la UM y Analista de RRHH.	2	6	0	Material didáctico y programación del proyecto	\$152.90	Personal Capacitado/Cantidad de personas trabajando en el proceso	Dirección de la UM y Jefatura de Departamento de Capacitaciones
Levantamiento de la información	Administrador y personal de la UM y Analistas de Desarrollo Institucional	7	21	2	Manual de Procedimiento actual	\$1,009.55	Cantidad de Procedimientos documentados/Cantidad de Procedimientos existentes	Dirección de la UM y Jefatura de Desarrollo Institucional.
Integración de la información	Analistas de Desarrollo Institucional	22	26	2	Información de los procesos	\$152.90	Clasificaciones de la información	Jefatura de Desarrollo Institucional.
Análisis de la información y diseño de nuevos procedimientos	Analistas de Desarrollo Institucional	27	51	0	Información de los procesos integrada y clasificada	\$764.52	Cantidad de procedimientos analizados/Cantidad de Procedimientos existentes	Jefatura de Desarrollo Institucional.

Preparación del proyecto del manual	Personal de la Unidad Medica y Analistas de Desarrollo Institucional	52	61	0	Definición de Procedimientos	\$454.19	Cantidad de procedimientos documentados/Cantidad de Procedimientos existentes	Jefatura de Desarrollo Institucional.
Presentación del manual para su aprobación	Administrador de la UM	62	66	0	Manual validado	\$38.71	Manual de Procedimientos aprobado	Dirección de la UM
Reproducción del manual y divulgación	Administrador de la UM	67	76	0	Fotocopias del Manual Aprobado	\$350.00	Cantidad de personal conocedora del Manual/ Cantidad de personal de la UM	Dirección de la UM
Implantación de nuevos procedimientos y del manual	Administrador y Analistas de Desarrollo Institucional	77	91	5	Manual divulgado y planes para la implementación	\$458.71	Cantidad de Procedimientos implantados según Manual/ Cantidad de Procedimientos existentes	Dirección de la UM y Jefatura de Desarrollo Institucional.
Elaboración del informe	Analistas de Desarrollo Institucional	92	96	0	Documentación del proyecto	\$152.90	Documento elaborado	Jefatura de Desarrollo Institucional.
ESTABLECER UN MÉTODO DE ACTUALIZACIÓN DE EXISTENCIAS Y DIVULGACIÓN DEL LOM (LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS) PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS								
Levantamiento de Requerimientos para la aplicación informática	Analistas Programadores y Personal de Farmacia	1	10	1	Procedimiento de Control de existencias actual (Kardex)	\$343.23	Documento con los requerimientos de la aplicación	Jefatura Unidad de Informática y Directora de UM

Diseño de la aplicación informática para el Kardex	Analistas Programadores.	11	40	0	Requerimientos de la aplicación	\$962.90	Estructura de tablas, diseño de pantalla de consulta, etc	Jefatura Unidad de Informática
Diseño del procedimiento de divulgación del LOM y sus existencias	Analistas de Desarrollo Institucional	31	40	5	Requerimientos de la aplicación y procedimiento de la prestación del servicio medico	\$305.81	Procedimiento de divulgación del LOM y sus existencias	Jefatura de Desarrollo Institucional.
Implementación de la aplicación	Analistas Programadores.	41	65	0	Aplicación Informática	\$802.42	Aplicación funcionando	Jefatura Unidad de Informática
Capacitación del Personal Medico para la Prescripción en base al LOM y sus existencias	Personal Medico, Administrador y Dirección de la Unidad	66	70		Aplicación Informática y procedimiento para la prescripción definido	\$152.90	Cantidad de Personal Medico capacitado/Cantidad de Personal Medico en la UM	Directora de la UM
ESTABLECER CANALES DE COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL Y LA ORGANIZACIÓN								
Proceso de actuación	Administrador y Analistas de Desarrollo Institucional	1	5	2	Manual de Procedimiento actual, categoría de puestos.	\$277.16	documento	Directora de la UM y Jefatura de Desarrollo Institucional
Estudio del estado de la comunicación Auditoria de comunicación	Analistas de Comunicaciones	6	30	5	Investigación de Campo	\$802.42	Hallazgos de auditoria	Jefatura de la Unidad de Comunicaciones
Análisis de factores que intervienen	Analistas de Comunicaciones	31	45	0	Resultados de la Investigacion de Campo	\$481.45	Documento de analisis de factores que intervienen	Jefatura de la Unidad de Comunicaciones

Concreción de una política estratégica de comunicación interna	Analistas de Comunicaciones	46	55	0	Manual de Política y Organización	\$320.97	Estrategia de comunicación establecida	Jefatura de la Unidad de Comunicaciones
Elaboración de un plan de comunicación interna	Administrador y Analistas de Comunicaciones	56	65	1	Análisis de los factores que intervienen, política y estrategia de comunicación establecida	\$708.06	Plan de comunicación interna establecido	Directora de la UM y Jefatura de Unidad de Comunicaciones
Establecer un programa de aplicación con fases o etapas	Administrador y Analistas de Comunicaciones	66	70	0	Plan de comunicación interna	\$354.03	Cronograma de actividades	Directora de la UM y Jefatura de Unidad de Comunicaciones
Identificar el tipo de Investigación	Administrador de la UM y Analistas de RRHH	1	4	1	Información técnica sobre tipos y herramientas para la investigación	\$138.58	Definición del Tipo de investigación	Dirección de la UM y Jefatura de División de RRHH
Diseño de la herramienta de recolección de información	Administrador de la UM y Analistas de RRHH	5	14	0	Información sobre factores de la Cultura Organizacional	\$346.45	Herramienta de recolección de Información	Dirección de la UM y Jefatura de División de RRHH
Recolección de la información	Personal de Atención al Cliente	15	21	3	Herramienta de recolección	\$103.87	Información recolectada	Jefatura de Atención al Cliente
Análisis de factores influyentes	Analista de RRHH	22	36	1	Resultados de la Evaluación	\$458.71	Cantidad de Factores analizados/ Cantidad de Factores por analizar	Jefatura de División de RRHH

Planteamiento de Planes de Mejora	Analista de RRHH y Analistas de Desarrollo Institucional	37	46	0	Análisis y relación de los factores de la Cultura Organizacional con los problemas existentes.	\$917.42	Cantidad de Planes de Mejora formulados/Cantidad de Problemas encontrados	Jefatura de División de RRHH y Jefatura de Desarrollo Institucional
GESTIÓN DEL PERSONAL POR ÁREAS DE EFECTIVIDAD Y COMPETENCIA								
Comunicación interna del trabajo	Administrador de la UM y representación Sindical	1	5	3	Presentación en Power Point y Carteles, Computadora, Canon	\$193.55	Personal Informado/Personal de la UM	Dirección de la UM
Selección de la muestra	Administrador de la UM	6	10	0	Listado del personal	\$193.55	Listados de muestra seleccionada	Dirección de la UM
Entrevistas de incidentes críticos	Administrador y Director de la UM	11	25	0	Documentación de incidentes	\$361.29	Cantidad de Incidentes analizados/Cantidad de Incidentes documentados	Dirección de la UM
Revisión de perfiles de competencia y oficialización de estos	Administrador de la UM y Analista de RRHH.	26	35	2	Perfiles de puestos	\$277.16	Cantidad de Perfiles Revisados/ Cantidad de perfiles existentes	Dirección de la UM
Elaboración del instrumento de evaluación de competencias (Objetivos por puesto de trabajo)	Administrador de la UM , Analista de RRHH, Jefaturas y Representación sindical.	36	40	2	Perfiles de puestos revisados y oficializados	\$922.32	cantidad de Puestos de trabajo con objetivo establecido/ Cantidad de Puestos de Trabajo	Dirección de la UM

