

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
Facultad De Ciencias Económicas
Maestría en Administración de Empresas y Consultoría Empresarial



**“PROPUESTA DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA
CALIDAD BAJO EL MODELO EFQM EN EL HOSPITAL
AMATEPEC”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO POR:

JORGE ANIBAL CABRERA MARROQUIN
ROXANA MARISOL DÍAZ PINEDA
CARLA ELIZABETH PUENTE CASTILLO

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
MASTER EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS Y CONSULTORIA
EMPRESARIAL**

DICIEMBRE DE 2006

SAN SALVADOR

EL SALVADOR

CENTROAMÉRICA

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Rectora : Dra. María Isabel Rodríguez
Secretario General : Licda. Alicia Margarita Rivas de Recinos

Facultad de Ciencias Económicas

Decano : Lic. Emilio Recinos Fuentes
Secretaria : Licda. Vilma Yolanda Vásquez de Del Cid

Docente Director : Lic. Dimas Ramírez Alemán
Coordinador de Seminario : Ing. Msc. Mercedes del Carmen Góchez Rebollo
Docente Observador : Ing. Msc. Joaquín Barillas

Diciembre de 2006

AGRADECIMIENTOS

"En primer lugar a Dios, porque suscitó en mi corazón esta aventura magnífica, a mi familia por su paciencia y apoyo incondicional en esta empresa, a mis amigos por sus oraciones para que este sueño se hiciera realidad, a Jorge y Marisol por su paciencia y a todas las personas que de un modo u otro contribuyeron para alcanzar este logro". Carla.

"Agradezco a Dios todopoderoso por permitirme seguir viviendo y desarrollarme; a mi papá, hermanos y especialmente a mi mamá Elba (QEPD) por que siempre me animó a superarme a pesar de las adversidades; a mi esposa Regina por su comprensión, apoyo y paciencia; a mis compañeras de tesis Carla y Marisol por su confianza y apoyo; a nuestra asesora Mercedes Góchez por su incondicional y valioso aporte; al Lic. Dimas Ramírez Alemán por su profesionalismo y empuje y a todos mis compañeros de Hospital Amatepec, por su amistad permanente". Jorge Aníbal

"Agradezco a Dios Todopoderoso y a la Virgen Maria; por guiarme e iluminarme durante todo el camino recorrido, a mis padres que desde siempre me apoyaron e incentivaron a seguir adelante en todos aquellos momentos en que pensé no lograría alcanzar tan ansiada meta; a mi hermano Oscar, que siempre ha estado pendiente de mi crecimiento personal y profesional; a toda mi familia y amigos por su interés y apoyo en tan anhelado logro; a mis compañeros de tesis Ing. Carla Puente y Dr. Jorge Cabrera, por su confianza, por compartir sus conocimientos, por su colaboración, comprensión y tolerancia a lo largo de este proceso y por la amistad brindada; a la Ing. Mercedes Góchez por compartir sus conocimientos a través de sus tan excelentes asesorías y a Lic. Dimas y todos los catedráticos que aportaron sus enseñanzas para nuestro enriquecimiento personal y profesional". Marisol

ÍNDICE

Introducción	i
Capítulo I	
Marco Teórico de Referencia	
1.1. Antecedentes del Hospital Amatepec	1
1.1.1 Misión	
1.1.2 Visión	
1.1.3 Valores	
1.2. Organización del Hospital Amatepec	4
1.3. Medidas de Calidad Implementadas en el Hospital Amatepec	6
1.3.1 Calidad Técnica	
1.3.2 Calidad Sentida	
1.4. Antecedentes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.....	9
1.4.1 Historia	
1.5. Situación Actual del Hospital	11
1.6. Planteamiento del Problema.....	11
1.7. Justificación de la Investigación.....	12
1.8. Alcances y Limitaciones de la Investigación	12
1.8.1 Alcances	
1.8.2 Limitaciones	
1.9. Objetivos de la Investigación	13
1.9.1 Objetivo General	
1.9.2 Objetivos Específicos	
1.10. Sistema de Hipótesis.....	14
1.10.1 Hipótesis Nula	
1.10.2 Hipótesis de Investigación	

1.11. Cobertura.....	14
1.11.1 Cobertura Temporal	
1.11.2 Cobertura Espacial	
1.12. Tipo de Estudio	15
1.13. Métodos y Técnicas de Investigación	15
1.13.1 Instrumentos de Investigación	
1.13.2 Validación del Instrumento	
1.14. Diseño de la Investigación.....	16
1.14.1 Método de Recabar Información	
1.14.2 Población (N)	
1.14.3 Tamaño de la Muestra	
1.14.4 Tamaño de la Muestra para cada Conglomerado	
1.15. Variables para el Cuestionario.....	20

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Introducción a la Calidad	
2.1.1. Historia de la Calidad.....	21
2.1.2. ¿Qué es Calidad?.....	23
2.1.3. Los Filósofos de la Calidad	24
2.1.4. Aportaciones Destacables de Expertos.....	25
2.1.5. Beneficios de la Calidad	26
2.1.6. Los Principios de la Calidad.....	26
2.1.7. Calidad Como Estrategia de Competitividad, Productividad y Eficiencia	27
2.1.8. Calidad en los Servicios de Salud	28
2.1.9. Recursos Técnicos de la Calidad	30
2.2 Modelo EFQM	
2.2.1. Antecedentes del Modelo EFQM.....	31
2.2.1.1 Historia	
2.2.1.2 Objetivos de la EFQM	
2.2.1.3 Ventajas de la EFQM	
2.2.1.4 Misión de la EFQM	

2.2.1.5 Fundamentos y Características del Modelo	
2.2.1.5.1 Características	
2.2.2. Uso del Modelo.....	34
2.2.3. Estructura del Modelo EFQM.....	35
2.2.3.1. Liderazgo (100 Puntos).	
2.2.3.2. Política y Estrategia (90 Puntos).	
2.2.3.3. Personas (80 Puntos).	
2.2.3.4. Recursos y Alianzas (90 Puntos).	
2.2.3.5. Procesos (140 Puntos).	
2.2.3.6. Resultados en los Clientes (200 Puntos).	
2.2.3.7. Resultados en el Personal (90 Puntos).	
2.2.3.8. Resultados en la Sociedad (60 Puntos).	
2.2.3.9. Resultados Clave en la Organización (150 Puntos).	
2.2.4. La Lógica REDER.....	46
2.2.4.1 El Elemento “Resultados”	
2.2.4.2 El “Enfoque”	
2.2.4.3 El “Despliegue”	
2.2.4.4 La “Evaluación y Revisión”	
2.2.4.5 Fundamentos del Análisis	
2.2.4.5.1 Puntuación de los Agentes Facilitadores	
2.2.4.5.1.1 Cómo Puntuar el Enfoque	
2.2.4.5.1.2 Cómo Puntuar el Despliegue	
2.2.4.5.1.3 Cómo Puntuar la Evaluación y Revisión	
2.2.4.5.2 Puntuación de los Resultados	
2.2.5. Relación y Diferencia entre EFQM, Calidad Total e ISO 9000	56
2.2.5.1 EFQM y Calidad Total	
2.2.5.2 EFQM e ISO 9000	
2.2.5.3 EFQM y Balanced Scorecard – BSC (Cuadro de Mando Integral)	

Capítulo 3

3.1. Resultados de la Investigación	58
3.1.1. Organización	
3.1.2. Métodos	
3.1.3. Evidencias	
3.1.4. Modelo	
3.2. Análisis Global de los Resultados.....	86

Capítulo 4.

Propuesta del Sistema de Autoevaluación

4.1. Guía para la Implementación del Programa de Calidad	89
4.2. Descripción de las Actividades de Implementación	90
4.3. Guía para la Autoevaluación Usando las Tablas y el Perfil EFQM	93
Paso 1. Evaluación de Subcriterios	
Paso 2. El Perfil EFQM	
Paso 3. Tabla de Selección de Puntos Fuertes y Áreas de Mejora	
Paso 4. Tabla para Proyectos de Mejora	
4.4. Modificación de Términos.....	101
4.5 La Lógica REDER.....	102
4.6. Instrumentos de Evaluación de Actividades de Mejora	117
4.7. Beneficios Esperados.....	126

Capítulo 5

Conclusiones Y Recomendaciones

5.1. Conclusiones	127
-------------------------	-----

5.2. Recomendaciones	129
Bibliografía.....	132
ANEXOS	134
Anexo 1. Cuestionario Versión Preliminar y Final	
Anexo 2. Indicadores	
Anexo 3. FODA	
Anexo 4. Tablas de Gestión Sugeridas	
Anexo 5. Tabla para la Aplicación del REDER, EFQM	
Anexo 6. El Perfil EFQM	
Anexo 7. Seguridad e Higiene Ocupacional	
Anexo 8. Preguntas Sugeridas para Evaluar Criterios	

RESUMEN

Con el estudio "Propuesta de un Sistema de Evaluación de la Calidad bajo el Modelo EFQM en el Hospital Amatepec" se investigó sobre los métodos de calidad, formas de organización, evidencias, problemas en el sistema y procesos actuales del centro estudiado, mediante un estudio descriptivo de tipo exploratorio, realizado a través de muestreo por conglomerados o áreas, utilizando un cuestionario validado por prueba piloto en otro hospital, con un 6% de margen de error, varianza de 2 y nivel de confianza del 95.5%.

Entre los resultados obtenidos, destacan el conocimiento por los empleados del Comité de Calidad, pero desconocen sus funciones, sus formas de organización, tiempo asignado, impacto de sus actividades y evidencias que demuestren el seguimiento, aprendizaje y actividades de garantía de la calidad; además, es notoria la integración de los comités por pocos empleados. Se desconoce el modelo de calidad aplicado en el hospital; sin embargo, al analizar su planificación, detectamos que se han considerado los agentes criterios del Modelo EFQM, pero no miden los agentes resultados, por lo que, mediante la adaptación del modelo, proponemos una herramienta de autoevaluación que puede adaptarse a sus exigencias, logrando aseguramiento de la calidad.

Se concluye que el Hospital Amatepec necesita un programa de calidad integrado y sistémico que demuestre los resultados de su gestión; que se divulgue su plan de trabajo, sus propuestas y éxitos a todo nivel y realizar un programa de autoevaluación mediante la presentación de evidencias. Sugerimos implementar el Modelo EFQM y el instrumento de autoevaluación propuesto; capacitar en el mismo a empleados de diferentes disciplinas que participen en su implementación; definir fechas para medir los indicadores propuestos e incorporar en las actividades de calidad actores clave (jefaturas, mandos medios, personal operativo y sindicato) para el adecuado desarrollo de los programas y el éxito de los proyectos, evitando interferencias al mismo y manteniendo apoyo constante del personal. Esperamos se utilice el instrumento propuesto; pues mediante un software amigable, permite medir la eficacia de los comités y el aprendizaje obtenido de las actividades realizadas; realizar análisis cuantitativo de la gestión de calidad; promover la evidencia como fuente de evaluación e impacto; detectar áreas fuertes y débiles de la gestión, facilitar proyectos de mejora y determinar, mediante el análisis subsiguiente, el nivel de superación de las debilidades y fortalezas e incorporar requisitos adicionales para hacer más exigente y completo su programa, asegurando la mejora continua.

INTRODUCCIÓN

La calidad es una actividad primordial de toda empresa en el mundo actual, con el fin de mejorar productos y servicios, mantener clientes satisfechos y desarrollar la organización; por ello, actualmente muchas empresas implementan estándares y políticas para cumplir requisitos que les permitan mejora continua y certificación, con lo cual se vuelven más competitivas en el ámbito nacional e internacional.

El Modelo EFQM de excelencia es uno de los métodos de calidad utilizados actualmente, aplicado por muchas organizaciones a nivel mundial; en nuestro país ha sido utilizado en diversos Ministerios y actualmente se ha iniciado su sistema de autoevaluación en el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI). A través de su lógica REDER (Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión), permite detectar las áreas fuertes y puntos de mejora de una organización, generar aprendizaje, mejora continua y competitividad.

La presente investigación permitió detectar el uso de los criterios agentes del modelo en el Hospital Amatepec y la falta de medición de sus agentes resultados, así como algunos factores que influyen para que el aseguramiento de la calidad y la mejora continua no se alcancen en forma eficaz; mediante dichos resultados se hizo la correspondiente propuesta de autoevaluación, incorporando estrategias de mejora al trabajo actual en calidad, herramientas de gestión y un instrumento de autoevaluación de fácil aplicabilidad y con probabilidades de incorporarle nuevos requisitos que hagan cada vez más completo el Programa de Calidad del Hospital Amatepec del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Hacemos una reseña del modelo, la descripción del tipo de investigación realizada, los resultados y la propuesta de autoevaluación que esperamos sea de utilidad y se aplique en el centro estudiado; además, el instrumento propuesto puede ser modificado para aplicarse en otros centros de atención, de acuerdo a su complejidad o en áreas administrativas de la institución. Debido al desconocimiento del modelo por la mayoría de empleados del hospital y a la confusión que generan los términos utilizados en el mismo, fue necesario adaptarlo a uno propio del hospital, que vaya acorde a su realidad y lo haga de más fácil entendimiento al comité gerencial, colaboradores, supervisores y ente rector de la seguridad social. Con esta investigación pretendemos dar a conocer las ventajas que el instrumento ofrece para la implementación de un sistema de mejora continua y fomentar el inicio de una medición de la evolución de la calidad bajo criterios definidos.

CAPITULO 1

MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

1.1. ANTECEDENTES DEL HOSPITAL AMATEPEC

El Hospital Amatepec del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), se encuentra localizado en el kilómetro 3½ del Boulevard del Ejercito Nacional, Soyapango, inició sus actividades a partir del 28 de octubre de 2003, contando con áreas de emergencia y hospitalización en las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Ortopedia, Neonatología, Ginecología y Obstetricia; posteriormente se añadió la especialidad de Cirugía Plástica.

Por ser un centro de atención de segundo nivel, no cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos; sin embargo, cuenta con personal calificado para el manejo de complicaciones severas, permitiendo la estabilización de pacientes previo a su traslado a centros de tercer nivel. Por su dependencia de las normativas institucionales, el hospital debe regirse por los valores propios de la seguridad social; sin embargo, mediante consenso entre las jefaturas se plantearon la visión y misión propias del hospital.

1.1.1 Misión

Somos una institución médico – hospitalaria de segundo nivel que brinda atención con calidad y calidez en las especialidades de ginecología, obstetricia, ortopedia, medicina interna y cirugía general, con recurso humano, tecnológico y un sistema gerencial comprometido con la mejora continua de los procesos de gestión y servicios que, con alto grado de responsabilidad social, contribuye a mejorar la calidad de vida de la población de su zona geográfica de influencia.

1.1.2 Visión

Integrar un centro hospitalario con una organización funcional y liderazgo en los servicios de segundo nivel de atención, a través de una gestión comprometida con la calidad y orientada a la satisfacción de sus clientes, potenciando el desarrollo de su recurso humano como el medio más adecuado para cumplir el compromiso de la mejora continua de los servicios de salud de nuestra institución.

1.1.3 Valores

- **Universalidad:** Extender la cobertura y otorgar la provisión de servicios a la población.
- **Solidaridad:** Aporte económico individual al servicio de todos
- **Equidad:** Garantizar la igualdad de oportunidades a los servicios dándole a cada quien según sus necesidades.
- **Calidad:** Proveer servicios con eficiencia, eficacia, oportunidad, profesionalismo, humanitarismo y responsabilidad, satisfaciendo las expectativas de los usuarios.
- **Eficiencia:** utilizar en forma transparente y racional los recursos para el logro de los objetivos.
- **Ética:** La adhesión a los principios, dando servicios con honestidad, disciplina y lealtad
- **Calidez:** Calidad humana en el trato al derechohabiente, reflejada en la conducta y actitud del personal que presta el servicio
- **Identidad:** Nuestros recursos humanos hacen propia la misión de la Institución.