Capacitación a jefaturas en entrevista de brecha de competencias	Departamento de Capacitación y desarrollo y Analistas de RRHH	41	45	2	Instrumento de evaluación	\$152.90	Cantidad de Jefaturas capacitadas/ cantidad de Jefatura que evalúan	Dirección de la UM
Informes finales perfiles de competencias	Administrador de la UM	46	50	0	Seguimiento del proceso	\$116.13	Documento elaborado	Dirección de la UM
Evaluación del Personal por áreas de efectividad y competencias	Jefaturas UM	P (51)	P(55)	1	Instrumento de evaluación	\$1,000.00	Cantidad de personal evaluado/ Cantidad de personal en UM	Dirección de la UM
Diseño del Plan de capacitación	Administrador de la UM y Analista de RRHH.	P (56)	P(64)	0	Resultados de la Evaluación	\$485.03	Plan de capacitación elaborado	Dirección de la UM
Comunicación de resultados	Administrador de la UM y representación Sindical	P(65)	P(70)	0	Resultados de evaluación y plan de capacitaciones	\$214.19	Cantidad de personal informado/Cantidad de Personal de la UM	Dirección de la UM
DESARROLLO DE PLANES DE CARRERAS								
Análisis de la Plantilla de personal actual	Administrador de la Unidad Medica y Técnicos en Recursos Humanos	1	15	5	Nómina de personal e información General	\$554.32	Documento con el análisis del Personal actual	Directora de la UM y Jefatura de RRHH
Análisis de la situación actual de la Unidad Médica	Técnicos en RRHH y Analistas de Desarrollo Institucional	16	30	0	Perfiles de Puestos, Manuales de Organización, Plan Estratégico de la UM, Información	\$501.42	Documento con el análisis del las oportunidades de desarrollo de personal en la UM	Jefatura de Desarrollo Institucional y Jefatura de RRHH

					sobre proyectos, etc			
Definición de Rutas de Promoción de los puestos	Técnicos en RRHH	31	60	5	Análisis de la Organización, Estructura de Puestos y Análisis de Perfiles	\$611.61	Cantidad de Rutas de Promoción definidas/Cantidad de Rutas de Promoción posibles	Jefatura de RRHH
Diseño de un sistema de información y capacitación en los planes de carrera	Administrador de la Unidad Medica, Técnicos de RRHH y Analistas de Desarrollo Institucional	61	70	0	Rutas de Promoción de Puestos, Perfiles de Puestos, etc	\$506.94	Implementación del sistema de Información	Directora de la UM, Jefatura de Desarrollo Institucional y Jefatura de RRHH

ANEXO 19

Establecimiento de Indicadores para el Control del proceso de recepción, toma de muestra y entrega de exámenes de laboratorio

INSTITUTO SALVADORENO DEL SEGURO SOCIAL			
UNIDAD MEDICA ATLACATL			
HOJA METODOLOGICA PARA LA FORMULACION DE INDICADORES			
NOMBRE DE LA ENTIDAD: Unidad Médica Atlacatl			
NOMBRE DEL ENFOQUE EFQM: Satisfacción del Cliente			
QUE SE VA A EVALUAR?	OBJETIVO: Satisfacción del Cliente		
	ESTRATEGIA: Creación de una Cultura de Calidad Total en el proceso de prestación de los servicios de salud y económicos.		
FACTORES CLAVES DEL EXITO: Control del proceso de recepción, toma de muestra y entrega de exámenes de laboratorio			
META ESTABLECIDA: Mejorar los tiempos de operación y disminución de demoras en los procesos de Laboratorio, reducción de Tiempos por Exámenes No utilizados: 50%, Reducción de Costos por Exámenes No utilizados: 50%			
FINALIDAD DEL INDICADOR: Medir el avance en la disminución de los tiempos de espera de los derechohabientes en la Unidad Medica Atlacatl			
7. INDICADOR	EFICIENCIA mínima participación de recursos posibles	EFICACIA que se debe hacer	EFFECTIVIDAD logro de objetivos de calidad, prontitud, exactitud y satisfacción
	Cantidad de exámenes recepcionados en más de 5 minutos/Cantidad de exámenes recepcionados.	Cantidad de exámenes entregados /Cantidad de exámenes efectuados	Cantidad de exámenes correctos/ Cantidad de exámenes efectuados

		Cantidad de exámenes duplicados/ Cantidad de exámenes efectuados.	
INFORMACION NECESARIA PARA DESARROLLAR INDICADORES:		FUENTES DE VERIFICACION:	
Establecimiento de metas, seguimiento de los cambios implementados en el proceso		Por medio de encuestas, observación y registros de control interno	
UNIDAD DE MEDIDA	JUSTIFICACION PARA LA FORMULACION DE LA META	FRECUENCIA DE MEDICION	
Exámenes realizados	Es necesario reducir los tiempos de espera en el area de laboratorio de los derechohabientes para lograr su satisfaccion con el servicio prestado por la Unidad Medica	Mensual	

ANEXO 20

Evaluación de la ejecución del Control del proceso de recepción, toma de muestra y entrega de exámenes de laboratorio

ESTABLECIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA PARA LOS RESULTADOS EN LAS PERSONAS								
ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES								
TAREAS	RESPONSABLE DE TAREAS	TIEMPOS			RECURSOS NECESARIOS (INCLUYE RRHH)	FINANCIACION	INDICADOR SEGUIMIENTO	RESPONSABLE SEGUIMIENTO
		INICIO	FINAL	HLG				
Formación del equipo de trabajo	Administrador y Analistas de Desarrollo Institucional	1	1	0	Listado del personal con su respectivo puesto de trabajo.	\$19.35	Listado del personal	Dirección de la UM
Capacitación del equipo de trabajo	Administrador de la UM y Analista de RRHH.	2	6	0	Material didáctico, programación del proyecto, Plan estratégico Institucional y Diagnostico realizado en la Unidad Medica.	\$152.90	Personal Capacitado/Cantidad de personas trabajando en el proceso	Dirección de la UM y Jefatura de Departamento de Capacitaciones
Formulación de Indicadores	Administrador y personal de la UM y Analistas de Desarrollo Institucional	7	21	3	Plan estratégico Institucional y Diagnostico realizado en la Unidad Medica	\$1,009.55	Cantidad de enfoques trabajados/Cantidad de enfoques a trabajar	Dirección de la UM y Jefatura de Desarrollo Institucional.
Metodología para el seguimiento	Analistas de Desarrollo Institucional	22	26	1	Fuentes de Información	\$122.32	Documento con la metodología para el seguimiento	Jefatura de Desarrollo Institucional.

Validacion, Presentación y Aprobacion	Analistas de Desarrollo Institucional y Administrador de la Unidad.	27	31	0	Indicadores y metodologia para el seguimiento	\$138.58	Indicadores aprobados	Direccion de la UM y Jefatura de Desarrollo Institucional.
						\$1,442.71		

ANEXO 21

Miembros del Consejo Directivo del ISSS

1. Doctor NELSON NOLASCO PERLA

Director del ISSS

2. Doctor ATILIO ARTURO LOPEZ AVILES

Miembro Propietario del Consejo Directivo

3. Licenciada ANA MARIA BONILLA REVELO

Miembro Propietario del Consejo Directivo

4. Licenciado ROLANDO BORJAS MUNGUIA.

Miembro Propietario del Consejo Directivo

5. Senor JOSE ISRAEL HUIZA CISNEROS

Miembro Propietario del Consejo Directivo

6. Senor RICARDO ANTONIO SORIANO.

Miembro Propietario del Consejo Directivo

7. Doctor JOSE RICARDO CEA ROUANET

Miembro Propietario del Consejo Directivo

8. Licenciado RODOLFO ALFREDO CABEZAS CASTILLO

Miembro suplente del Consejo Directivo

9. Doctora ANA DELMY GONZALEZ C.

Miembro Propietario del Consejo Directivo

10.Licenciada ELIA ESTELA AVILA DE PENA

Miembro suplente del Consejo Directivo

11.Licenciado FRANCISCO RENE CRUZ BRIZUELA

Miembro suplente del Consejo Directivo

12.Doctora CARMEN MARGARITA VILANOVA DE DENYS

Miembro suplente del Consejo Directivo

13.Senor MIGUEL ANGEL ALFREDO RAMIREZ URBINA.

Miembro suplente del Consejo Directivo

14.Doctor JAIME EDUARDO QUANT ESCOBAR

Miembro suplente del Consejo Directivo

15.Doctor JUAN JOSE LOPEZ RIVERA.

Miembro suplente del Consejo Directivo

16.Licenciado JOSE ROBERTO ESPINAL ESCOBAR.

Presidente Nato del Consejo Directivo .

ANEXO 22

Comite Gerencial ISSS

COMITE GERENCIAL

	NOMBRE	CARGO	EXT. J.	EXT. S.	CEL.	CORREO
1	Dr. Nelson Nolasco Perta Ing.	Director General	3304/05	3304/05	----	nelson.nolasco@iss.s.gob.sv
2	pendiente	Subdirector General		3310		
3	Dr. Simón Baltasar Ágreda	U. Técnica Normativa y Planif.en Salud	3119	Clara Luz 3116	7886-0808	simon.agreda@iss.s.gob.sv
4	Dr. Héctor Emilio Castillo	Planif. de Adquisición en Salud	3142	3143	7886-1039	hector.castillo@iss.s.gob.sv
5	Dr. Guillermo Rodríguez P	Depto. Farmacoterapia	3108	Peblis 3106	7887-1783	guillermo.rodriguez@iss.s.gob.sv
6	Ing. Julio Salomón Montes	Subdirector Admvo. y Desar. Institu.	3399	3322	7786-4101	julio.montes@iss.s.gob.sv
7	Lic. Zulma M. de Sánchez	División de RR. HH.	3396	3057	7736-7077	zulma.desanchez@iss.s.gob.sv
8	Ing. Rafael Aníbal Jaime	Div. Infraestructura	2260-4181	2260-7211	7940-8000	rafael.jaime@iss.s.gob.sv
9	Lic. Salvador Perdomo	Div. Prestaciones Económicas	3006	3007	7887-6148	salvador.perdomo@iss.s.gob.sv
10	Lic. Juan Fco. Argumedo	Unid. Informática	3203	3276	7885-7070	juan.argumedo@iss.s.gob.sv
11	Ing. Carlos Carrillo	Div. Log. y Apoyo	2242-1302	2242-6477	7871-8818	Carlos.carrillo@iss.s.gob.sv
12	Ing. Raúl Antonio Rivas M.	Div. Desarrollo e Investig. Institucional	3035	3032	7886-1670	raul.rivas@iss.s.gob.sv
13	Ing. José Mauricio Mejía A.	Coord. Almacén y Distribución	2239-3577	2239-3500	7736-5844	jose.mejia@iss.s.gob.sv
14	Lic. Ernesto Chamorro	Asesoría Jurídica de Procuración	3151	3147	7886-1038	ernesto.chamorro@iss.s.gob.sv
15	Pendiente.	UACI	2239-3591	2239-3500	7887-9828	
16	Lic. José Armando Barrios	Unidad Secret. Gral.	3319	3313	7870-0111	armando.barrios@iss.s.gob.sv
17	Lic. Luis Fernando Avelar Bermudez	Asesor Jurídico D.G. Y C.D.	3001	3002	7885-1316	
18	Lic. Carlos Argueta	UFI	3134	3195	7730-5144	carlos.argueta@iss.s.gob.sv
19	Lic. Rosario Erazo de Tobar	U. Comunicaciones y Atn. Clieñ	3397	3034	7729-0204	carlos.barrundia@iss.s.gob.sv
20	Lic. José Israel Rivas	Unid. Auditoría	2260-3901	2260-3907-9	7886-1031	jose.rivas@iss.s.gob.sv
21	Lic. Emilio A. Velásquez	Unidad Pensiones	2223-7078	2245-6272	7848-1070	emilio.velasquez@upjiss.s.gob.sv
22	Dr. José Guillermo González	Subdirector de Salud	3139	3140	7886-1032	marjorie.fortin@iss.s.gob.sv
23	Dr. Santiago Almeida	Div. Evaluación y Monitoreo	2268-3124	Ligia 3125	7886-0505	No tiene
24	Dr. Jorge Sandoval	Depto. Calidad Atención Hospitalaria	2260-6738 ext.3436	Ma. Tere.3133	7877-3606	jorge.sandoval@iss.s.gob.sv
25	Dra. Lidia Eugenia de Nieto	Depto. Control de Farmacias	---	Sonia 3218	7828-6057	lidia.denieto@iss.s.gob.sv
26	Dr. Edgar Martínez	Depto. Calidad Atención Ambulatoria	2268-3131	Marilú 3129	7877-3686	edgar.martinez@iss.s.gob.sv
27	Ing. Ana M. Ch. de Aguilar	Dto. Aseg. Cal. De Bien. e Ins. Dacaci	2239-3522	2239-3523	7737-9777	ana.aguilar@iss.s.gob.sv

ANEXO 23

Guía Metodológica para la preparación y evaluación de los proyectos de inversión social



**INSTITUTO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE DE
PLANIFICACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL – ILPES**

**DIRECCIÓN DE PROYECTOS Y PROGRAMACIÓN
DE INVERSIONES**

**GUÍA METODOLÓGICA GENERAL
PARA LA PREPARACIÓN Y EVALUACIÓN
DE PROYECTOS DE INVERSIÓN SOCIAL**

HÉCTOR SANÍN ÁNGEL

Este enfoque de evaluación encierra implícitamente el siguiente principio: Cuando se aspira a la satisfacción de necesidades básicas de la población estos proyectos producen un beneficio incuestionable, pero de difícil valoración. Su beneficio social es de común aceptación, no requiere ser demostrado, y por lo tanto la preocupación del análisis se desfasa hacia la selección de la alternativa (o del proyecto) que exhiba el mínimo costo. Por ello la metodología de "costo/eficiencia" es de gran aplicación en proyectos de beneficio social como los educativos y los de salud.

2. Variedad de coeficientes

Se pueden construir varios indicadores de costo/eficiencia, de acuerdo con los tipos de beneficios identificados.¹³ Son dos los tipos de indicadores de costo/eficiencia más comunes y se recomienda su uso simultáneo y complementario para mejorar el análisis:

a. Costo por beneficiario (o por unidad de cobertura)

Ejemplos: Costo/alumno, en proyectos educativos; costo/atención, en proyectos de salud; costo/familia, o costo/conexión domiciliaria, en proyectos de agua potable y saneamiento básico;¹⁴ costo/hectárea, en proyectos de infraestructura agropecuaria, o ambientales. El ejercicio que hemos realizado ha comparado dos alternativas por costo/eficiencia procurando "mínimo costo por beneficiario"

b. Costo por unidad de producto (o de capacidad instalada)

Ejemplos: Costo/metro cúbico, en acueductos o proyectos de riego; costo/kilómetro construido, en proyectos viales;¹⁵ costo/tonelada o costo/res sacrificada, en proyectos de mataderos.