El hospital, dentro de los servicios de salud, cuenta con 165 camas censables (pacientes con ingreso mayor de 24 horas) organizadas en cuidados progresivos y 68 camas no censables (pacientes en observación hasta 24 horas) las cuales están distribuidas de la siguiente manera:

- ✓ Pacientes en observación:
 - 8 observación pediátrica (antes Hospital de día)
 - 22 observación adultos
- ✓ Nurseria
 - 23 cuneros y 6 incubadoras
 - 10 camas labor de parto

Posee 3 salas de operaciones para cirugía electiva ,1 quirófano de emergencia, 1 quirófano de cesáreas, 1 sala de procedimientos de ginecología y obstetricia, 2 salas de expulsión (partos), pequeña cirugía, yesos, máxima urgencia, central de esterilizaciones, laboratorio, fisioterapia, psicología, nutrición, epidemiología, anestesiología, terapia respiratoria, farmacia y radiología; dentro de las áreas administrativas cuenta con administración, recursos humanos, ingeniería hospitalaria, almacén de artículos generales, compras, unidad financiera y servicios generales. La cobertura promedio del hospital es de 300,000 habitantes, correspondientes a la población de las zonas geográficas de influencia de las

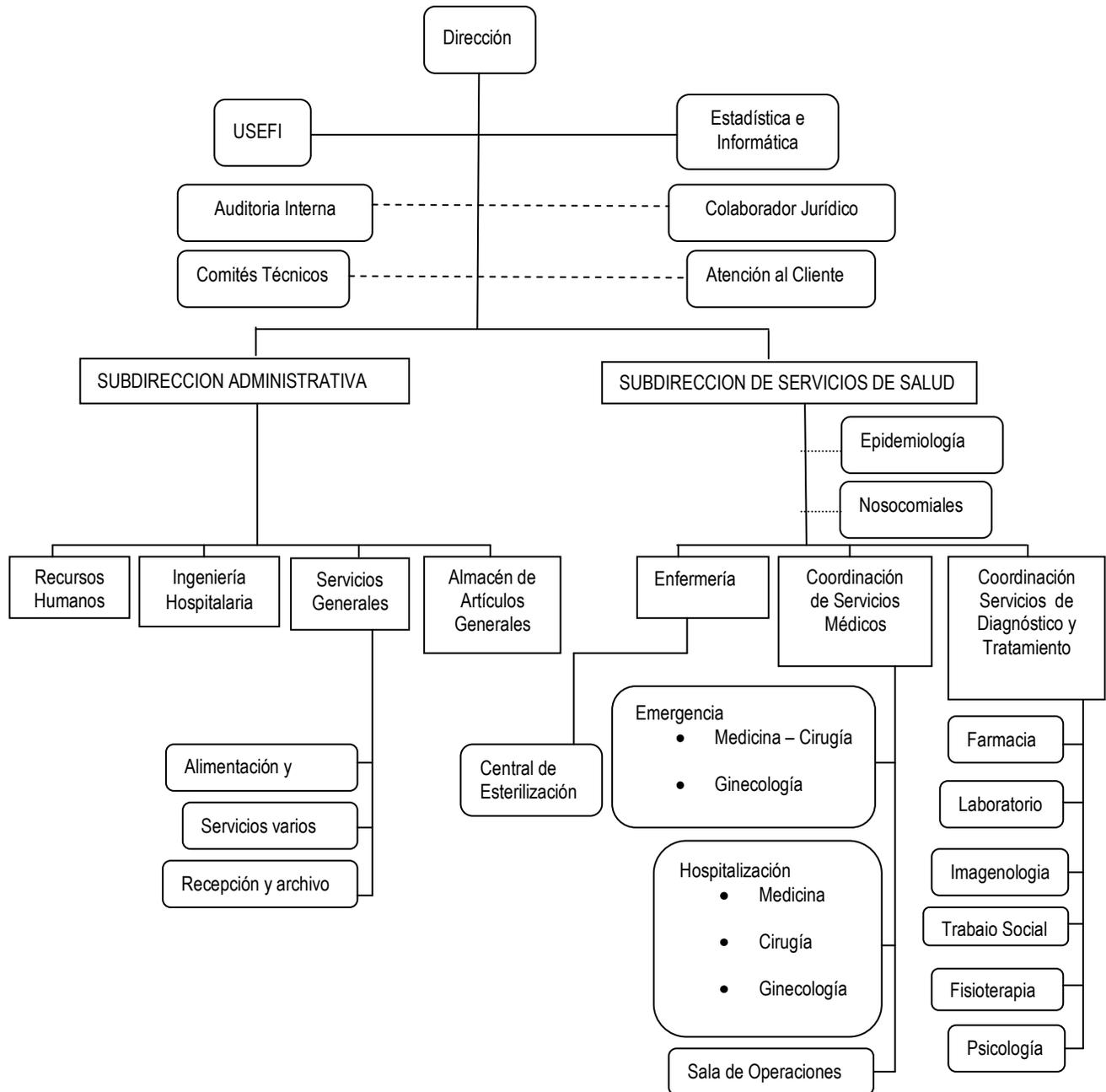
Unidades Médicas Ilopango, San Jacinto, Apopa y Atlacatl con sus correspondientes clínicas comunales y empresariales; debido a la falta de centros hospitalarios en la zona, se atienden pacientes referidos de la zona paracentral del país.

La apertura del hospital se había programado mediante diferentes fases, planificadas de la siguiente manera:

- Primera fase: Octubre 2003 a diciembre 2003, se pretendía alcanzar un 40% de ocupación hospitalaria.
- Segunda fase: Enero – junio de 2004, con la meta de obtener un 70% de ocupación hospitalaria
- Tercera fase: enero de 2005, apertura completa del 100% de camas

.2. ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL AMATEPEC

El Hospital Amatepec, inició sus operaciones teniendo una estructura jerárquica distinta al resto de hospitales, tal como se muestra a continuación:



A partir de mayo de 2004, se inició una nueva gestión, realizando cambios inicialmente en el organigrama, mediante la idea de una mejor gestión del recurso humano y de los procesos, se reforzó la necesidad del monitoreo de indicadores de atención para una mejor decisión del rumbo del hospital y se inició su fase de apertura completa, se revisó la planilla de empleados y se hizo una nueva evaluación de los recursos disponibles versus los necesarios, con lo cual se identificó la necesidad de contratar mayor cantidad de recurso de enfermería para la mejora de la calidad de atención al cliente, se eliminó la figura del Coordinador de Servicios Médicos, se creó la Jefatura de Sala de Operaciones, pasando las jefaturas médicas bajo el mando directo de la Subdirección Médica.

A partir de septiembre de 2004, con la implementación de nuevas políticas de atención del gobierno central, se aumentó la cobertura de atención infantil hasta la edad de 12 años (el sistema cubría a niños hasta la edad de 6 años), incorporando la atención a nivel hospitalaria, tanto en emergencia como en hospitalización, razón por la que se incorporó la especialidad de Pediatría.

Desde enero de 2006, en concordancia con la política institucional de mejorar la atención primaria en salud y para lograr mayor cobertura en la atención del nuevo modelo de atención en clínicas comunales bajo la figura del Médico Familiar y mediante trámites realizados por el Departamento de Docencia e Investigación Científica del ISSS y la Universidad de El Salvador, como ente rector de la educación de post grado, para cumplir la exigencia de la nueva Ley de Educación Superior, se inició la formación de médicos residentes en la especialidad de Medicina Familiar, contando con 8 recursos de primer año, quienes son capacitados por médicos especialistas del hospital, guiados por un Comité Docente; además, se ha contratado al Coordinador Docente del programa, con el objetivo que mejore el control de la formación recibida y asegure el cumplimiento del programa formativo.

Es el primer hospital en poseer un Departamento de Recursos Humanos y se están realizando planes para poder trabajar con un presupuesto propio, con lo cual se mejoraría el abastecimiento de equipos, medicamentos y materiales.

1.3. MEDIDAS DE CALIDAD IMPLEMENTADAS EN EL HOSPITAL AMATEPEC

1.3.1 Calidad Técnica

El Hospital se rige por los estatutos institucionales y debe cumplir protocolos de atención médica y administrativa dictadas por la Subdirección de Salud, a través del Departamento de Normalización y Estandarización, y un sistema de formación de personal coordinado con el Departamento de Docencia y Educación Continua; para su gestión de calidad, realiza diversas funciones a través del trabajo de distintos comités de mejora, tales como:

- Comité de Auditoria médica: Analiza mensualmente, utilizando la Normativa del Expediente Clínico y protocolos de asistencia sanitaria, la calidad de atención brindada por parte del personal de salud, revisa expedientes clínicos al azar para la evaluación de la calidad de atención médica, así como las defunciones y complicaciones con el fin de determinar la relación causa efecto y corregir, mediante el informe al personal de salud implicado, de los hallazgos de dicha auditoria.
- Comité de Calidad: Recibe a través del Departamento de Atención al Cliente, el resultado de quejas y felicitaciones de los clientes, depositadas en los diferentes buzones de sugerencia; analiza reportes de mala calidad de atención de las dependencias internas y hace respuesta a la Dirección General sobre las actuaciones para corregir las fallas encontradas; además, se encarga de las acciones disciplinarias o las notas de incentivo al personal que lo amerite.
- Comité de Seguridad e Higiene Ocupacional: Se encarga de las actividades preventivas del personal, de las actividades de salud preventiva y curativa, del análisis de los riesgos ocupacionales a que se encuentra expuesto el empleado y realiza las gestiones para el funcionamiento de las brigadas de acción ante contingencias en el área de primeros auxilios, prevención de incendios, evacuación y comunicaciones.
- Comité de Farmacoterapia: Su papel es garantizar el aprovisionamiento de medicamentos acorde a la demanda del hospital, revisar casos de falla terapéutica, efectos adversos y estudios para analizar el efecto de los fármacos y su costo – beneficio.

- Comité de Atención al adulto mayor: promueve la participación de personas de tercera edad en actividades recreativas y educativas, la detección de causas de complicaciones de sus enfermedades de base y realiza acciones que aseguren la disminución de ingresos hospitalarios de esta población, actuando en las causas de descompensación.
- Comité de Vigilancia Epidemiológica: Mediante la coordinación con representantes de cada especialidad, se encarga de la detección y prevención de infecciones intrahospitalarias, analiza las tasas de complicaciones y realiza actividades educativas orientadas al aprendizaje y prevención de sus causas; registra los casos de accidente por exposición a materiales contaminados y analiza los datos sobre la adecuada segregación de desechos hospitalarios, orientando los datos en función del costo y las formas de reducción de los mismos sin poner en riesgo la seguridad del trabajador.
- Comité de VIH/SIDA: Lleva bases de datos sobre la incidencia y prevalencia de casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida, ofrece consejería al paciente y familiares y promueve actividades educativas de prevención al personal de salud.
- Comité de Docencia: Analiza las debilidades encontradas en la formación del personal y define los programas de capacitación orientados a eliminarlas; da seguimiento al programa de formación de residentes de medicina familiar.
- Comité Gerencial: Conducido por la Dirección local, comunica sobre disposiciones emanadas de los entes normativos, las gestiones a realizar para mejorar la atención al cliente, los objetivos a cumplir para la mejora de las relaciones laborales y el mantenimiento del clima organizacional; a través de reuniones trimestrales se presentan los indicadores de desempeño de cada una de las áreas.

1.3.2 Calidad Sentida

La evaluación de la calidad de atención se hace mediante entrevistas dirigidas a pacientes y recogida de sugerencias de buzones; la recolección y análisis de la información es realizada por la sección de Atención al Cliente, conformada por empleados de las Oficinas Administrativas, coordinada con personal

del hospital; con este método, los empleados no conocen los objetivos que persiguen las encuestas ni participan en el mecanismo de selección de sugerencias; lo anterior produce que muchas veces haya inconformidad entre las recomendaciones hacia la Dirección por parte de personeros de atención al cliente y la realidad del hospital, vista por los empleados y jefaturas.

El Comité de Calidad, que es dirigido por el Subdirector Médico, da seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones y mediante la interrelación con otros comités, promueve actividades de mejora con beneficios comunes a todos.

El Comité Gerencial hace reuniones informativas a las jefaturas, quienes deberían comunicar los lineamientos brindados a su respectivo personal, pero no se hace evaluación del impacto de tales medidas o de si la información es realmente trasladada en forma adecuada. La información de la gestión hospitalaria se maneja en base a indicadores de desempeño, que incluyen las consultas atendidas, morbimortalidad y el crecimiento del hospital a través del tiempo. Este Comité es el encargado de medir y hacer el análisis de los costos producidos por la gestión de los recursos, las herramientas, el recurso humano y los equipos; determina las actividades financieras por orden de importancia y provee mecanismos para facilitar los recursos financieros necesarios para la mejora de la atención al cliente.

La Dirección ha hecho convenios y alianzas con la Alcaldía Municipal de Soyapango e instituciones relacionadas a la salud para campañas preventivas, atención de pacientes en planes contingenciales y desarrollo social; a través del Departamento de Epidemiología se lleva el registro del manejo y segregación adecuada de desechos sólidos y la prevención de infecciones; con la gestión del Comité de Docencia se realiza la educación continua del personal; en forma indirecta se puede determinar, de manera aproximada, la reducción de costes a través de los recursos utilizados.

Mediante la revisión de los indicadores de desempeño de cada dependencia, se pueden conocer las debilidades y fortalezas de cada área con el fin de apoyar la gestión de los recursos que necesiten.

1.4. ANTECEDENTES DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

1.4.1 Historia

El ISSS alcanzó en el año 2004 su quincuagésimo aniversario desde su fundación el 14 de Mayo de 1954, presentando a la fecha una cobertura de 1,110,853 derechohabientes, lo que representa un 21% de la población económicamente activa, que es su población meta. Para la provisión de los servicios bajo su responsabilidad cuenta con 12,691 empleados, de los cuales el 84% están dedicados exclusivamente para la atención de los servicios de salud, contando para ello con 294 centros de atención médica, distribuidos en 10 hospitales, un consultorio de Especialidades, 34 unidades médicas, 31 clínicas comunales, 213 clínicas empresariales y 5 edificios administrativos.

La población meta del Instituto es la población económicamente activa (PEA) y sus beneficiarios: cotizantes activos, pensionados, cónyuges, compañeros (as) de vida e hijos hasta los 12 años en el Régimen de Salud; a partir del mes de septiembre de 2004, se incorporaron como beneficiarios a los niños de 6 a 12 años, habiéndose inscrito al mes de diciembre 39,446 menores; en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) la protección cubre hasta los 21 años.

La población total del país para el año 2004 fue de 6,757,408 habitantes y la población económicamente activa (PEA) 2,852,522 habitantes. El régimen de salud logró una cobertura respecto de la población total de 16.4% y en relación con la población económicamente activa (PEA) del 21%.

Para el año 2005 laboraron en el ISSS un total de 12,691 empleados, correspondiendo en el área administrativa el 16% de los recursos y el 84% para la atención directa de los servicios salud.

Para la atención en salud se contó con un total de 1,917 plazas de médicos entre ellos: médicos generales, médicos especialistas, médicos de emergencia, médicos residentes y médicos administrativos, equivalentes a 17.26 médicos por cada 10,000 derechohabientes.