E Costo/Eficiencia y proyectos de beneficio social

1. Evaluación de proyectos de beneficio social

En su gran mayoría los denominados proyectos de beneficio social generan beneficios de extraordinaria importancia cuyo verdadero valor es difícil de medir: la educación de un niño, la prevención de una enfermedad, la disminución de niveles de morbilidad y de mortalidad como consecuencia de provisión de agua de buena calidad.

13 Recordar el examen de beneficios según tipologías de proyectos

14 En estos proyectos de saneamiento ambiental, dado que el PROINSOL recomienda la evaluación costo-beneficio, el indicador de costo/eficiencia es un instrumento que completa el análisis, e inclusive se puede utilizar para evaluar las alternativas que solucionan el mismo problema con iguales beneficios.

15 Igual comentario de la nota anterior para los proyectos de agua potable y vialidad.

Los efectos derivados (beneficios finales) de estos proyectos se aceptan, entonces, como de bondad incuestionable, por lo que el evaluador de proyecto queda relevado de la necesidad de acudir a artificios cuantitativos para demostrar, por ejemplo, que evitar la muerte de un ser humano es económicamente conveniente.

Aceptado lo anterior, queda pendiente verificar que los impactos comúnmente aceptados por su bondad se puedan lograr mediante proyectos que sean económicamente (socialmente) menos costosos que otros posibles. Ello implica acudir a algún criterio para la selección de la alternativa más eficiente. Y ese criterio es el aportado por el análisis de costo/eficiencia, donde se toman decisiones basadas en minimizar el costo por unidad de producto o por beneficiario atendido especialmente en los proyectos de naturaleza social, como lo son los de educación, salud, saneamiento básico.

Los efectos esperados de los proyectos sociales se suponen representados por el producto, pero siempre y cuando sea de buena calidad, oportuno, fluido, adecuadamente usado. Esta consideración es la que permite mantener metodologías sencillas de evaluación de los proyectos sociales, como lo son las basadas en indicadores de costo/eficiencia.

2. Costo/eficiencia: sencillez de medición

En la construcción de los indicadores de costo/eficiencia sólo se valoran (monetariamente) los costos. Los beneficios basta con medirlos y sumarlos, pues se trata generalmente de unidades homogéneas.

Un proyecto de agua potable, por ejemplo, genera un solo producto y se supone que homogéneo (garantizada la calidad), de manera que basta sumar metros cúbicos en un período y ya está medido el beneficio previsto. Esta característica le otorga sencillez y facilidad al cálculo de los indicadores de costo/eficiencia y, por lo tanto, hace *innecesario valorar monetariamente los beneficios*, ya que su medición es asimilable a una unidad común -como es el caso de buena parte de los proyectos denominados de "beneficio social": metros cúbicos de agua, alumnos, atenciones en salud, pasajeros movilizados.

Si las unidades de producto son heterogéneas o los beneficios son complejos, el indicador pierde significado y se dificulta su manejo operacional. En tales situaciones hay que acudir a métodos de valoración de beneficios, aspecto que analizaremos en la próxima unidad.

ANEXO 24

Valor de referencia del rendimiento promedio de las letras del tesoro (LETES)

RENDIMIENTO PROMEDIO DE LAS LETRAS DEL TESORO

Titulo Valor Negociado	Serie / Tramo	Monto Transado (US\$)	Plazo del Reporto (Dias)	Vencimiento del Reporto	Precio de Cierre	Rendimiento Promedio (%)
LETE260107	---	40,000.00	8	09/08/06	100	6.35
LETE260107	---	55,000.00	8	09/08/06	100	5.28
LETE260107	---	55,000.00	6	07/08/06	100	6.08
LETE260107	---	201,107.49	6	07/08/06	100	6.15
LETE260107	---	277,061.80	6	07/08/06	100	6.08
LETE260107	---	280,000.00	6	07/08/06	100	6.08
LETE260107	---	425,000.00	6	07/08/06	100	6.08
LETE260107	---	1,500,000.00	6	07/08/06	100	6.58
LETE260107	---	1,800,000.00	6	07/08/06	100	6.58
LETE290307	E	2,000.00	8	09/08/06	100	6.88

ANEXO 25

Valores de la Inflacion

INFLACIÓN: ÍNDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR 1/

Base Diciembre de 1992 = 100

Variación Anual

MESES	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Enero	12.2	7.5	1.5	3.1	-0.5	5.5	0.9	2.8	2.4	5.7	3.3
Febrero	11.2	7.8	1.3	2.6	0.2	4.8	1.4	2.7	2.6	5.3	3.8
Marzo	10.6	7.4	1.5	2	0.5	4.9	1.7	2.4	3	4.8	4
Abril	10.3	7.1	2.7	0.1	1.1	5	2	2	3.9	4.4	4.2
Mayo	10.3	6.1	3.5	-1	2.4	4.5	1.8	1.9	4.8	4.4	3.6
Junio	11.1	4.9	3.2	-1.2	3.6	3.5	2.3	1.6	4.6	4.3	4.4
Julio	10	4	2.8	-1.1	2.9	3.6	2.5	1	5.3	4.1	
Agosto	10.8	1.8	2.2	0.1	3.4	3.5	1.8	1.7	5.2	4.2	
Septiembre	8.7	2.1	1.5	1.5	3.3	3.3	1.4	2.1	5.4	4.4	
Octubre	8.3	1.7	1.9	2	2.7	2.3	2.5	2.3	5.5	5.9	
Noviembre	7.2	2.2	4.3	-0.7	3.4	3	1.4	2.6	5.4	4.6	
Diciembre	7.4	1.9	4.2	-1	4.3	1.4	2.8	2.5	5.4	4.3	

1/ Relación del mes en estudio con respecto al mismo mes del año anterior (punto a punto)

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos - DIGESTYC

ANEXO 26

Adquisición de servicios de capacitacion ISSS

0000022

POR \$ 1440.00

RECIBI DE PARTE DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
LA CANTIDAD DE UN MIL CUATROCIENTOS DOLARES 00/100 EN
CONCEPTO DE HONORARIOS PROFESIONALES POR SERVICIOS
PRESTADOS IMPARTIENDO EL SEMINARIO DETERMINACION DE REQUE-
RIMIENTOS EN EL PROCESO DE ABASTECIMIENTO, EVENTO DESARRO-
LLADO LOS DIAS SABADO 11 Y SABADO 18 DE FEBRERO DEL 2006,
AMPARADO SEGÚN ORDEN DE COMPRA # 0182/2006, LIBRE GESTION
G-0045/2006.

VALOR TOTAL \$1440.00

MENOS:

RETENCION 10% IMPUESTO S/RENDA \$144.00

LIQUIDO POR RECIBIR \$1296.00

SAN SALVADOR 17 DE MARZO DEL 2006


ING. RIGOBERTO VANCIO HUEZO ALVAREZ

DE NIT: 0614-061055-004-6

#DE DUI: 01892146-4

FONDO CIRCULANTE
Unidad de Adquisiciones y
Contrataciones Institucional
BANCO CUSCATLAN
Cheque No. 001058
Fecha de Cancelado 21 MAR 2006
CANCELADO
I. S. S. S.