El ISSS, en el Área Metropolitana, cuenta con 7 hospitales, todos se rigen bajo la normativa institucional y están obligados al cumplimiento de lineamientos institucionales de la Dirección General, dictados a través

del Departamento de Normalización y Estandarización. Dentro de los hospitales de segundo nivel se encuentra el Hospital Amatepec, en el cual se enfoca el presente estudio.

1.4.2 Antecedentes Legales de la Conformación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social

En septiembre del año 1949, el Consejo de Gobierno Revolucionario decretó la Ley del Seguro Social, para el establecimiento y garantía de un buen régimen de seguridad social dentro del marco constitucional.

La base legal para el funcionamiento del ISSS se encuentra en el artículo 50 de la Constitución de la República de El Salvador (1983) que dice: "La seguridad social constituye un servicio público de carácter obligatorio. La ley establece el Seguro Social obligatorio como una institución de derecho público, que cubrirá en forma gradual los riesgos a los cuales están expuestos los trabajadores por causa de a) enfermedad, b) accidente común; c) accidente de trabajo, d) enfermedad profesional, e) maternidad; f) invalidez; g) vejez; h) muerte e i) cesantía voluntaria".

De acuerdo con la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos, el ISSS es una entidad de derecho público, que responde a los fines de la seguridad social. El planeamiento, la dirección y la administración están a cargo del Instituto y funciona como una entidad autónoma.

Al pago de la seguridad social contribuyen los patronos, los trabajadores y el Estado en la forma y cuantía que determina la Ley. El Estado y los patronos quedarán excluidos de las obligaciones que les imponen las Leyes en favor de los trabajadores, en la medida en que sean cubiertas por el Seguro Social".

Están sujetos al régimen del Seguro Social todos los trabajadores que prestan servicios remunerados a un patrono. El Instituto se relaciona con los poderes públicos a través del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, siendo fiscalizado por Auditoría Interna, Auditoría Externa y la Corte de Cuentas de la República.

1.5. SITUACIÓN ACTUAL DEL HOSPITAL

El Hospital Amatepec ha realizado gestiones orientadas a mejorar la calidad de atención y la evaluación de su desempeño; así como diversos convenios para la formación de comités interinstitucionales, lleva registro de quejas de pacientes mediante la comunicación con el Departamento de Atención al Cliente y dentro de su gestión, existen apartados importantes para el desarrollo de su recurso humano; sin embargo, tal como lo demuestra el presente estudio (ver “Análisis Global de los Resultados”, página 86) no se mide el impacto que las actividades realizadas por sus comités provocan en el medioambiente, las comunidades, el personal y los pacientes; además, el personal desconoce las actividades y proyectos que realiza el Comité de Calidad.

1.6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La gestión de los centros hospitalarios debería estar orientada a la medición de la calidad percibida por los usuarios y la respuesta que se da a sus expectativas (calidad sentida), incorporando estándares de recursos materiales, humanos y tecnológicos (calidad técnica) acordes a su misión, visión y políticas, que les permita cumplir requisitos incluidos en su planificación y los haga competitivos en su ámbito.

El Hospital Amatepec, si no posee herramientas e instrumentos adecuados para medir la calidad técnica y sentida, no puede configurar un panorama que demuestre el impacto de sus actividades y su reconocimiento por el cliente; por lo tanto, no detecta en su totalidad los insumos que le permitan mejorar los estándares de atención, implementar criterios de calidad para una evaluación adecuada de su gestión y fomentar una cultura de calidad para todo el personal. Las consecuencias de lo anterior derivan en incremento de costes directos e indirectos por reprocesos, se elimina la posibilidad de detectar el éxito en las gestiones realizadas y no se definirán responsables directos de las funciones relacionadas a la calidad, haciendo funciones disgregadas que no les permitirán alcanzar los objetivos.

1.7. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La elaboración del estudio se justifica al considerar que el Hospital Amatepec necesita implementar métodos de evaluación efectiva del impacto de las actividades y procesos que se realizan en todas las áreas de atención, considerando estándares de calidad de centros de atención similares, incorporando algunas herramientas que apoyen su gestión. Mediante una modificación del perfil de autoevaluación del Modelo EFQM, se puede realizar un análisis sobre la gestión de todos los componentes del hospital, detectar sus debilidades o fortalezas y proyectar mecanismos de mejora para brindar un servicio de mayor calidad para los derechohabientes. Con este estudio se pretende dotar al Hospital Amatepec de una herramienta que le permita medir su efectividad en el servicio brindado a sus clientes y realizar mejora continua mediante la detección y mejora de áreas débiles en su gestión.

1.8. ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

1.8.1 Alcances

El presente estudio cumple las siguientes metas:

- a) Detectar las gestiones de calidad realizadas actualmente por los directivos del hospital y su relación con el modelo a proponer.
- b) Diseñar instrumentos base para la autoevaluación de las actividades de mejora implementadas por la gerencia, que le apoyen en la toma de decisiones.
- c) Proveer un instrumento de evaluación cuantitativa de la calidad.
- d) Entregar a los directivos la propuesta de autoevaluación, considerando modificaciones que lo hagan más adaptable a la realidad del hospital
- e) Promover la medición periódica del nivel de calidad del Hospital para detectar debilidades y actividades de mejora
- f) Apoyar las acciones de mejora de las condiciones de salud de la población beneficiaria del sistema.

1.8.2 Limitaciones

El estudio presenta las siguientes limitaciones:

- a) Pocas experiencias en el ámbito nacional en la aplicación del modelo propuesto
- b) No persigue capacitar al recurso humano en la implementación del mismo
- c) No se dará seguimiento a la gestión de calidad propia del centro evaluado.

Sugerimos que la capacitación del recurso humano sea realizada por personal del Hospital capacitado en el modelo y la autoevaluación por un equipo surgido de la misma.

1.9. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.9.1 Objetivo General

Investigar los métodos de calidad utilizados en el Hospital Amatepec, formas de organización, evidencias detectadas por los empleados, los problemas existentes en el sistema y sus procesos actuales, para diseñar un instrumento de evaluación de la calidad mediante una adaptación del modelo EFQM, que sirva como un sistema de autoevaluación a la gerencia y le permita mejora continua.

1.9.2 Objetivos Específicos

- a. Investigar si existen en el programa de calidad del hospital criterios o aspectos relacionados al modelo EFQM
- b. Explorar las gestiones de calidad realizadas en el hospital
- c. Detectar los problemas actuales detectados por los empleados
- d. Promover la existencia de un programa de calidad acorde a las necesidades del centro evaluado
- e. Proveer a la gerencia del hospital de un método de autoevaluación que le permita medir la evolución de las mejoras realizadas en la calidad y el impacto de las actividades realizadas.

1.10. SISTEMA DE HIPÓTESIS

1.10.1 Hipótesis Nula

HO: “El Sistema de gestión de calidad con el que cuenta actualmente el Hospital Amatepec, no permite evaluar el impacto de los estándares de atención al personal y al derechohabiente, ni implementar criterios certeros para fomentar una cultura de calidad a todo el personal que le permita la mejora continua”.

1.10.2 Hipótesis de Investigación

HI: “El Sistema de gestión de calidad con el que cuenta actualmente el Hospital Amatepec, permite evaluar el impacto de los estándares de atención al personal y al derechohabiente e implementar criterios certeros para fomentar una cultura de calidad a todo el personal que le permita la mejora continua”.

1.11. COBERTURA

1.11.1 Cobertura Temporal

Debido a que el hospital inició su funcionamiento en el año 2003, se realizó el análisis considerando los datos recabados por la gerencia desde el inicio de sus operaciones; es decir que se analizó el periodo 2003-2006.

1.11.2 Cobertura Espacial

El Hospital Amatepec del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), se encuentra localizado en el kilómetro 3½ del Boulevard del Ejercito Nacional, Soyapango, Departamento de San Salvador.

1.12. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo exploratorio, considerando que no se ha hecho una investigación exhaustiva sobre el nivel de calidad del centro de atención y el impacto que las actividades realizadas generan en el cliente, la sociedad y el recurso humano; sobre la base de lo anterior, se pretende establecer parámetros de evaluación a futuro que describan la tendencia creciente o decreciente en los niveles de calidad, bajo un modelo específico.

1.13. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

1.13.1 Instrumentos de Investigación

Para obtener la información en que se basó el diseño del instrumento de evaluación de la calidad, adaptado al modelo EFQM, se aplicó un cuestionario a los empleados y jefaturas seleccionadas al azar (ver Anexo 1), con el objetivo de determinar el tipo de actividades realizadas en el programa de calidad del hospital y el uso de métodos de medición de su impacto, para adaptarlos a una propuesta de autoevaluación basada en el modelo EFQM; los apartados del mismo incluyen:

1. Identificación del encuestado
2. Organización o formas de funcionamientos para la calidad en el hospital
3. Métodos de evaluación y planificación utilizados, considerando el conocimiento y la opinión de los empleados sobre los mismos

4. Evidencias detectadas por el personal sobre los proyectos de mejora ejecutados
5. Modelo de calidad utilizado y opinión de los encuestados sobre la prioridad de los criterios utilizados en el modelo EFQM
6. Conocimiento de términos del modelo EFQM para su adaptación al lenguaje cotidiano en nuestro país

1.13.2 Validación del Instrumento

Para la validación del instrumento se hizo una exploración, aplicándolo a empleados (coordinadores y jefaturas) de otro centro de atención sanitaria; para ello se diseñó un instrumento preliminar, realizando prueba piloto en 10 empleados, obteniendo solamente un 28% de respuestas a preguntas abiertas o en aspectos propios del modelo a proponer que eran desconocidos por los encuestados; se hizo la modificación del instrumento a través de preguntas cerradas y cuadros tipo listas de chequeo, validando el instrumento mediante nueva aplicación a 4 empleados del mismo centro de atención previo; habiendo obtenido un 90% de respuestas (aumento del 321%), se modificaron los términos de las preguntas no contestadas para tener el instrumento definitivo que se aplicó en el Hospital en estudio (ver cuestionario preliminar y definitivo, Anexo 1).

1.14. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito de la investigación es la adaptación del modelo EFQM a la realidad del Hospital Amatepec, con el objetivo de crear un instrumento que sirva de base para la medición de su nivel de calidad (técnica y sentida) y la implementación de proyectos de mejora continua; para ello es importante considerar referentes clave de la gestión actual, para la aplicación de los instrumentos respectivos. Se realizó una investigación de tipo exploratorio, mediante las siguientes consideraciones:

1.14.1 Método de Recabar Información

Tipo de muestreo: Muestreo por conglomerados o áreas: Determinamos la distribución del personal por tipo de recurso humano, pretendiendo realizar una distribución porcentual de los cuestionarios, considerando estrategias de evaluación o la exclusión, si era muy necesario, de dependencias con restricciones al ingreso por medidas de bioseguridad.

1.14.2 Población (N)

La población está constituida por todos los empleados del Hospital Amatepec, correspondiente a la fecha de inicio del estudio (549 empleados), clasificados para facilitar su estudio de la siguiente manera:

Dependencia	Cantidad
Almacén e Ingeniería Hospitalaria	14
Anestesiología	21
Médicos	85
Enfermería	232
Gobierno (incluye Epidemiología, Trabajo Social, Psicología, USEFI y Compras)	23
Farmacia	30
Laboratorio	19
Radiología	12
Servicios Generales	103
Terapia respiratoria	10
TOTAL	549

Fuente: Departamento de Recursos Humanos, Hospital Amatepec

1.14.3 Tamaño de la Muestra

Debido a que contábamos con una población finita, utilizamos la siguiente fórmula para determinar la muestra:

$$n = \frac{pqNs^2}{E^2(n-1) + s^2pq}$$

Donde:

- N = número de elementos del universo (549)
- n = número de elementos de la muestra (a estimar)
- S = nivel de confianza elegido (2 sigma, 95.5% de probabilidad)
- p y q = tanto por ciento estimado (0.5, debido a que no existe investigación previa)
- E = error de estimación permitido (6%)

Con la formula anterior tenemos:

$$n = \frac{0.5 \times 0.5 \times 549 \times 2^2}{0.06^2 \times (549-1) + 2^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{549}{2.97}$$

$$n = 184.67$$

Se obtuvo un valor de 185 como muestra

1.14.4 Tamaño de la Muestra para cada Conglomerado

Realizando un cálculo porcentual equitativo para cada conglomerado, tenemos:

Dependencia	Cantidad	Muestra
Almacén e Ingeniería Hospitalaria	14	5
Anestesiología	21	7
Médicos	85	29
Enfermería	232	78
Gobierno (incluye Epidemiología, Trabajo Social, Psicología, USEFI y Compras)	23	8
Farmacia	30	10
Laboratorio	19	6
Radiología	12	4
Servicios Generales	103	35
Terapia respiratoria	10	3
TOTAL	549	185

Para el análisis de datos se usaron programas informáticos como el SPSS (**S**tatistical **P**ackage for **S**ocial **S**ciences – Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) y la descarga de datos para diseño de gráficos en Excel. Debido a dificultades presentadas durante la aplicación del instrumento, tales como restricciones al acceso a algunas áreas, personal con múltiples tareas, personal desplazado a otras áreas, empleados que no quisieron colaborar, jefaturas que solicitaron que se les explicara el instrumento para pasarlo a los empleados, encuestas con muy pocas respuestas y encuestas no devueltas, se tomó la decisión de realizar análisis de datos por cada 20 cuestionarios respondidos; obteniendo que, a medida que agregábamos datos, la tendencia en las respuestas y gráficos se mantenía; se entregaron 215 cuestionarios, de los cuales recibimos 143, de ellos, 23 fueron eliminados por tener respuestas en menos del 50% de dificultades; se decidió realizar el análisis de datos con los 120 restantes, considerando que corresponde a una muestra mayor de 20% de empleados y a que las estadísticas nos mostraban la misma tendencia al tabular más datos.

1.15. VARIABLES PARA EL CUESTIONARIO

- A. Métodos de evaluación de la calidad sentida (formas e instrumentos)
- B. Métodos para evaluar la calidad técnica (elementos de evaluación)
- C. Organización para la evaluación (¿Cuándo?, planes, manuales, guías y formatos utilizados)
- D. Personal utilizado para la evaluación (nivel en el organigrama, tiempo, alcance)
- E. Resultados obtenidos (calidad técnica y calidad sentida)
- F. Opiniones de involucrados en el método de evaluación utilizados anteriormente
- G. Indicadores de medición que se han utilizado
- H. Beneficios que resultan de la evaluación utilizada
- I. Qué miden en la evaluación actual – opiniones – ¿Es integral y holística? ¿Se puede mejorar?

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 INTRODUCCIÓN A LA CALIDAD

2.1.1. HISTORIA DE LA CALIDAD

La calidad como concepto y su evolución en la historia tiene como referencia más cercana los planteamientos que comenzaron a hacer a principios del siglo XX muchos maestros y escuelas del mundo de la administración. Frederick Taylor, padre de la administración científica, originó un nuevo concepto en la producción, al descomponer el trabajo en tareas individuales, separando las tareas de inspección de las de producción y el trabajo de planificación de las de ejecución. De esto deriva que en los años 20, la Western Electric Company creó un departamento de inspección independiente para respaldar a las compañías operativas de la Bell Telephone. De este departamento nacieron los pioneros del aseguramiento de la calidad; Walter Shewart, Harold Dodge y George Edward.