Unidad de Adquisiciones y
Contrataciones Institucional
RIGOBERTO A. REVELO B.
Encargado de Fondo Circulante
I. S. S. S.



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL
 ACTA DE ENTREGA

ACTA No. _____

ENTREGA LOCAL
 ENTREGA ALMACEN

REUNIDOS LOS ABAJO FIRMANTES DAMOS POR RECIBIDO EL PRODUCTO ASIGNADO A

LA CASA SUMINISTRANTE RIGOBERTO VINICIO HUGZO ALVAREZ
 DE ACUERDO A:

GESTION DE COMPRA No. G-45/2006 CONTRATO U ORDEN DE COMPRA No. 182/2006 RECIBO DE FECHA 17/03/2006
 FACTURA No. _____

L.P. MEDICAMENTO DE FECHA _____
 C.D. QUIRURGICO MONTO \$ 1440.00
 L.G. GENERALES No. DE ENTREGA 01
 OTROS

DEPENDENCIA SECC. PROGRAMACION Y DESARROLLO DE CAPACITACION CODIGO DE DEPENDENCIA 260203

CODIGO DE PRODUCTO	CANTIDAD DE BULTOS	CANTIDAD EN FACTURA	DESCRIPCION DEL PRODUCTO	No. DE LOTE	FECHA DE VENCIMI.
<u>0223617</u>		<u>01</u>	<u>SERVICIO DE CAPACITACION</u>		

OBSERVACIONES O SEÑALAMIENTOS :

NOTA: ESTE PRODUCTO ESTA SUJETO AL ANALISIS DEL DEPTO. DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD APLICANDO ISO 9000 Y LIBROS OFICIALES, A UN CONTEO FISICO PREVIO A SU INGRESO Y A REPOSICION EN CASO DE EXISTIR FALTANTE O AVERIA EN CAJA SELLADA.

A LAS 16:00 HORAS DE DIA 17 DEL MES FEBRERO DEL 2006

F. [Signature]
 ENCARGADO DE RECEPCION



F. [Signature]
 REPRESENTANTE DE SUMINISTRANTE

F. _____
 D.A.C.A.C.I. CUANDO LA ENTREGA SEA EN ALMACENES
 TECNICO DE MANTENIMIENTO CUANDO SEA EN BODEGA DE REPUESTOS

RIGOBERTO VINICIO HUEZO
CONSULTOR

OFERTA DE SERVICIOS DE CAPACITACION

1- FECHA SAN SALVADOR, 2006.

2-DATOS GENERALES DEL OFERTANTE:

- NOMBRE: RIGOBERTO VINICIO HUEZO ALVAREZ
- DIRECCION: 39 AVENIDA NORTE 1047 SAN SALVADOR.
- TELEFONO: 22262747- 77289115
- E-MAIL: rvha@navegante.com.sv
- NIT: 0614-061055-004-6
- DUI: 01892146-4 LA LIBERTAD STA. TECLA 09-02-2006.

3- NUMERO DE LIBRE GESTION: G-045 / 06

4- CODIGO ISSS DEL PRODUCTO: 0223617

5- CANTIDAD SOLICITADA: 1 SERVICIO

6- DEPENDENCIA SOLICITANTE: UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES
INSTITUCIONALES UACI.

7- CANTIDAD OFERTADA: 1 SERVICIO

8- PRECIO TOTAL: \$ 1440.00

9- CURRICULUM VITAE: ANEXO

10- CARTA DIDACTICA: ANEXO

RIGOBERTO VINICIO HUEZO



RI 0032

ANEXO 27

Lineamientos de presupuesto 2007 ISSS



Lineamientos Plan Anual de Trabajo y Presupuesto 2007

DIVISIÓN DE LOGÍSTICA Y APOYO

55601 Primas y Gastos de Seguros de Personas

55602 Primas y Gastos de Seguros de Bienes

Estos específicos de gasto es responsabilidad de la División de Logística y Apoyo Presupuestarlo.

DEPARTAMENTO DE TESORERÍA

55603 Comisiones y Gastos Bancarios

Comprende los gastos destinados al pago por los servicios adquiridos de las instituciones del sistema financiero; tales como: apertura de cartas de crédito y transferencias cablegráficas.

RUBRO 56 TRANSFERENCIAS CORRIENTES

Incluye los gastos relacionados con devoluciones por cotizaciones, becas y cuotas que la institución cancelará a organismos internacionales.

SECCIÓN CONTROL DE INGRESOS

56304 A Personas Naturales

En este objeto específico de gasto debe presupuestarse el valor de las devoluciones por cotizaciones que se estime serán pagadas en exceso en el ejercicio 2006 y que serán reintegradas durante el año 2007.

SECCIÓN PROGRAMA Y DESARROLLO DE CAPACITACIÓN Y DEPARTAMENTO DE DOCENCIA Y EDUCACIÓN CONTINUA

56305 Becas

Bajo este concepto, se deberá presupuestar los recursos relacionados con los Programas de Capacitación, a realizar dentro o fuera del país; excepto pasajes y viáticos al exterior, que deben incluirse en los específicos correspondientes.

UNIDAD DE SECRETARÍA GENERAL

56404 A Organismos Multilaterales

La estimación del gasto bajo este código, se refiere a los pagos que efectuará el Instituto a organismos de seguridad social internacionales, en su calidad de miembro.

ANEXO 28

Impacto de la implantación efectiva de EFQM en los resultados claves empresariales



University of Leicester

THE CENTRE OF QUALITY
EXCELLENCE

**IMPACTO DE LA
IMPLANTACIÓN EFECTIVA DE EFQM
EN LOS RESULTADOS CLAVES EMPRESARIALES**

Extracto del trabajo desarrollado en 2005 por
Dr Louise Boulter, The Centre of Quality Excellence, The University of Leicester
Prof. Tony Bendell, The Centre of Quality Excellence, The University of Leicester
Ms Hanida Abas, The Centre of Quality Excellence, The University of Leicester
Professor Jens Dahlgard, Linkoping University, Sweden
Professor Vinod Singhal, Georgia Institute of Technology, US

Guión:	Página
0.- Sumario.....	2
1.- Introducción y cuestiones básicas.....	2
2.- Metodología	
2.1.- Identificación de entidades que han implantado de forma efectiva los principios de la Excelencia.....	3
2.2.- Medición de resultados clave.....	4
2.3.- Período de tiempo de análisis de resultados.....	4
2.4.- Selección de entidades para comparar.....	4
3.- Resultados claves	
3.1.- Valor de la acción.....	5
3.2.- Datos contables(crecimiento, beneficio, eficiencia):	
3.2.1.- Ventas / retorno de ventas.....	6
3.2.2.- Costos.....	6
3.2.3.- Beneficios operativos.....	6
3.2.4.- Otros datos contables.....	7
4.- Conclusiones.....	7



Se asume que se deben tomar de referencia las condiciones industriales y económicas, sea de un país concreto en un momento exacto o que hubieran sufrido un impacto específico que afectaba a todas las entidades, sea en entidades que hubieran implantado EFQM o que no lo hubieran hecho .

Así se han seleccionado entidades de referencia para cada entidad ganadora, basado en los principios:

1. Que pertenezca al mismo país de la casa matriz del ganador
2. Que tenga parecidos datos financieros por lo menos en el mismo período anterior a ganar
3. Que pertenezca al mismo código sectorial (primer dígito de la clasificación DATASTREAM)
4. Sea similar en tamaño, medida por el total de activos en el año fiscal anterior al de ganador, con el límite de que la relación de valor de activos sea inferior a 3.

3.- Resultados generales

Los resultados se definen como porcentaje de diferencia entre las entidades ganadoras y su referencia de comparación. Para controlar los datos de este estudio que pueden influenciar el valor de la media, los resultados se analizan después de un recorte simétrico a 2,5% de cada lado, lo que afecta a la media pero no a la mediana.

Se han estudiado 120 ganadores con indicación de los países a los que pertenecen(figura 2).

3.1.- Valor de la acción

Se ha analizado este valor en los dos períodos de implantación y post implantación. El valor incluye ganancia de capital, dividendos regulares y especiales, ambos ajustados por Datastream en cuanto a posibles desdoblamientos de valor de las acciones.

Los resultados indican que en el postimplantación los ganadores mejoran a sus referencias de forma significativa a partir del tercer año tras haber ganado. A pesar de que en el período implantación algunas entidades de referencia dan mejores resultados que las ganadoras, ello no es estadísticamente significativo.

Un análisis más detallado del precio de la acción de las ganadoras indican resultados interesantes(ver figura 3)

- En el año en que han ganado, mejoran un 3% respecto a las de referencia.
- Pero esta ventaja va creciendo hasta el tercer año tras haber ganado: Así, en el segundo año tras haber ganado mejoran un 24% respecto a sus referencias, llegando al tercer año con una mejora del 36%.

3.2.- Datos contables:

3.2.1.-Volumen de ventas

Se ha analizado el porcentaje de aumento en ventas de las ganadoras. Para controlar distorsiones tales como adquisiciones y tamaño de la entidad, se ha considerado la mejora del ratio ventas/ activos.

En la figura 4 se ve la media de las ganadoras y de las de referencia . Se ve que en el período de implantación las entidades de referencia mejoran a las ganadoras; sin embargo en el postimplantación las ganadoras consiguen mayor crecimiento que las de referencia. Así:

- Tras un año de ganar , las ganadoras mejoran en un 8% respecto a las de referencia.
- En el segundo año esta diferencia aumenta a un 10% y en el tercero a un 18%. En el cuarto un 50% de media y en el quinto un 77% de mayor aumento que las de referencia.

En el ratio ventas/ activos , las ganadoras mejoran claramente a las de referencia:

- Ya desde el primer año tras ganar se aprecia ventaja respecto a las de referencia.
- Ello aumenta hasta un 8% de diferencia para el segundo año .

3.2.2.- Costos

Se ha analizado los costos totales y el ratio costos totales/ ventas. Ver figura 5.

En el período de implantación ambas, las ganadoras y las de referencia, se comportan similarmente en reducción de costos.

Pero en el período post implantación las ganadoras mejoran a sus referencias en el ratio reducción de costos/ventas:

- Ya en el primer año esta ventaja supone un 1,5% de mayor reducción que las de referencia.
- Y llega a un 4,4% de mayor reducción tras cinco años de haber ganado.

3.2.3.- Beneficios operacionales

Se han analizado los beneficios operacionales, el ratio beneficios/ventas y el ratio beneficios/ activos. Estos tres valores indican similares resultados: Se comprueba que hace falta un cierto tiempo para que se note diferencia, pero las ganadoras mejoran a sus referencias en los tres valores a medio plazo.

3.2.4.- Otros valores contables

Se han controlado otros valores: Cambio en inversión de capital/ ventas, cambios en inversión de capital/ activos, cambios en activos totales, cambios en el número de empleados.

La figura 6 indica la media de evolución de la inversión en capital/ activos tanto en el período de implantación como postimplantación . Así:

- Un año después de haber ganado, las ganadoras han mejorado a las de referencia en un 13%.
- Cuatro años después de ganar esta ventaja es de un 46%

Lo que se puede interpretar como el haber conseguido una confianza diferencial positiva por parte de los accionistas.

La figura 7, indica el ratio de evolución de la inversión en capital / ventas . Así:

- Un año después de ganar, las ganadoras han mejorado un 10% más que las de referencia.
- Cuatro años después de ganar las ganadoras mejoran en un 30% a las de referencia.

Consistentes con estos resultados de aumento de ventas, la figura 8 indica la media del aumento de activos de las ganadoras respecto a las de referencia. Así:

- Un año después de haber ganado . las ganadoras mejoran en un 12% a las de referencia
- Cuatro años después de haber ganado, mejoran en un 44% a las de referencia.

La figura 9 indica la evolución media del número de empleados de las ganadoras y sus referencias: Así:

- Durante el período de implantación las ganadoras tienen un porcentaje inferior a las de referencia
- En el período post implantación los resultados no son claros:
 - En el primer año tras ganar las ganadoras aumentan más los empleados que sus referencias.
 - Tras 3 o 4 años de haber ganado, las ganadoras tienen un crecimiento de empleados inferior a las de referencia.

- Tras cinco años por el contrario las ganadoras aumentan significativamente el número de empleados.

4.- CONCLUSIONES

- ❖ Se constata que se requiere un cierto tiempo para que las ganadoras expliciten mejoras respecto a las de referencia.
- ❖ Sin embargo, tanto a corto como a medio plazo parece evidente que las ganadoras mejoran a sus referencias.

Elo puede reafirmar a las entidades

- ❖ que han decidido una estrategia a medio plazo basada en implantación de EFQM.
- ❖ Que están desanimadas y pensando en cambiar de estrategia por otros modelos.
- ❖ Y en general reafirmar a los que han apostado por EFQM con las ventajas esperables de su implantación.

5.- Referencias

Estudio de 1997 de Hendricks y Singhal: "Does implementing an effective TQM program actually improve operating performance?". Management Science vol 43 nr 9 pag 1258-1274

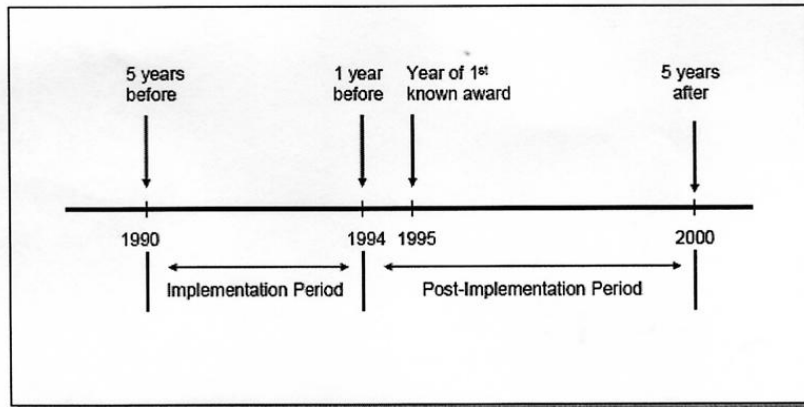


Figure 1: Determining the implementation and the post implementation time periods for a company that received a first award in 1995

País de la sede central de ganadores premios EFQM UE:

Bélgica	3
Dinamarca	2
Finlandia	5
Francia	11
Alemania	15
Grecia	1
Hungría	1
Italia	2
Holanda	5
Noruega	1
Polonia	2
España	2
Suecia	3
UK	21
Eslovenia	1
Suiza	1
Turquía	9
No UE:	
Japón	11
USA	24
TOTAL	120