De los tres, Walter Shewart es sin duda el más sobresaliente; se le considera el padre de los sistemas de Gestión de la Calidad actual. Creó en 1924 las Gráficas o fichas de Control, las cuales se hacen muy populares a mediados de la Segunda Guerra Mundial, con la creación y utilización de la producción en serie. Shewart también es el creador del Ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar), que más tarde los japoneses rebautizaron como Ciclo Deming.

Durante la Segunda Guerra Mundial, los militares estadounidenses comenzaron a utilizar procedimientos estadísticos de muestreo, y establecieron requisitos o normas estrictas a sus proveedores. Se crearon las tablas de muestreo "MIL-STD" (Military Standard, norma militar). En 1944 se publicó la primera revista sobre Control de Calidad, la Industrial Quality Control y en 1946 se fundó en Estados Unidos, la ASQC (American Society for Quality Control – Sociedad Americana para el Control de Calidad).

Durante la década de los años cincuenta, los japoneses hicieron suyas las ideas del Control de Calidad para mejorar su tan golpeada economía de postguerra. Nació el JUSE (Japanese Union of Scientists and

Engineers - Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses) en 1946, entidad independiente del gobierno y no lucrativa, que integra a un grupo de empresarios, gente del gobierno y académicos.

Pronto, ésta se da a la tarea de desarrollar y difundir las ideas del Control de Calidad en todo el país. Para ello, invitaron al Japón en 1950 al Dr. Walter Shewart, quien no se encontraba disponible, por lo que la invitación se hizo extensiva al Dr. W. Edward Deming, profesor de la Universidad de Columbia, para que dictara una serie de seminarios y conferencias por espacio de 2 meses. Deming introduce en el Japón muchos de los conceptos actuales del Control de Calidad moderno; el Control de Calidad Estadístico y el PHVA de Shewart.

En 1951, y como resultado de esta visita, los japoneses crearon el Premio Deming de la calidad para motivar a las empresas al mejoramiento continuo (kaizen). Sin embargo, el exagerado énfasis en los métodos estadísticos que hace Deming, unido a la poca motivación de parte de la alta dirección empresarial, hicieron que el JUSE invitara en 1954 al Dr. Joseph M. Juran, para que diera un seminario a ejecutivos y directores de departamentos y secciones. Juran consigue resolver estos problemas y se inició en el Japón una transición gradual desde el Control de Calidad Estadístico al Control de Calidad Total.

Mientras en occidente los niveles de calidad permanecieron estacionarios hasta los años 80; en el Japón la calidad se convirtió en un asunto de estado. En 1951, Armand Feigenbaum publicó "Total Quality Control", TQC (Control Total de la Calidad). En 1957, Kaoru Ishikawa publicó un libro que resalta la importancia de la Administración y las Políticas Operacionales, base de lo que se conoce hoy como "Control de Calidad en Toda la Compañía". Al mismo tiempo Ishikawa pregonó la difusión en el Japón de los Círculos de Calidad.

Durante los años sesenta Shiguo Shingo desarrolló Poka Yoke y los sistemas de inspección en la fuente y para 1977 planteó formalmente el Cero Control de Calidad como una estrategia para conseguir el "Cero Defecto", ZD, de Philip Crosby, lo cual, a su criterio, nunca se conseguiría con la forma en que el Control Estadístico de la Calidad enfocaba el problema.

En 1972, Yoji Akao y colaboradores desarrollaron el DFC, Despliegue de la Función de Calidad, en el astillero de la Mitsubishi en Kobe, profundizando y centrando los conceptos de Hoshin Kanri. Se comenzaron a utilizar las matrices de la casa de la calidad. En 1970 Estados Unidos sufrió la importación

masiva de productos japoneses de mejor calidad y mucho más baratos. En los 80 Japón se convirtió en la primera potencia económica del planeta.

En esos años, Genichi Taguchi plantea la Función Taguchi de pérdida. Motorola creó 6 sigma, una técnica para mejorar la calidad. En Estados Unidos, los consumidores se organizan y forman la "Comisión para la Seguridad de Productos al Consumidor", y en 1987 se creó el Premio Nacional Malcolm Baldrige. Es justamente en los años ochenta, que el mundo occidental comenzó a tomar conciencia de la Gestión de la Calidad, y comenzó a adoptar gran parte de las ideas y prácticas del Control de Calidad japonés para producir los cambios que se requerían en sus respectivos países, así pues, se comienza hablar de TQM (Gestión de la Calidad Total).¹

2.1.2. ¿QUÉ ES CALIDAD?

La Calidad está de moda. Es un término que hoy día encontramos en una gran variedad de contextos y con el que se busca despertar en quien lo escucha una sensación positiva, transmitiendo la idea de que algo es mejor, es decir, la idea de excelencia. El concepto técnico de calidad representa más bien una forma de hacer las cosas en las que, fundamentalmente, predominan la preocupación por satisfacer al cliente y por mejorar, día a día, procesos y resultados. El concepto actual de Calidad ha evolucionado hasta convertirse en una forma de gestión que introduce el concepto de mejora continua en cualquier organización y a todos los niveles de la misma, y que afecta a todas las personas y a todos los procesos.

Todo parece indicar que no se trata de una moda pasajera. Existen diversas razones objetivas que justifican este interés por la calidad y que hacen pensar que las empresas competitivas son aquellas que comparten, fundamentalmente, estos tres objetivos:

- a) Buscar de forma activa la satisfacción del cliente, priorizando en sus objetivos la satisfacción de sus necesidades y expectativas (haciéndose eco de nuevas especificaciones para satisfacerlos)
- b) Orientar la cultura de la organización, dirigiendo los esfuerzos hacia la mejora continua e introduciendo métodos de trabajo que lo faciliten

¹ TQM Manager: http://www.tqm_manager.com.ar

- c) Motivar a sus empleados para que sean capaces de producir productos o servicios de alta calidad.²

Existen, desde hace varios siglos, estándares de calidad que no son sustancialmente diferentes a los de las demás personas. Las estrategias y herramientas para aseguramiento de la calidad pueden haber cambiado, pero las expectativas básicas de los clientes, han sido prácticamente constantes durante mucho tiempo.

Aún cuando la demanda de calidad ha sido parte de la naturaleza humana desde hace bastante tiempo, la cuantificación de la calidad y el establecimiento de estándares formales de calidad son decididamente un fenómeno del siglo XX.

La atención sobre la calidad durante las últimas dos décadas, ha creado un mercado global de consumidores enfocados también a la calidad. Piensan que saben lo que significa, que la pueden reconocer cuando la ven y, muy importante, esperan (inclusive demandan) calidad en cada producto y servicio que compran.³

2.1.3. LOS FILÓSOFOS DE LA CALIDAD

Aunque todavía no se ha dado un acuerdo general sobre quién es filósofo y quién no, se ha decidido examinar las perspectivas de estas personas:

- Philip B. Crosby
- W. Edwards Deming
- Armand V. Feigenbaum
- Kaoru Ishikawa
- Joseph M. Juran
- Robert M. Pirsig
- Walter A. Shewhart
- Genishi Tagushi

² Universitat, Miguel Hernández. Pág. 1-2

³ Tomado de Revista Quality Progress. julio, 2001. Pág. 1

En general, la definición de calidad que tienen estos expertos cae en dos categorías:

- El nivel uno de calidad es una manera simple de producir bienes o entregar servicios cuyas características medibles satisfacen un determinado set de especificaciones que están numéricamente definidas.
- Independientemente de cualquiera de sus características medibles, el nivel dos en calidad de productos y servicios son simplemente aquellos que satisfacen las necesidades de los clientes para su uso o consumo.

En resumen, el nivel uno de calidad significa trabajar en las especificaciones, mientras que el nivel dos significa satisfacer al cliente.⁴

2.1.4. APORTACIONES DESTACABLES DE EXPERTOS.

1. Walter Shewhart: **Ciclo de Shewhart PDCA (Plan, Do, Check, Act, PHVA en español)**: “El proceso metodológico básico para asegurar las actividades fundamentales de mejora y mantenimiento: Plan-Do-Check-Act” y el Control Estadístico de Procesos.
2. Edward Deming: **Catorce puntos para la dirección**: qué se debe contemplar para la dirección de la organización.
3. Joseph Juran: **Trilogía de Juran**: “La planificación de la calidad, control de la calidad y mejora de la calidad son los instrumentos del Directivo en la gestión de la calidad”.
4. Kaoru Ishikawa: **Círculos de Calidad**: “Grupos de voluntarios estables en el tiempo, que tienen como objetivo principal mejorar la calidad de los procesos y el entorno de trabajo”.
5. Taiichi Ohno: **Just in Time**: “Sistema de gestión de producción que permite entregar al cliente el producto con la calidad exigida, en la cantidad precisa y el momento exacto”.
6. Masaaki Imai: **Kaizen**: “Significa mejora continua en japonés. Es el espíritu y práctica de los principios de mejora continua en la organización”.
7. Genichi Taguchi: **Ingeniería de la Calidad**: “Métodos para el diseño y desarrollo de los procesos de industrialización con el máximo de eficiencia”.

⁴ Tomado de Revista Quality Progress. julio, 2001. Pág 1-2

8. Kiyoshi Suzaki: **Gestión Visual**: “Es un sistema donde la información necesaria para la gestión operativa está presente allí donde trabajan las personas”.

2.1.5. BENEFICIOS DE LA CALIDAD

La calidad que satisface plenamente, genera gran variedad de beneficios: trae mayor productividad, conquista y asegura la fidelidad de clientes, garantiza un espacio de mercado para la empresa o institución y permite que ella permanezca fiel a sus objetivos. Toda organización posee un objetivo principal: satisfacer la necesidad de las personas. Ese objetivo incluye otros secundarios: desarrollo y presentación de productos o servicios con calidad, costo competitivo y buena distribución.⁵

2.1.6. LOS PRINCIPIOS DE LA CALIDAD

Asegurar calidad significa realizar acciones planificadas y sistemáticas para que un bien o servicio atienda requisitos predefinidos. Es un instrumento de gestión que promueve la confianza en las relaciones entre empresa y clientes y que incluye el uso de todo y cualquier método que evite la propagación de un error a las fases siguientes.

El problema puede estar en el envase, manoseo, transporte, plazo, manual, atención y no apenas en la fabricación o ejecución del servicio. Para asegurar la calidad se utilizan muchos métodos, según la situación: examen sensorial directo (en vegetales, por ejemplo); exámenes de laboratorio (en productos industrializados); análisis estadísticos, etc.

Para asegurar la calidad, en general, se necesita:

- Satisfacer con productos y servicios sin defectos o características que no agraden (presentación, apariencia, durabilidad, facilidad de mantenimiento, envase, etc.);

⁵ Curso de Calidad. Modulo 1. <http://www.ilo.org/public/spanish/calidad/gestion>

- Satisfacer con costos adecuados;
- Satisfacer en la atención (cortesía, confiabilidad, etc.), plazo de entrega y cumplimiento de las promesas efectuadas;
- Satisfacer en lo que atañe a la seguridad (minimización de riesgos en la utilización de productos o servicios).⁶

2.1.7. CALIDAD COMO ESTRATEGIA DE COMPETITIVIDAD, PRODUCTIVIDAD Y EFICIENCIA.

Actualmente, para muchas empresas, la preocupación por la calidad se traduce en una estrategia para poder competir en su mercado. La calidad se ha convertido en una necesidad estratégica y en un arma para sobrevivir en mercados altamente competitivos.

La empresa que desea ser líder debe saber qué espera y necesita su cliente potencial, tiene que producir un buen producto, debe cuidar las relaciones con sus clientes y, para lograrlo, es común que hoy día las empresas vinculen su estrategia de marketing a su sistema de calidad. Ahora bien, es evidente que aunque todos recurrimos al mismo término de calidad, no todos entendemos lo mismo. Para el experto, productor o proveedor de un producto, calidad significa fundamentalmente qué y cómo es ese producto (es decir, la efectividad); en otros términos, lo que el cliente realmente “se lleva”. Para el cliente, en cambio, lo importante es para qué le sirve y si respondió a sus necesidades y expectativas, lo que podemos definir como su satisfacción o utilidad.

Para el empresario (y en su caso las Administraciones Públicas cuando actúan como tales) lo importante es la relación coste-beneficio o, en otros términos, la eficiencia que se alcanza.⁷

⁶ Curso de Calidad. Modulo 1. <http://www.ilo.org/public/spanish/calidad/gestion>

⁷ Universitat, Miguel Hernández. Pág. 2.

2.1.8. CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Así pues, la *calidad* es un concepto relativo, nunca absoluto, que requiere puntos de referencia que permitan la comparación (estándares), los cuales reflejan un consenso y una valoración social de cómo conseguir mayores beneficios para un paciente o para toda la población, o para ambos.

- La primera y más importante es la **dimensión técnica**, que consiste en la mejor aplicación del conocimiento (idoneidad profesional) y la tecnología (procedimientos y equipos) disponibles en favor del paciente (Donabedian, 1984). Es el concepto que de manera tradicional han conocido los profesionales de la salud, y depende de manera fundamental, pero no exclusiva, de sus cualidades y capacitación.
- **Dimensión de servicio.** Avedis Donabedian (nació en Beirut, Líbano, el día 7 de Junio de 1919 en el seno de una familia armenia y vivió en un pueblo árabe al norte de Jerusalén. conocido fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud y especialmente por sus diversos conceptos o pilares sobre la calidad. Es importante resaltar que con su determinación conceptual y convencido de la validez de sus postulados, dijo Avedis Donabedian en 1996...“cualquier método o estrategia de garantía de calidad que se aplique será exitosa”).⁸

Considera que la relación interpersonal con el paciente y las características del lugar en que se preste la atención deben reflejar respeto y permitir privacidad y comodidad de cada paciente en particular; lo anterior hace parte integral de la calidad de la atención ya que influye en forma decisiva en la aceptabilidad por parte del paciente y por ello en la naturaleza y éxito de la atención y en los beneficios de la misma- (Donabedian, 1984).

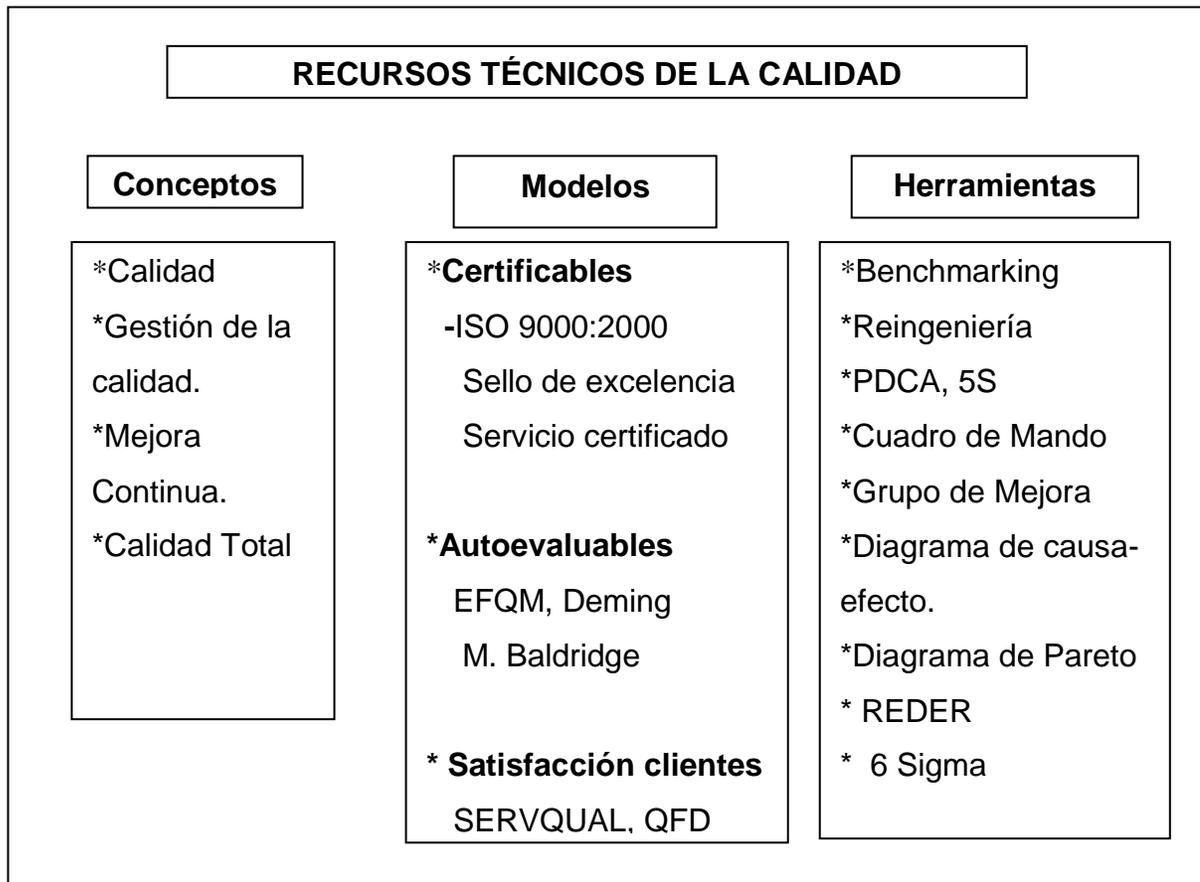
⁸ www.gerenciasalud.com



La dimensión de seguridad, está relacionada con el grado de protección prevista para el usuario, en términos de equipo, disposiciones de desechos, instrucciones médicas y cuidado. La dimensión del costo racional supone un equilibrio entre la eficiencia operativa y la oportunidad y sostenibilidad del establecimiento de salud.

La disposición del equipo humano es el factor que sustenta la calidad de los servicios de salud. La preparación profesional y técnica del recurso humano, la actualización de conocimientos así como las actitudes y comportamientos hacia el usuario son los elementos fundamentales de la gestión de la calidad en los servicios de salud.

2.1.9. RECURSOS TÉCNICOS DE LA CALIDAD



Fuente: Fundación CETMO. España.

2.2 MODELO EFQM

2.2.1. ANTECEDENTES DEL MODELO EFQM

2.2.1.1 Historia

La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (European Foudation for Quality Management - 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 GCT (Gestión de la Calidad Total).

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.⁹

2.2.1.2 Objetivos de la EFQM

- Ayudar a las organizaciones a conocerse a sí mismas y mejorar su funcionamiento. Así pues, el modelo EFQM trata de ofrecer una descripción lo más simplificada posible de la realidad, para comprenderla, analizarla y, si procede, modificarla.
- Mejora y consolidación de los niveles de satisfacción de los clientes.
- Diseño de un sistema de organización basado en la calidad total.
- Definir, y posteriormente consolidar una Cultura Organizacional propia, orientada hacia la Calidad Total.

⁹ MEDIFAM. Vol12-Núm 10.Gestión de la Calidad Total. El Modelo EFQM de Excelencia.pág42.

- Contribuir a la mejora de los resultados empresariales.
- Contribuir a una mejora en el posicionamiento social de la entidad.¹⁰

2.2.1.3 Ventajas de la EFQM.

- Puesta en marcha de acciones de mejora.
- Mejora de la organización y funcionamiento internos, al identificar y definir procesos de actividad, con las correspondientes funciones y responsabilidades.
- Optimización de los resultados de la empresa, a través de la mejora continua del sistema.
- Involucramiento del personal en el proyecto empresarial, al participar activamente en la definición de los procesos de actividad.
- Posicionamiento social de la empresa a la vanguardia en sistemas de gestión.

2.2.1.4 Misión de la EFQM

- Estimular y ayudar a las organizaciones a participar en actividades de mejora que las lleven, en última instancia, a la excelencia en la satisfacción de sus clientes y de sus empleados, en su impacto social y en sus resultados empresariales.
- Apoyar a los directivos de las organizaciones en la aceleración del proceso de convertir la Gestión de Calidad Total en un factor decisivo para conseguir una posición de competitividad global.¹¹

¹⁰ TQM Asesores. Modelo EFQM de Excelencia

¹¹ IDEM.

2.2.1.5 Fundamentos y Características del Modelo

La filosofía del Modelo EFQM de Excelencia se basa en los principios de la Gestión de la Calidad Total, también denominados conceptos fundamentales de la excelencia y que pueden ser considerados como el compendio de las “mejores prácticas” en el ámbito de la gestión de organizaciones. Estos conceptos de la excelencia son:

- Orientación hacia los resultados.
- Orientación al cliente.
- Liderazgo y constancia en los objetivos.
- Gestión por procesos y hechos.
- Desarrollo e implicación de las personas.
- Aprendizaje, innovación y mejora continuos.
- Desarrollo de alianzas.
- Responsabilidad social.

Para que la aplicación del Modelo sea eficaz y consiga los objetivos con los que se afronta, estos principios deben ser asumidos totalmente por los directivos de la organización, de lo contrario su aplicación carecerá de sentido; esta es una de las ventajas detectadas para poder aplicar el modelo en el Hospital Amatepec.

2.2.1.5.1 Características

- a) Es un instrumento genérico y muy flexible, de forma que puede ser utilizado en cualquier tipo de organización o empresa. independientemente del tamaño, sector de negocio o carácter público o privado, y puede referirse tanto a la totalidad de la organización como a diferentes divisiones, unidades o servicios. De esta manera, en el seno de la EFQM se han creado grupos específicos en el sector público y ámbitos concretos como la educación o sanidad.
- b) Tiene un carácter no prescriptivo, en el sentido de que la aplicación del modelo no dicta lo que hay que hacer; debe ser cada unidad la que decida las acciones a emprender. Reconociendo que

las propias características y singularidades de cada organización pueden determinar el camino a seguir para mejorar la eficiencia de una organización.

- c) Fundamenta su estrategia en la autoevaluación, debido al hecho diferenciador con otros enfoques, como la acreditación o la certificación, con los que el modelo frecuentemente es comparado y a veces confundido.
- d) La incorporación del aprendizaje adquirido tras la evaluación en desarrollo de planes de mejora, confieren al modelo un *carácter dinámico* que posibilita adaptarse a las necesidades cambiantes de los clientes y de otros grupos de interés, a la disponibilidad de recursos de cada tiempo y la detección y ajuste de deficiencias potenciales. De esta forma se supera el carácter estático que establece el aseguramiento de un determinado nivel de calidad. Este carácter dinámico se refleja en el esquema del modelo de forma que la innovación y aprendizaje actúan potenciando los agentes facilitadores dando lugar a una mejora de los resultados.¹²

2.2.2. USO DEL MODELO

Se trata de un modelo no normativo, cuyo concepto fundamental es la autoevaluación basada en un análisis detallado del funcionamiento del sistema de gestión de la organización usando como guía los criterios del modelo. Esto no supone una contraposición a otros enfoques (aplicación de determinadas técnicas de gestión, normativa ISO, normas industriales específicas, etc.), sino más bien la integración con los mismos en un esquema más amplio y completo de gestión.

La utilización sistemática y periódica del Modelo por parte del equipo directivo, permite a éste el establecimiento de planes de mejora basados en hechos objetivos y la consecución de una visión común sobre las metas a alcanzar y las herramientas a utilizar. Es decir, su aplicación se basa en:

¹² MEDIFAM. Vol12-Núm 10.Gestión de la Calidad Total. El Modelo EFQM de Excelencia. pág. 45-46

- a) La *comprensión* profunda del modelo por parte de todos los niveles de dirección de la empresa.
- b) La *evaluación* de la situación de la misma en cada una de las áreas.¹³

Es necesario que en el Hospital Amatepec se capacite al personal en el modelo y se reúna un equipo que se encargue de la autoevaluación, para cumplir las premisas anteriores.

2.2.3. ESTRUCTURA DEL MODELO EFQM

El Modelo Europeo de Excelencia Empresarial, patrocinado por la EFQM y la Comisión de la UE (Unión Europea), base del Premio Europeo a la Calidad, consta de dos partes:

- Un conjunto de criterios de excelencia empresarial que abarcan todas las áreas del funcionamiento de la organización.
- Un conjunto de reglas para evaluar el comportamiento de la organización en cada criterio.

Hay dos grupos de criterios:

- Los *Resultados* (criterios del 6 al 9):
 - 6. Resultados en los Clientes
 - 7. Resultados en el Personal
 - 8. Resultados en la Sociedad
 - 9. Rendimiento Final de la Organización

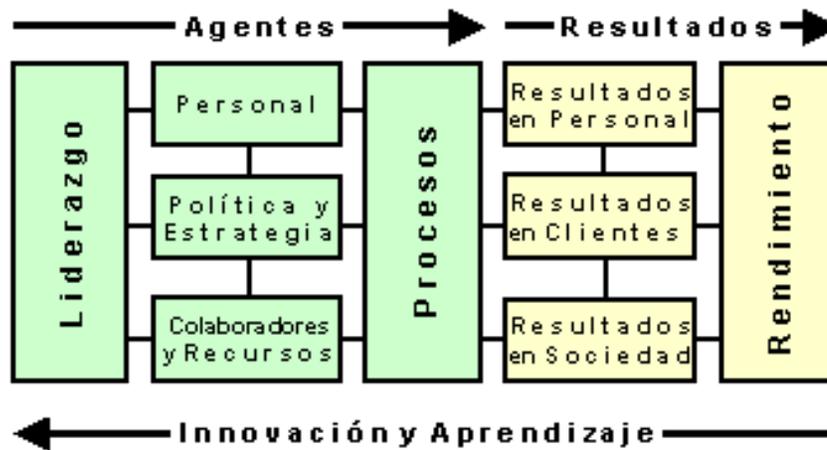
Los criterios mencionados anteriormente representan lo que la organización consigue para cada uno de sus *actores* (Clientes, Empleados, Sociedad e Inversores). Los *resultados* han de mostrar tendencias positivas, compararse favorablemente con los objetivos propios y con los resultados de otras organizaciones, estar causados por los enfoques de los agentes y abarcar todas las áreas relevantes.

¹³ TQM Asesores. Modelo EFQM de Excelencia.

- Los *Agentes* (criterios del 1 al 5):
 1. Liderazgo
 2. Política y Estrategia
 3. Personal
 4. Colaboradores y Recursos
 5. Procesos

Son aspectos del *sistema de gestión* de la organización. Son las causas de los resultados. Los *agentes* han de tener un enfoque bien fundamentado e integrado con otros aspectos del sistema de gestión, su efectividad ha de revisarse periódicamente con objeto de aprender y mejorar, y han de estar sistemáticamente desplegados e implantados en las operaciones de la organización.¹⁴

MAPA DE CRITERIOS DEL MODELO



A continuación se describe brevemente el concepto de cada criterio y el puntaje asignado por el modelo a cada uno de ellos, tomando en cuenta que el valor total de puntos a obtener es de 1000.

¹⁴ TQM Asesores. Modelo de EFQM de Excelencia.

2.2.3.1. Liderazgo (100 puntos).

Se refiere a la responsabilidad ineludible de los equipos directivos de ser los promotores de conducir la organización hacia la excelencia. Los líderes deben mostrar claramente su compromiso con la mejora continua, desarrollando la misión y la visión y actuando como modelo para el resto de la organización, implicándose con los clientes y colaboradores y reconociendo los esfuerzos y logros de los empleados.

Los subcriterios componentes de este criterio incluyen:

- 1a: Cómo los directivos desarrollan la misión, visión y los valores y actúan como modelos de una cultura de excelencia [“prédica por el ejemplo”].
- 1b: Cómo los directivos se implican personalmente para garantizar que los sistemas de gestión de la organización se desarrollen, implanten y mejoren continuamente.
- 1c: Cómo los directivos se implican y comprometen con los clientes, agentes externos y representantes de la sociedad.
- 1d: Cómo los directivos motivan, apoyan y reconocen a las personas de la organización.¹⁵

“Las personas prestan mucho más atención a lo que la gerencia hace que a lo que dice”

¹⁵ Centro Internacional de Investigación en calidad. Sector Salud. “Introducción al modelo EFQM”. Pág10.

2.2.3.2. Política y Estrategia (90 puntos).

Revisa en qué medida la misión, visión y valores de la organización, están fundamentadas en la información procedente de indicadores relevantes (rendimiento, investigación, creatividad y comparación con las mejores prácticas, etc.), así como en las necesidades y expectativas de clientes y otros grupos de interés. También analiza la estructura de procesos que desarrollan la política y estrategia y cómo se transmite a toda la organización.

Los subcriterios componentes de este criterio incluyen:

- 2a: Cómo la política y la estrategia se basan en necesidades presentes y futuras y en las expectativas de los agentes relacionados con la organización. [“Comprender el mercado, reunir y utilizar información, analizar y anticipar”].
- 2b: Cómo la política y la estrategia se basan en todo tipo de información relevante.
- 2c: Cómo se desarrollan, revisan y actualizan la política y la estrategia.
- 2d: Cómo se despliega la Política y Estrategia a través de un marco de procesos críticos.
- 2e: Cómo se comunican e implantan las políticas y estrategias.¹⁶

¹⁶ Centro Internacional de Investigación en calidad. Sector Salud. “Introducción al modelo EFQM”. Pág11.

2.2.3.3. Personas (80 puntos).

Considera la gestión de los recursos humanos de la organización y los planes que desarrolla para aprovechar el potencial de los profesionales, también estudia los sistemas de comunicación, reconocimiento y distribución de responsabilidades.

Los subcriterios componentes de este criterio incluyen:

- 3a: Cómo se planifican y desarrollan los recursos humanos.
- 3b: Cómo se preservan y desarrollan las capacidades y aptitudes del personal
- 3c: Cómo se promueve el compromiso, la autonomía y la iniciativa de todos los miembros de la organización.
- 3d: Cómo se logra la comunicación efectiva. [“cómo se identifican las necesidades y se establecen los canales; ¿qué tan bien se disemina información crítica?”].
- 3e: Cómo la organización retribuye, reconoce y se preocupa de sus empleados.¹⁷

¹⁷ Centro Internacional de Investigación en calidad. Sector Salud. “Introducción al modelo EFQM”. Pág12.

2.2.3.4. Recursos y Alianzas (90 puntos).

Evalúa cómo gestiona la organización los recursos más importantes (financieros, materiales, tecnológicos, información), con excepción de los Recursos Humanos, y las colaboraciones que establece con organizaciones externas.

Los subcriterios componentes de este criterio incluyen:

- 4a: Cómo se desarrollan y gestionan las alianzas externas [“Identificación de socios clave, añadir valor en la cadena de suministros”].
- 4b: Cómo se gestionan los recursos económicos y financieros [“gestión de riesgos, manejo de inversiones”]
- 4c: Cómo se gestionan los edificios, equipos y materiales.
- 4d: Cómo se gestiona la tecnología.
- 4e: Cómo se gestionan los recursos de información y de conocimiento.¹⁸

¹⁸ Centro Internacional de Investigación en calidad. Sector Salud. “Introducción al modelo EFQM”. Pág13.

2.2.3.5. Procesos (140 puntos).

Se refiere al diseño y gestión de los procesos implantados en la organización, su análisis y cómo se orientan a las necesidades y expectativas de los clientes.