Fig 3.-Incremento medio VALOR ACCION EN BOLSA

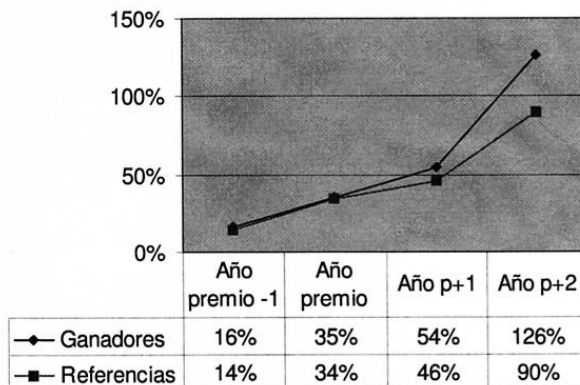


Fig 4.-Incremento medio DE VENTAS

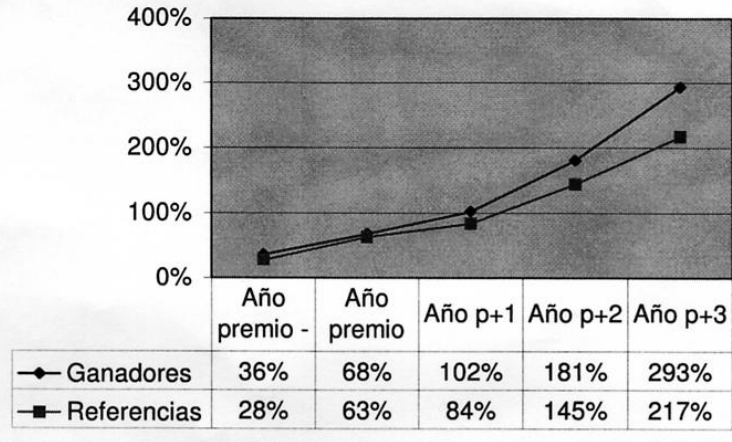
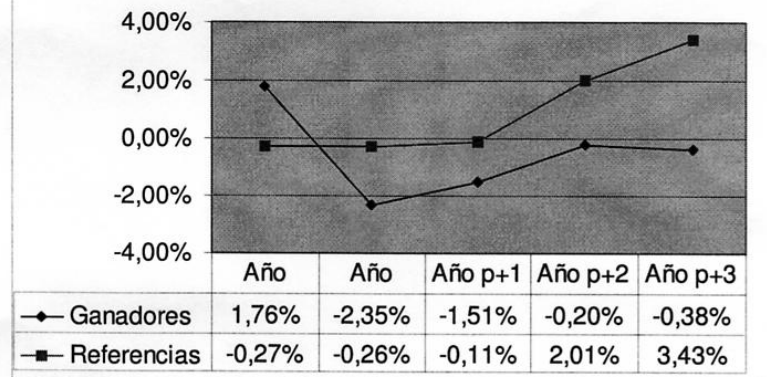
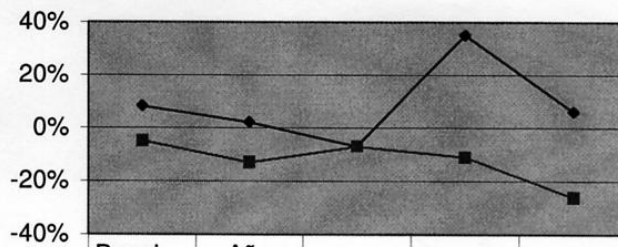


Fig 5.-Incremento medio DE COSTOS

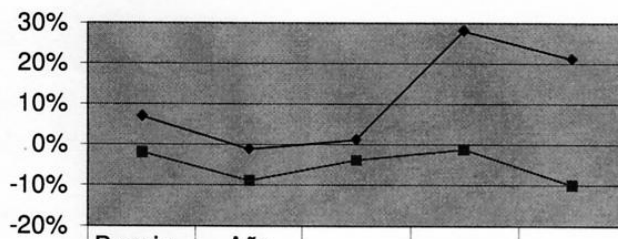


**Fig 6.-Incremento medio de
INVERSION en CAPITAL / ACTIVOS**



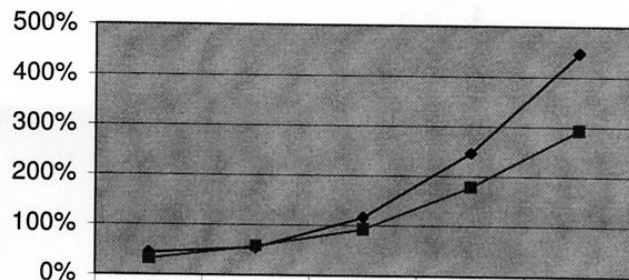
	Premio - 1	Año premio	Año p+1	Año p+2	Año p+3
◆ Ganadores	8%	2%	-7%	35%	6%
■ Referencias	-5%	-13%	-7%	-11%	-26%

**Fig 7.-Incremento medio DE
INVERSION en CAPITAL / VENTAS**



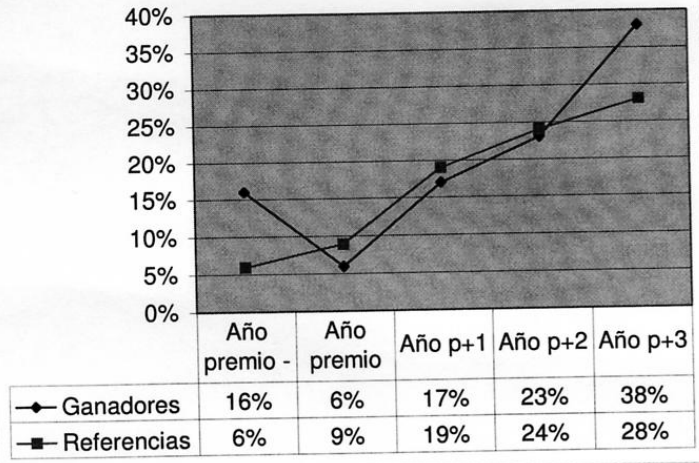
	Premio - 1	Año premio	Año p+1	Año p+2	Año p+3
◆ Ganadores	7%	-1%	1%	28%	21%
■ Referencias	-2%	-9%	-4%	-1%	-10%

Fig 8.-Incremento medio DE ACTIVOS FIJOS



	Año premio -	Año premio	Año p+1	Año p+2	Año p+3
◆ Ganadores	44%	55%	116%	246%	447%
■ Referencias	32%	58%	93%	178%	293%

Fig 9.-Incremento medio DE EMPLEADOS



ANEXO 29

Presupuesto de la Unidad de estudio.

		04-02-01
CODIGO	SUBLINEA DE TRABAJO	UNIDAD MEDICA
	RUBRO, CUENTA Y	ATLACATL
	OBJETO ESPECIFICO DE GASTO	
51	REMUNERACIONES	5,073,708
511	Remuneraciones Permanentes	2,202,912
51101	Sueldos	1,438,960
51103	Aguinaldos	119,812
51104	Sobresueldos	74,140
	Subsidio de Transporte	74,140
	Subsidio de Alimentación	0
51105	Dietas	0
51107	Beneficios adicionales (prima, vacación y bonificac.)	570,000
	Prima	210,000
	Vacación	210,000
	Bonificación por evaluación al merito	150,000
512	Remuneraciones Eventuales	2,210,058
51201	Sueldos	1,605,302
51203	Aguinaldos	133,756
51204	Sobresueldos	96,000
	Subsidio de Transporte	48,000
	Subsidio de Alimentación	48,000
51207	Beneficios adicionales (prima,vacación y bonificac.)	375,000
	Prima	125,000
	Vacación	125,000
	Bonificación por evaluación al merito	125,000
513	Remuneraciones Extraordinarias	72,547
51301	Horas extraordinarias	36,000
	Horas extraordinarias	18,000
	Nocturnidades	18,000
51302	Beneficios extraordinarios (interinatos)	36,547
514	Contribuc. patron. a instit.de seg.social públ. (ISSS)	418,763
51401	Por remuneraciones permanentes	225,000
51402	Por remuneraciones eventuales	193,763
51403	Por remuneraciones extraordinarias	0