Los subcriterios componentes de este criterio incluyen:

- 5a: Cómo se diseñan y gestionan sistemáticamente los procesos críticos para el éxito del negocio. [“Por ejemplo, empleo de medidas de rendimiento en la gestión de procesos”].
 - 5b: Cómo se revisan y mejoran los procesos.
 - 5c: Cómo se diseñan y desarrollan los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes.
 - 5d: Cómo se producen, entregan y asisten los productos y servicios.
 - 5e: Cómo se gestionan y mejoran las relaciones con los clientes.
- [“Nota: 5c, d, y e manejan la gestión de procesos bajo la perspectiva de cliente”]¹⁹

¹⁹ Centro Internacional de Investigación en calidad. Sector Salud. “Introducción al modelo EFQM”. Pág14.

2.2.3.6. Resultados en los Clientes (200 puntos).

Se refiere tanto a la percepción que los clientes tienen de la organización, medida a través de encuestas o contactos directos, como a los indicadores internos que contempla la organización para comprender su rendimiento y adecuarse a las necesidades de los clientes.

Los subcriterios componentes de este criterio incluyen:

- 6a: Medidas de percepción: la percepción que los clientes tienen de los productos y servicios de la organización así como de su relación con ésta. [“Accesibilidad, comunicación, capacidad de respuesta, innovación, precio, gestión de reclamaciones, tiempo de respuesta, etc.”].
- 6b: Indicadores de rendimiento: medidas adicionales internas relacionadas con la satisfacción de los clientes de la organización [“Indicadores logísticos [nivel de servicio], participación de mercado, fiabilidad, indicadores de defectos y errores, etc.”]²⁰

²⁰ Centro Internacional de Investigación en calidad. Sector Salud. “Introducción al modelo EFQM”. Pág15.

2.2.3.7. Resultados en el Personal (90 puntos).

Se refiere a los mismos aspectos que el criterio anterior, pero en referencia a los profesionales de la organización. De igual manera se contemplan medidas de percepción de la organización por parte de las personas que la integran e indicadores internos de rendimiento.

Los subcriterios componentes de este criterio incluyen:

- 7a: Medidas de percepción: las percepciones de los miembros de la organización. [“percepciones del personal obtenidas mediante grupos focales, sistemas de sugerencias, encuestas de clima organizacional, etc.”].
- 7b: Indicadores de rendimiento: medidas internas empleadas para entender, predecir, y mejorar la satisfacción de las necesidades y expectativas del personal [“Quejas, ausentismo, rotación, reconocimientos a individuos y equipos, uso de las instalaciones especiales ofrecidas por la organización [guardería, centro recreativo, etc.], niveles de formación y desarrollo, etc.”]²¹

²¹ Centro Internacional de Investigación en calidad. Sector Salud. “Introducción al modelo EFQM”. Pág16.

2.2.3.8. Resultados en la Sociedad (60 puntos).

Analiza los logros que la organización alcanza en la sociedad. Para ello considera la repercusión de la organización sobre el medioambiente, la economía, educación, bienestar, etc.

Los subcriterios componentes de este criterio incluyen:

- 8a: Medidas de percepción: la percepción que la comunidad en su conjunto tiene del impacto de la organización, conocidas mediante encuestas, reuniones públicas, informes de entes contralores, etc. [“Incidencia en la economía local y nacional, participación en el desarrollo comunitario, minimización de polución y manejo ambiental responsable, etc.”].
- 8b: Indicadores de rendimiento: medidas adicionales internas relacionadas con el impacto en la sociedad de la organización [“conservación de energía, reducción de desperdicios, premios y reconocimientos recibidos, infracciones/cumplimientos de normativas nacionales e internacionales, etc.”]²²

²² Centro Internacional de Investigación en calidad. Sector Salud. “Introducción al modelo EFQM”. Pág17.

2.2.3.9. Resultados Clave en la Organización (150 puntos).

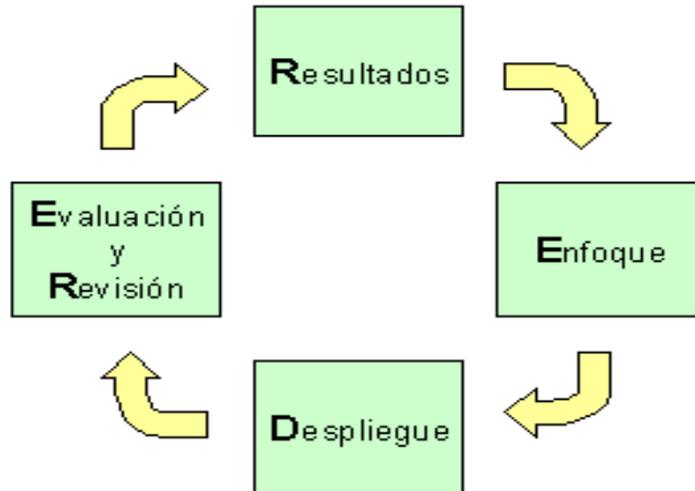
Evalúa los logros de la organización respecto al rendimiento planificado, tanto en lo que se refiere a objetivos financieros como a los relativos a los procesos, recursos, tecnología, conocimiento e información.

Los subcriterios componentes de este criterio incluyen:

- 9a: Resultados clave de rendimiento: incluye medidas financieras y no financieras que reflejan el éxito de la organización en la consecución de los resultados planificados [“Medidas financieras: ventas, márgenes, dividendos, cumplimiento de presupuestos; Medidas no financieras: crecimiento de la capacidad, tiempo requerido para desarrollar nuevos productos, cobertura de los servicios, etc.”].
- 9b: Indicadores clave de rendimiento: otras medidas operativas utilizadas para controlar, comprender, predecir y mejorar los resultados clave planificados [“rotación de inventarios, rendimiento sobre los activos, rendimiento de proveedores, etc.”]²³

²³ Centro Internacional de Investigación en calidad. Sector Salud. “Introducción al modelo EFQM”. Pág18.

2.2.4. LA LÓGICA REDER



El esquema REDER (**R**esultados, **E**nfoque, **D**espliegue, **E**valuación y **R**evisión) considera cuatro elementos que sintetizan lo que una organización necesita realizar: resultados, enfoque, despliegue y evaluación revisión. Estos elementos mantienen un claro paralelismo con cada una de las fases del conocido ciclo PDCA: *Plan (Planificar)* – *Do (Hacer)* – *Check (Verificar)* – *Act (Actuar)*, de forma que el enfoque es el equivalente a la Planificación, el Despliegue se refiere a la ejecución (D), y la evaluación y revisión corresponden a las fases de Control (C) y Ajuste (A).²⁴

2.2.4.1 El elemento “Resultados”

Se refiere al grado en que los resultados obtenidos por la organización obedecen a la planificación de la organización, alcanzan los objetivos planteados, abarcan las áreas más relevantes y cuál es su evolución en el tiempo.

²⁴ MEDIFAM. Vol. 12-Núm10. Gestión de la Calidad Total. El Modelo EFQM de Excelencia. Pág. 47

En una organización excelente, los resultados mostrarán:

- Tendencias: las tendencias son positivas y/o existe un desempeño satisfactorio y sostenido,
- Objetivos: los objetivos son apropiados y además son alcanzados,
- Comparaciones: se efectúan comparaciones con organizaciones externas y los resultados son adecuados en relación con el promedio del sector o las mejores organizaciones [percentil 85],
- Causas: los resultados son una consecuencia del enfoque [es decir, no son fortuitos o debidos a coyunturas externas],
- Alcance: los resultados alcanzan a las áreas relevantes.²⁵

2.2.4.2 El “Enfoque”

Evalúa en qué medida la planificación realizada por la organización responde a las necesidades de los grupos de interés, tiene una lógica clara, se identifican procesos bien definidos y apoya la política y estrategia.

En una organización excelente, el enfoque de las acciones y medidas será:

- Fundado: racional y con procesos bien definidos y desarrollados y con una clara orientación a las necesidades de la organización y también será
- Integrado: alineado con la política y la estrategia y ligado con otros enfoques allí donde sea apropiado.²⁶

²⁵ Centro Internacional de Investigación en Calidad. Sector Salud. “Introducción al Modelo EFQM”.Pág33.

²⁶ Ibíd.

2.2.4.3 El “Despliegue”

Considera lo que hace una organización para llevar a cabo lo que ha planificado, valorando en qué medida se ha implantado lo que se ha planificado y la forma en que se ha realizado. Se debe desplegar los enfoques de una manera sistemática para garantizar la efectiva y completa implantación de las acciones y medidas propuestas.²⁷

2.2.4.4 La “Evaluación y Revisión”

Se refiere a las actividades de evaluación contempladas por la organización a la periodicidad de su aplicación, y la utilización de los resultados obtenidos para emprender acciones de mejora. En una organización excelente el enfoque y despliegue [qué se decidió hacer y cómo se hizo] estarán sujetos a:

- Medición regular y,
- Acciones de mejora: como resultado de la medición y el aprendizaje, se identificarán, priorizarán, planificarán e implantarán las acciones de mejora.²⁸

Para la realización de la lógica REDER, con el Modelo EFQM, originalmente debe usarse la siguiente tabla:

²⁷ Centro Internacional de Investigación en Calidad. Sector Salud. “Introducción al Modelo EFQM”.Pág33.

²⁸ *Ibíd.*

ELEMENTOS	ATRIBUTOS	0%	25%	50%	75%	100%																
ENFOQUE	SÓLIDO																					
	Enfoque con argumento claro																					
	Procesos bien desarrollados y definidos																					
	Enfoque se orienta a las necesidades de los que tienen un interés en la organización																					
	INTEGRADO																					
	Enfoque apoya la política y la estrategia																					
	Enfoque está ligado a otros enfoques apropiados																					
TOTAL		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
ELEMENTOS	ATRIBUTOS	0%	25%	50%	75%	100%																
DESPLIEGUE	El enfoque está implantado																					
	Sistemático. El enfoque está desplegado de manera estructurada																					
	TOTAL	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
ELEMENTOS	ATRIBUTOS	0%	25%	50%	75%	100%																
EVALUACIÓN Y REVISIÓN	Medición: Se lleva a cabo una medición periódica de la eficacia del enfoque y despliegue																					
	Aprendizaje: Las actividades de aprendizaje se usan para identificar y compartir las mejores prácticas y oportunidades de mejora																					
	Mejora: Se analizan los resultados de la medición y aprendizaje y se usa para identificar, priorizar, planificar e implantar mejoras																					
	TOTAL	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
TOTAL GLOBAL		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100

La tabla persigue que el equipo evaluador determine el puntaje obtenido por cada subcriterio, mediante la definición dada por el modelo a cada uno de ellos (página 42 a página 50); esto hace la evaluación difícil y permite que haya diversidad de opiniones e incluso puntaje diferente si a la misma organización la evalúan dos equipos distintos con la misma evidencia, por las probabilidades elevadas de obtener puntajes por evaluaciones anecdóticas, ya que los puntajes asignados con esta tabla son:

- 0%: Sin resultados o con información anecdótica
- 25%: Tendencias positivas y/o rendimiento satisfactorio en algunos resultados (alguna evidencia)
- 50% Tendencias positivas y/o buen rendimiento sostenido en muchos resultados y al menos en los 3 últimos años (evidencia)
- 75%: Tendencias positivas o fuertes y/o excelente rendimiento sostenido, en la mayoría de los resultados y al menos en los últimos 3 años (evidencia clara)
- 100%: Tendencias positivas fuertes y/o excelente rendimiento sostenido, en la mayoría de los resultados y al menos en los últimos 5 años (evidencia total).

La lógica REDER se ha incorporado en nuestra propuesta mediante factores a evaluar para cada subcriterio, que dan evidencia de las tendencias de cada uno de ellos y que pueden ser comparadas cada año, con lo cual eliminamos la tabla anterior y aplicamos un puntaje mediante evidencias solicitadas (ver página 97). A continuación explicamos la metodología para el uso de la tabla conteniendo la lógica REDER de acuerdo al nuevo Modelo de Excelencia de la EFQM (versión 2003) y evidenciamos su complejidad, que se disminuye con nuestra propuesta:

2.2.4.5 Fundamentos del Análisis

El Modelo EFQM y la matriz REDER de puntuación están diseñados para servir, entre otras cosas, para la evaluación de una organización en todos sus aspectos de gestión y por tanto es necesario entender que las organizaciones son sistemas donde existe una interrelación entre diferentes elementos. A la hora de aplicar la matriz REDER hay que buscar la coherencia entre los diferentes atributos que presenta cada organización tanto en la valoración de los criterios agentes como de los resultados. A continuación presentamos ejemplos de la puntuación del EFQM en base a la matriz REDER y la explicación de la modificación realizada para su medición mediante una tabla integrada con las situaciones a tener en cuenta para evaluar la realidad de la organización en su conjunto.

2.2.4.5.1 Puntuación de los Agentes Facilitadores

En la Matriz REDER, existen tres elementos a tenerse en cuenta a la hora de puntuar los agentes facilitadores: Enfoque, despliegue y evaluación y revisión.

2.2.4.5.1.1 Cómo puntuar el Enfoque

El enfoque se valora en base a dos atributos:

a) Sólidamente fundamentado:

El enfoque tiene una lógica clara, se implanta mediante un proceso / procesos bien definido(s) y se centra en las necesidades de los grupos de interés

Para considerar que el enfoque está sólidamente fundamentado, la organización tiene que explicar la lógica o las razones por las que ha adoptado su planteamiento; por ejemplo, como resultado de sus actividades de aprendizaje (investigaciones, estudios, grupos de intercambio de buenas prácticas, benchmarking). Un enfoque sólidamente fundamentado se implantará mediante procesos claramente definidos y desarrollados, documentados en la medida que sea oportuno para la correcta gestión de los mismos, y desarrollados durante un cierto periodo de tiempo que permita contrastar su eficacia y eficiencia y estará centrado en las necesidades y expectativas de los grupos de interés, todo ello apoyado con ejemplos apropiados.

CASO EJEMPLO:

Usando la lógica REDER propia del EFQM debe hacerse lo siguiente:

Supongamos que tanto por la lógica (argumento) del enfoque como por los procesos que lo apoyan, la puntuación fuese del 75%. Sin embargo, existen pocas evidencias de que el enfoque esté centrado en las necesidades de los grupos de interés, y de ahí que la puntuación para este aspecto del atributo sea de 30%. En este caso, el planteamiento del evaluador podría ser que la media aritmética de 75 más 75 más 30 (es decir, 180) dividido por los tres atributos sea de 60%, lo cual representaría la puntuación global en cuanto a que el enfoque está sólidamente fundamentado.

A continuación, el evaluador tendrá que decidir si esta puntuación le parece apropiada, teniendo en cuenta el subcriterio en su conjunto, la clase de organización y la importancia relativa de las evidencias presentadas. Por consiguiente, puede que la puntuación suba o baje del 60% señalado según criterios del evaluador. Este tipo de análisis, de contemplar con una visión global la importancia relativa de unos elementos respecto a otros es una labor que debe realizar el evaluador durante todo el proceso de evaluación y hace la evaluación bastante compleja.

b) Integrado:

El enfoque apoya la Política y Estrategia, y está vinculado a otros enfoques, cuando procede.

Con la lógica REDER, el evaluador buscará ejemplos que demuestren el grado de integración del enfoque. Una organización excelente es aquella que presenta elementos de gestión vinculados entre si para reforzarse mutuamente creando sinergias y apoyando el logro de sus objetivos estratégicos.

2.2.4.5.1.2 Cómo puntuar el Despliegue

El despliegue se valora en base a dos atributos:

a) Implantado:

El enfoque está implantado. Para evaluar la implantación hay que tener en cuenta cómo el enfoque se ha hecho realidad en los diferentes niveles de responsabilidad de la organización (dependencias, procesos, empleados, o en los diferentes productos y/o servicios que ofrece). Un ejemplo de lo anterior se realiza demostrando evidencias del cumplimiento de estándares, tales como: “Hemos realizado...hasta el 75% de la plantilla”, “todos los líderes hemos recibido al menos 20 horas de formación en calidad total” o “hemos establecido indicadores y objetivos en la totalidad de los 20 procesos que configuran nuestro mapa de procesos”, etc..

b) Sistemático:

El enfoque está desplegado de manera estructurada, habiéndose planificado y ejecutado de manera coherente el método utilizado para el despliegue.

La organización debería presentar evidencias de la forma en que el despliegue esté planificado y ejecutado de manera estructurada y rigurosa, como por ejemplo: la comunicación previa necesaria y la realización de pruebas piloto, con los responsables claramente definidos, con plazos y recursos establecidos, dando la formación necesaria a las personas afectadas, fijando indicadores para medir el grado de cumplimiento de las acciones, teniendo en cuenta no solo el corto sino también el largo plazo y contemplando su mantenimiento a lo largo del tiempo, es decir, su sostenibilidad.

2.2.4.5.1.3 Cómo puntuar la Evaluación y Revisión

La Evaluación y Revisión se valora en base a tres atributos:

a) Medición:

Se mide periódicamente la eficacia del enfoque y del despliegue. La organización debe demostrar cómo mide tanto la efectividad de sus enfoques como la eficacia y grado de despliegue de dichos enfoques. En este caso, más que los resultados de la medición (que deberían estar incluidos en el lugar adecuado de los Resultados), la organización aportará evidencias del *proceso* de medición, de la frecuencia con la que se mide y del por qué de los mecanismos de medición adoptados por la organización, quién es el responsable de la medición, con qué frecuencia se aplica, y su alineamiento con los resultados presentados en los criterios de los Resultados.

b) Actividades de Aprendizaje:

Se utilizan para identificar mejores prácticas y oportunidades de mejora. Hay muchas formas de llevar a cabo actividades de aprendizaje, como por ejemplo las visitas a organizaciones avanzadas, asistencia a cursos, charlas o congresos, la lectura de libros y revistas, las búsquedas en bases de datos de buenas prácticas, la participación en talleres y grupos de intercambio de prácticas de gestión, la colaboración con universidades o con centros de investigación, el apoyo de consultores y expertos, o el *benchmarking* interno y/o externo, tanto con una organización del mismo sector como con otras de sectores muy diferentes.

c) Mejoras:

Las mediciones y actividades de aprendizaje se analizan y utilizan para identificar, priorizar, planificar e implantar mejoras.

La organización debería describir la lógica mediante la cual la información que se deriva de la medición y de las actividades de aprendizaje se utiliza para identificar, priorizar, planificar e implantar mejoras tanto en el enfoque como en el despliegue. Con esto se cierra el bucle del ciclo PDCA.

Valoración Total

La valoración total del subcriterio se calcula en base a la puntuación total de cada uno de los tres elementos de Enfoque, Despliegue y Evaluación y Revisión. Teniendo en cuenta toda la información analizada en el subcriterio, el evaluador otorgará una puntuación como valoración total. La media aritmética de estas tres puntuaciones es un punto de partida para fijar la valoración total, pero dicha puntuación puede sufrir modificaciones como por ejemplo:

- Si la puntuación del enfoque o del despliegue es cero, la valoración total también debería ser cero.
- Si el enfoque es pobre pero el despliegue es amplio, la valoración total tenderá hacia la puntuación del enfoque (si el enfoque no es sistemático, puede que no tenga continuidad en el futuro, o en caso extremo, puede que no haya nada que desplegar).
- Si la puntuación de la evaluación y revisión fuese cero pero tanto el enfoque como el despliegue son buenos, una valoración total de cero sería injusta, pero la valoración total debería ser claramente inferior a la media aritmética.

El significado de las escalas existentes en la matriz REDER

Los términos *anecdótico*, *alguna evidencia*, *evidencia*, *evidencia clara*, *evidencia total*, se utilizan en la Matriz de Puntuación REDER para clasificar la amplitud y el grado de rigor de la información y de las evidencias presentadas por la organización.

Informaciones “Anecdóticas” son aquellas que carecen de hechos y datos que las respalden. Por ejemplo: “Nuestro Director General está comprometido con la calidad total”. Estas palabras pudieran, por supuesto, expresar una situación real, pero no nos dice cómo el Director General demuestra su compromiso, o los directivos practican esta política, etc., y por tanto estas afirmaciones son anecdóticas. Por otra parte, en el extremo opuesto, la clasificación “Evidencia Total” se caracteriza por una información detallada y completa acompañada de ejemplos relevantes y concretos, con mediciones, hechos, datos, fechas y responsables, que contemplan por ejemplo la frecuencia con la que se utilizan los procesos, modificaciones a lo largo del tiempo, etc.

Así que, por ejemplo, el compromiso del Director General con la calidad total puede evidenciarse mediante descripciones como las siguientes: “Visita de manera informal, con frecuencia establecida (semanalmente, mensualmente, etc.) a todas las áreas de la organización, con una duración mínima de 2 horas”.

Las clasificaciones de “Alguna Evidencia”, “Evidencia” y “Evidencia Clara”, lógicamente se situarán cuando las evidencias presentadas estén en situaciones intermedias. La formación continua de los evaluadores, el análisis de casos de estudio, el compartir puntos de vista con otros miembros de los equipos de evaluación y el consejo de los evaluadores experimentados va desarrollando en los evaluadores el criterio para distinguir entre unas situaciones y otras.

2.2.4.5.2 Puntuación de los Resultados

A la hora de puntuar los criterios resultados deberemos tener en cuenta:

- No solo el número, sino también la importancia relativa de unos indicadores con respecto a los otros, dentro del mismo subcriterio. Esta importancia relativa entre indicadores se debe establecer teniendo en cuenta cuáles son los elementos estratégicos para la organización, es decir, su Misión, Visión o Valores, objetivos estratégicos, procesos clave, etc.
 - La frecuencia de las mediciones. Aunque las organizaciones realicen mediciones con la periodicidad que consideren oportuna, la lógica de la matriz REDER se fija sobre mediciones que cubran al menos un periodo anual.
 - A la hora de interpretar los objetivos, comparaciones y relación causa-efecto, por “resultados” debemos entender los datos numéricos que la organización presenta. Los resultados se valoran en base a cuatro atributos: tendencias, objetivos, comparaciones y causas.
- **Tendencias:** se debe valorar hasta qué punto la evolución de los resultados es positiva y/o si el rendimiento es satisfactorio / bueno y sostenido durante al menos 3 años.³¹

³¹ www.euskalit.net/erderaz/aclaraciones.pdf

2.2.5. RELACIÓN Y DIFERENCIA ENTRE EFQM, CALIDAD TOTAL E ISO 9000

La diferencia más importante es que la calidad total es una filosofía, el modelo EFQM es un modelo de Calidad Total y la ISO 9000 es una norma que pretende gestionar/asegurar la calidad de los sistemas.

2.2.5.1 EFQM y Calidad Total

La relación entre EFQM y la Calidad Total es que el modelo de la EFQM es un modelo desarrollado para "tangibilizar" los principios de la calidad total. Esto es necesario ya que la Calidad Total es una filosofía y el modelo desarrollado por la EFQM ayuda a desarrollar y tangibilizar los conceptos de la Calidad Total.

La Calidad Total es una filosofía nacida en Japón y que parte del concepto de "calidad de producto", entendiéndolo como tal el cumplimiento de especificaciones. Este concepto ha ido evolucionando hacia el concepto de Calidad Total que es mucho más amplio y no está enfocado en el producto sino en la calidad de toda la organización. Sin embargo esta filosofía necesitaba ser tangibilizada de alguna manera y por ello surgieron distintos modelos de Calidad Total como el de la EFQM a nivel europeo.

2.2.5.2 EFQM E ISO 9000

En la relación entre la ISO 9000 y EFQM, la ISO 9000 puede, y suele ser una parte del Modelo de Excelencia Empresarial de la EFQM. En la versión de la ISO 9000 del año 94, la norma estaba básicamente enfocada a determinados procesos, mientras que el enfoque de la EFQM es mucho más amplio, contemplando las organizaciones desde un enfoque mucho más global y completo.

Sin embargo, en la revisión de la ISO 9000 del año 2000, ésta tiende mucho más hacia el concepto de Calidad Total ahondando más en los conceptos de procesos, en el enfoque al cliente, la gestión de recursos, etc., con lo que se acerca mucho más al Modelo de la EFQM.

En general la ISO 9000:2000 se utiliza para la Certificación por tercera parte, con lo que los requisitos de la norma acaban convirtiéndose en "prescriptos". El Modelo EFQM de Excelencia se utiliza para la

Autoevaluación, o lo que es lo mismo para poner en marcha planes de mejora. La redacción de los subcriterios y las áreas a abordar, y la posibilidad de puntuación, lo hacen no prescriptivo. El modelo EFQM contempla con mucha más profundidad la orientación a procesos. El modelo permite comparar la organización con otras a partir de la puntuación obtenida.²⁹

2.2.5.3 EFQM Y Balanced Scorecard – BSC (Cuadro de Mando Integral)

De acuerdo con los autores Zink y Schmidt (1998), la auto-evaluación es una herramienta que se despliega a través de la compañía para realizar el desempeño de toda la organización. Basada en el premio europeo (EFQM), esta herramienta puede ser caracterizada como un sistema multidimensional (modelos como el premio Baldrige, EFQM, Premio de Calidad MNQA (Malcolm Baldrige National Quality Award)) y un método de evaluación que se pueda llevar por la organización como algo interno para que sea la base de una administración estratégica y operativa.

El BSC es una herramienta para enfocar a la organización, mejorar la comunicación, ubicar objetivos organizacionales y proveer retroalimentación a las estrategias (Anthony, 1998). Cada medición dentro del Balanced Scorecard intenta dirigir un aspecto de la estrategia de la compañía y es importante ligar la estrategia a algunas formas de medición. El BSC generalmente agrupa medidas estratégicas dentro de lo siguiente:

- Resultados o medidas de salida,
- Medidas financieras o no financieras y
- Medidas internas y externas.³⁰

Sobre la base de lo anterior y tomando en cuenta las características del Modelo EFQM, consideramos que es importante retomar los aspectos planteados por el mismo, incorporar mejora continua en el programa de calidad del Hospital Amatepec e iniciar medidas de aseguramiento de la calidad que permitan mejorar la atención al cliente y reducir costes institucionales.

²⁹ calidad@improven.com

³⁰ Revista Digital de Posgrado, Investigación y Extensión del campus Monterrey.

CAPITULO 3

3.1. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Dado que la investigación fue de tipo exploratorio y considerando que no se ha hecho una investigación exhaustiva sobre el nivel de calidad del centro de atención, se diseñó y aplicó un instrumento de interacción (cuestionario), que fue dirigido a coordinadores y jefaturas de otro centro de atención sanitaria para la validación del mismo; después de validado, se prosiguió a realizar la exploración en el centro en estudio.

La muestra, tal como se explicó en el Capítulo 1, se calculó tomando como población los 549 empleados con que contaba el Hospital al inicio del estudio, de los cuales se obtuvo una muestra de 185 empleados, con un 6% de margen de error, una varianza de 2 y un nivel de confianza del 95.5%.

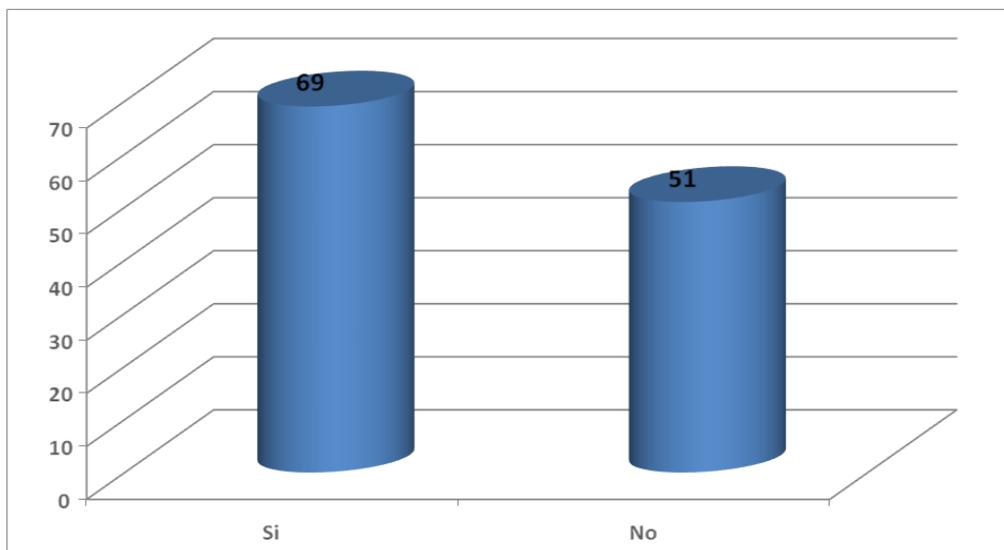
La encuesta fue realizada mediante sistema de barrido en las distintas dependencias, incluyendo a los miembros del comité de calidad y aquellos servicios en los cuales no existen barreras o normativas para el ingreso y considerando las que mostraron mayor colaboración a la misma; por las limitaciones ya explicadas, la muestra no fue proporcional en las distintas disciplinas y se tomaron como válidos 120 instrumentos, considerando las mismas tendencias en las tabulaciones en múltiplos de 20; el instrumento aplicado se muestra en el anexo 1.

El objetivo del cuestionario utilizado es determinar el tipo de actividades realizadas en el programa de calidad del hospital y el uso de métodos de medición de su impacto, para adaptarlos a una propuesta de autoevaluación basada en el modelo EFQM; a continuación se presentan los resultados obtenidos:

3.1.1. Organización

3.1.1.1 ¿Existe en el Hospital Comité de calidad?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	69	57
No (No sabe)	51	43
No hay información	0	0
Total	120	100

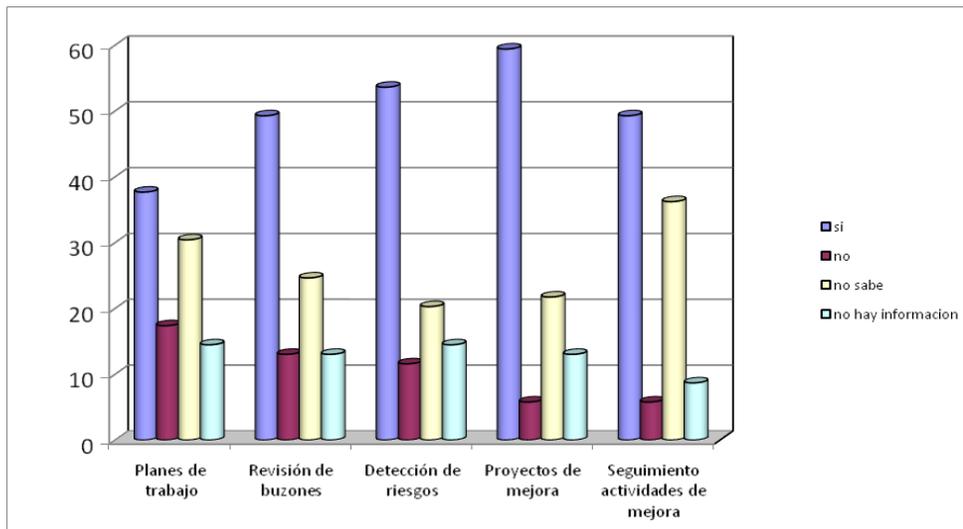


Análisis:

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede determinar que un 57% de los encuestados respondieron que existe un comité de calidad en el hospital, el resto de encuestados niega o desconoce la existencia del mismo. Es alto (43%) el grado de desconocimiento de las actividades de calidad en el hospital, lo cual debe considerarse para dar un giro a la metodología de comunicación de las diversas actividades a todo nivel y encauzar las estrategias para el cumplimiento de indicadores, pudiendo ser el grado de conocimiento por los empleados, una meta a alcanzar.