515	Contribuc. patron. a instit.de seg.social privada (AFP)	169,428
51501	Por remuneraciones permanentes	51,428
51502	Por remuneraciones eventuales	118,000
51503	Por remuneraciones extraordinarias	0
516	Gastos de representación	0
51602	Por prestación de servicios en el exterior	0
517	Indemnizaciones	0
51701	Al personal de servicios permanentes	0
	Indemnizaciones al personal permanente	0
	Gratificación por retiro voluntario	0
51702	Al personal de servicios eventuales	0
	Indemnizaciones al personal eventual	0
	Gratificación por retiro voluntario	0
519	Remuneraciones diversas	0
51903	Prestaciones sociales al personal	0
	Actividades deportivas	0
	Actuaciones artisticas	0
	Ayuda para lentes	0
	Ayuda económica en caso de muerte	0
	Seguro de vida gratuito	0
51999	Remuneraciones diversas	0
	Lavanderas y planchadoras	0
	Reclasificaciones	0
	Cambios automáticos	0
53	PRESTACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL	0
531	Beneficios previsionales	0
53101	Pensiones por vejez	0
53102	Pensiones por Invalidez	0
53103	Pensiones por viudez	0
53104	Pensiones por orfandad y progenitores	0
53105	Beneficios por incapacidad temporal	0
	Subsidio por maternidad	0
	Subsidio por enfermedad común y profesional	0
	Subsidio por accidente de trabajo y accidente común	0
	Auxilio de sepelio	0
53106	Beneficios adicionales	0
53199	Pensiones y jubilaciones diversas	0
54	ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS	1,511,481
541	Bienes de uso y consumo	971,779

54101	Productos alimenticios para personas	11,965
54103	Productos agropecuarios y forestales	0
54104	Productos textiles y vestuarios	3,000
	Ropa hospitalaria	1,200
	Uniformes y calzado	1,800
54105	Productos de papel y cartón	13,409
54106	Productos de cuero y caucho	189
54107	Productos químicos	48,000
54108	Productos farmacéuticos y medicinales	500,000
54109	Llantas y neumáticos	2,000
54110	Combustibles y lubricantes	3,910
54111	Minerales no metálicos y Prod.derivados	385
54112	Minerales metálicos y Prod.derivados	100
54113	Materiales e instrumental de laboratorios	328,635
54114	Materiales de oficina	5,000
54115	Materiales informáticos	3,000
54116	Libros, textos, útiles de enseñanza y public.	143
54118	Herramientas, repuestos y accesorios	2,443
54119	Materiales eléctricos	1,600
54199	Bienes de uso y consumo diversos	48,000
542	Servicios básicos	128,697
54201	Servicios de energía eléctrica	118,697
54202	Servicios de agua	3,500
54203	Servicios de telecomunicaciones	6,500
54204	Servicios de correos	0
543	Servicios generales y arrendamientos	354,505
54301	Mantenim. y Reparac.de bienes muebles	0
	Mantenim. y Reparac.de equipo de oficina y aparatos eléctric.	0
	Mantenim. y Reparac.de muebles y artículos varios	0
	Mantenim. y Reparac.de equipo médico quirúrgico	0
	Mantenim. y Reparac.de equipo investigación	0
	Mantenim. y Reparac.de maquinaria y equipo de producción	0
	Mantenim. Y Reparación de equipo de computación	0
54302	Mantenimientos y reparac.de vehículos	3,000
54303	Mantenim.y reparac.de bienes inmuebles	0
54304	Transportes, fletes y almacenamientos	6,000
54305	Servicios de Publicidad	0
54306	Servicios de vigilancia	112,000
54307	Servicios de limpieza y fumigaciones	17,300
	Limpieza	17,000
	Fumigación	300
54308	Servicios de lavanderías y planchado	0
54309	Servicios de laboratorios	190,000
54310	Servicios de alimentación	0
54313	Impresiones, publicaciones y Reproduc.	0

54314	Atenciones oficiales	0
54316	Arrendamiento de bienes muebles (arrendam. de fotocopiadora)	8,705
54317	Arrendamiento de bienes inmuebles	0
54318	Arrendamiento por el uso de bienes intangibles	0
54399	Servicios Grales.y Arrendamientos diversos	17,500
	Servicio de transporte de distrib. de planillas y recibos	0
	Servicio de transporte de desechos sólidos	14,000
	Servicios de incineración	3,500
	Servicios de alojamiento	0
	Servicios hospitalarios	0
	Arrendamientos varios	0
544	Pasajes y viáticos	0
54401	Pasajes al interior	0
54402	Pasajes al exterior	0
54403	Viáticos por Comisión interna	0
54404	Viáticos por Comisión externa	0
545	Consultorías, estudios e investigaciones	56,500
54501	Servicios Médicos	55,000
54503	Servicios Jurídicos	0
54504	Servicios de Contabilidad y Auditoría	0
54505	Servicios de Capacitación	1,500
54507	Desarrollos Informáticos	0
54508	Estudios e Investigaciones	0
54599	Consultorías, Estudios e Investigac.Diversas	0
55	GASTOS FINANCIEROS Y OTROS	38,743
551	Intereses y Comis. de Títulosval. en el Mercado Nacional	0
55199	Intereses y Comisiones de Títulosvalores Diversos	
555	Impuestos, Tasas y Derechos	15,985
55599	Impuestos,Tasas y Derechos Diversos (impuestos municipales)	15,985
556	Seguros, Comisiones y Gastos Bancarios	22,758
55601	Primas y Gastos de seguros de Personas	0
55602	Primas y Gastos de seguro de Bienes	22,758
55603	Comisiones y Gastos Bancarios	0
557	Otros Gastos no Clasificados	0
55701	Diferenciales cambiarios	0
55703	Multas y Costas Judiciales	0
56	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	0

563	Transferencias corrientes al sector privado	0
56301	A Empresas privadas no financieras	0
56303	A Organismos sin fines de lucro	0
56304	A Personas Naturales	0
56305	Becas	0
564	Transferencias corrientes al Sector Externo	0
56404	A Organismos Multilaterales	0
61	INVERSIONES EN ACTIVOS FIJOS	450,170
611	Bienes muebles	401,170
61101	Mobiliarios	166,520
61102	Maquinarias y equipos	123,850
61103	Equipos médicos y de laboratorios	37,700
61104	Equipos informáticos	35,900
61105	Vehículos de transporte	37,200
61107	Libros y colecciones	0
61108	Herramientas y repuestos principales	0
61199	Bienes muebles diversos	0
612	Bienes inmuebles	0
61201	Terrenos	0
61202	Edificios e instalaciones	0
614	Intangibles	0
61403	Derechos de propiedad intelectual	0
615	Estudios de pre-inversión	24,000
61501	Proyectos de construcciones	24,000
616	Infraestructuras	25,000
61602	De salud y saneamiento ambiental	25,000
61608	Supervisión de infraestructuras	0
63	INVERSIONES FINANCIERAS	0
631	Inversiones en títulos valores	0
63105	Depósitos a plazo (Rva. Técnica R.Profes.)	0
	T O T A L	7,074,102