3.1.1.2 Si su respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, ¿Qué funciones realizan?

Funciones que realiza el Comité de Calidad	Planes de trabajo		Revisión de buzones		Detección de riesgos		Proyectos de mejora		Seguimiento actividades de mejora	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
si	26	37.68	34	49.28	37	53.62	41	59.42	34	49.28
no	12	17.39	9	13.04	8	11.59	4	5.80	4	5.80
no sabe	21	30.43	17	24.64	14	20.29	15	21.74	25	36.23
no hay información	10	14.49	9	13.04	10	14.49	9	13.04	6	8.70
Total	69	100	69	100	69	100	69	100	69	100

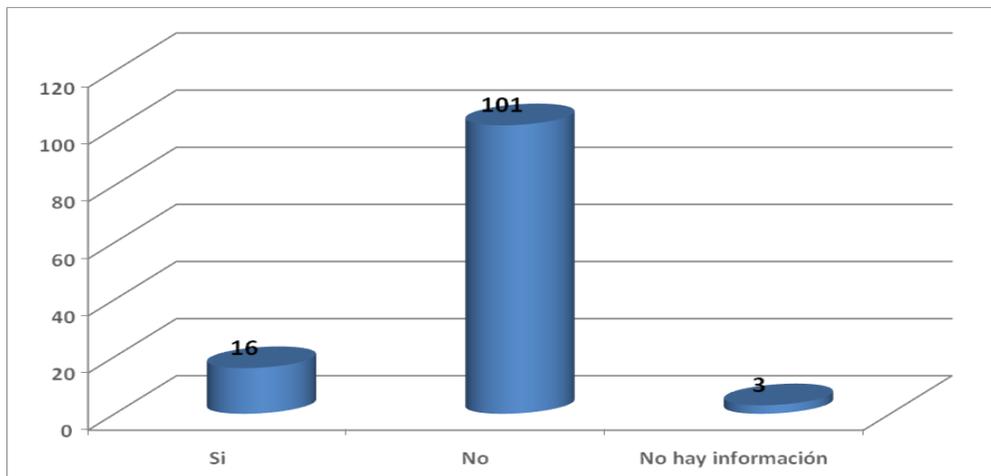


Análisis:

Las actividades que más destacan los empleados que conocen la existencia del Comité de Calidad son la detección de riesgos (37 de 69) y los proyectos de mejora (41 de 69), con el seguimiento a los mismos y la revisión del buzón de sugerencias. Es importante destacar que muy pocos (26) saben si se realizan planes de trabajo orientados a las actividades de calidad, sugiriendo la importancia de su realización y de dar a conocer las estrategias, metas e indicadores que se persiguen en la búsqueda de la mejora continua y la atención al cliente.

3.1.1.3 ¿Es usted integrante de algún comité o equipo de mejora de la calidad del hospital?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	13
No	101	84
No hay información	3	3
Total	120	100

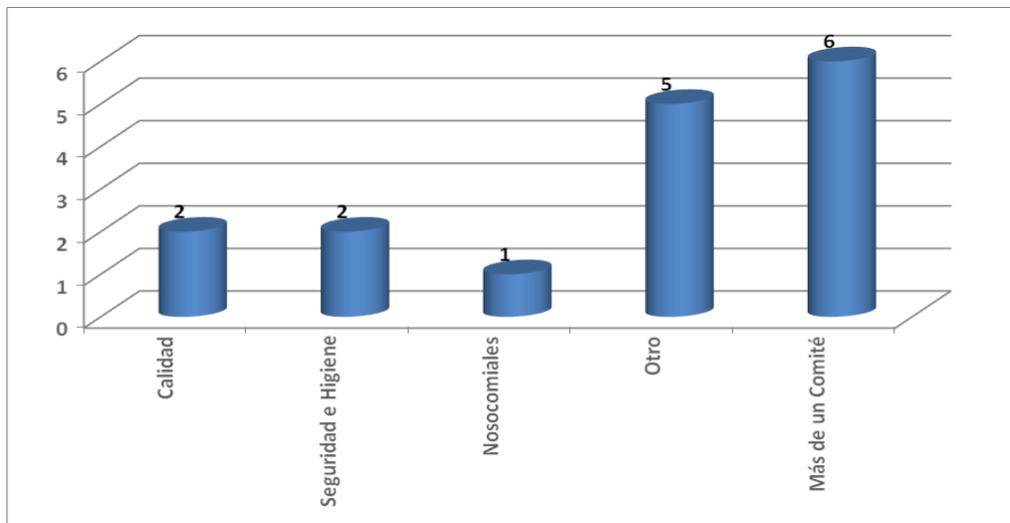


Análisis:

De acuerdo a los resultados obtenidos, se ha podido determinar que solamente el 13% de los encuestados ha respondido que es integrante de un comité o equipo de mejora de la calidad en el hospital, un 84% ha dicho que no forma parte de un comité o equipo de mejora y un 3% no aporta información. Lo anterior conduce a destacar la concentración de la información relacionada a las actividades de mejora en unos pocos empleados y al desconocimiento de los programas realizados y de sus beneficios por la mayoría; debe hacerse una planificación de los recursos humanos con posibilidad de apoyar las actividades de la dirección y su incorporación a las actividades relacionadas a la calidad para lograr mayor cobertura y éxito en las actividades planificadas.

3.1.1.4 ¿Cuál es el nombre del comité o de los comités en los que usted forma parte?

Comité	Frecuencia
Calidad	2
Seguridad e Higiene	2
Nosocomiales	1
Otro	5
Más de un Comité	6
Total	16

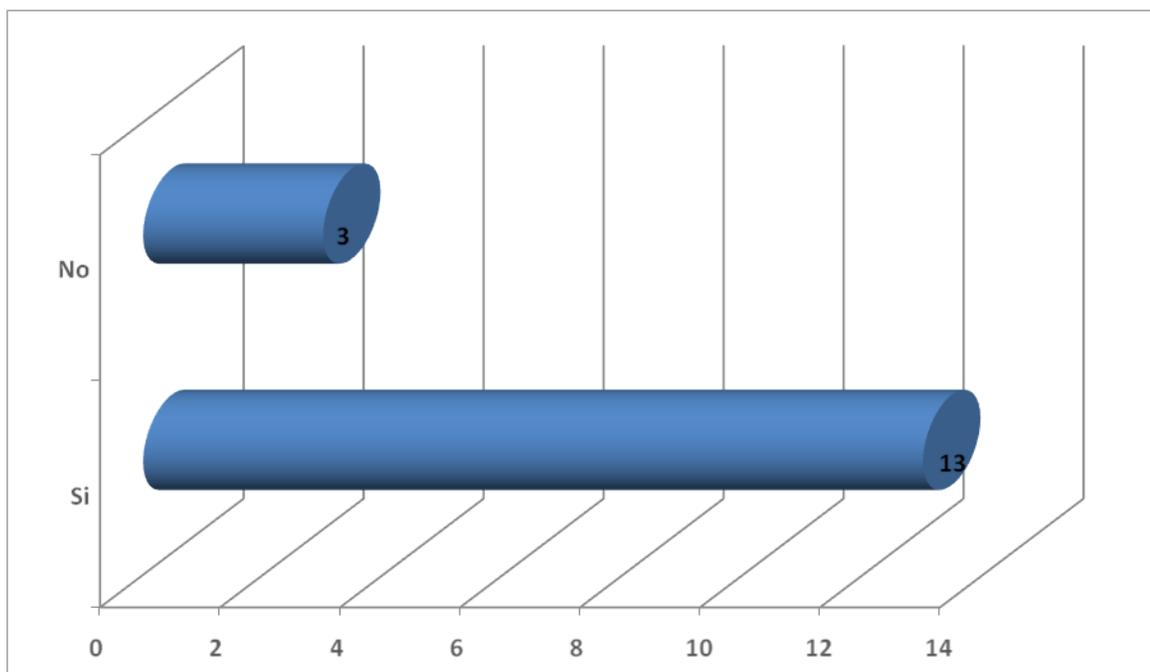


Análisis:

Considerando las personas que pertenecen a comités, es importante considerar que en su mayoría (6 de 16) forman parte de más de un comité de mejora del hospital, lo cual, en forma similar al gráfico anterior, demuestra la poca participación alcanzada por los empleados para las actividades relacionadas a la calidad y una de las desventajas que el hospital presenta para lograr los beneficios que espera de sus estrategias. Deben hacerse actividades de empoderamiento del personal y detección de colaboradores capacitados o a ser capacitados para ser integrados a los equipos de mejora del hospital por dependencia y a los diversos equipos o comités centrales; de continuar el mismo tipo de integración, puede ser que no se logren las expectativas propuestas ni el reconocimiento de los empleados ante las actividades realizadas.

3.1.1.5 Si forma parte de un comité, ¿Ha recibido algún tipo de capacitación que le facilite sus funciones en el comité al que pertenece?

Respuesta	Frecuencia
Si	13
No	3
Total	16

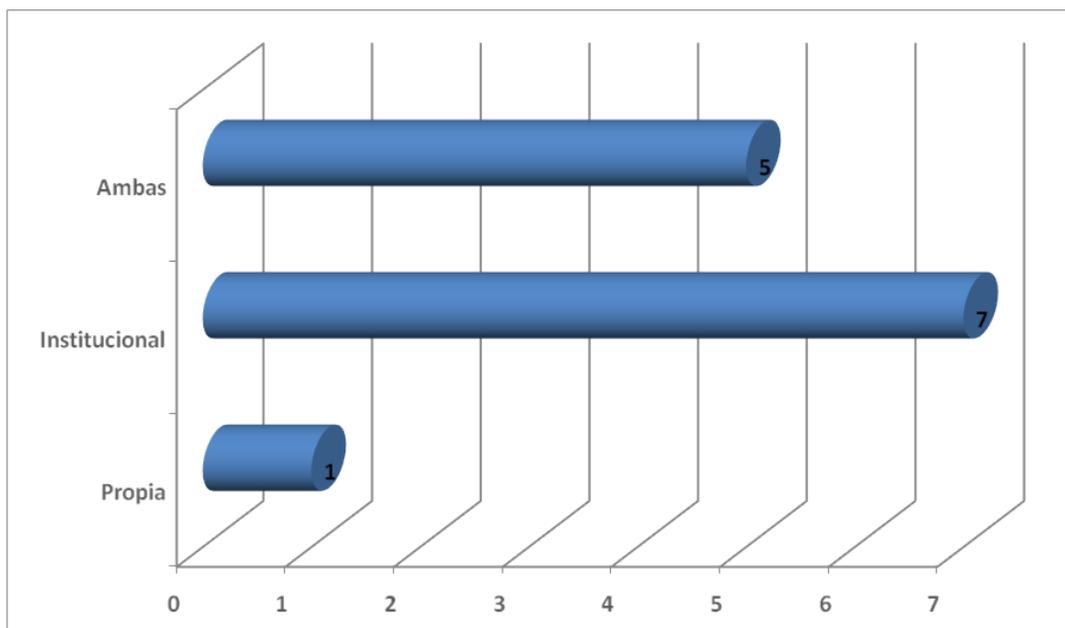


Análisis:

De los empleados que forman parte de los comités de mejora del hospital, existen 13 de 16 que dicen haber sido capacitados en temas que les permiten realizar de una manera más efectiva las funciones que les competen como miembros del Comité al que pertenecen, esto da la idea de que se han formado los equipos de mejora considerando dicha característica en los integrantes seleccionados, como una manera de facilitar el éxito de los mismos; sin embargo, puede que se desconozca de la existencia de otras personas con capacidades dentro del hospital que puedan apoyar las gestiones y por lo tanto evitar que se delegue la responsabilidad a pocos empleados que les pueda perjudicar si un proyecto no se alcanza.

3.1.1.6 Si su respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, ¿Ha sido la formación recibida de parte de la institución o por su propia gestión?

Respuesta	Frecuencia
Propia	1
Institucional	7
Ambas	5
Total	13

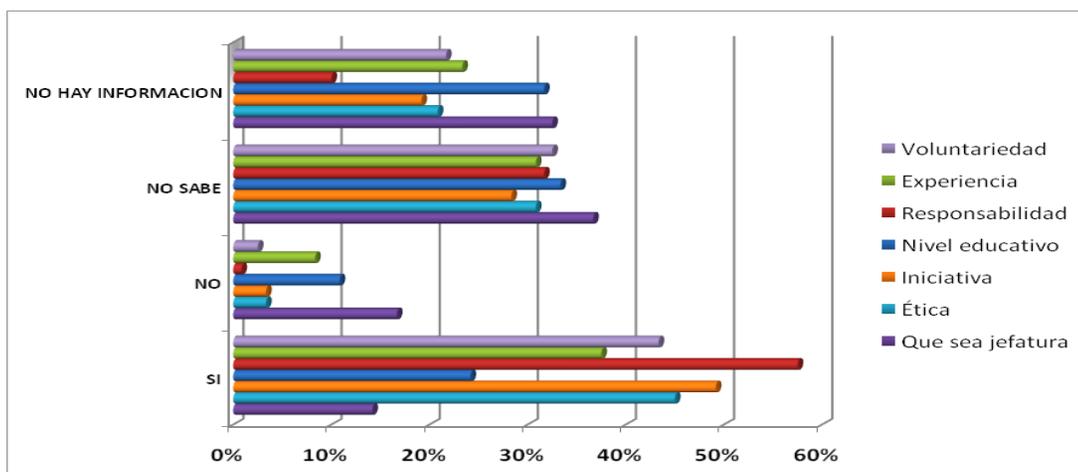


Análisis:

La mayoría (7 de 13) ha recibido capacitaciones por parte de la institución en temas o áreas que les permiten dar seguimiento a las actividades que los comités a los que pertenecen deben desarrollar; de los que afirman haber sido capacitados, solamente uno dice haber sido con formación propia y 5 de ellos dicen tener capacitación tanto propia como institucional. Sería importante conocer si la gerencia del hospital, a través de su Departamento de Recursos Humanos, ha realizado una búsqueda de empleados con características académicas que les permitan apoyar las gestiones de calidad y por lo tanto enriquecer con más ideas los proyectos y llevarlos a un buen termino en tiempos estipulados.

3.1.1.7 ¿Cuáles características se consideran en el hospital para seleccionar a los integrantes de los comités de calidad o mejora?

Respuesta	Si		No		No sabe		No hay información	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Jefatura	17	14.17	20	16.67	44	36.67	39	32.5
Ética	54	45.00	4	3.33	37	30.83	25	20.83
Iniciativa	59	49.17	4	3.33	34	28.33	23	19.17
Nivel educativo	29	24.17	13	10.83	40	33.33	38	31.67
Responsabilidad	69	57.50	1	0.83	38	31.67	12	10.00
Experiencia	45	37.50	10	8.33	37	30.83	28	23.33
Voluntariedad	52	43.33	3	2.50	39	32.50	26	21.67

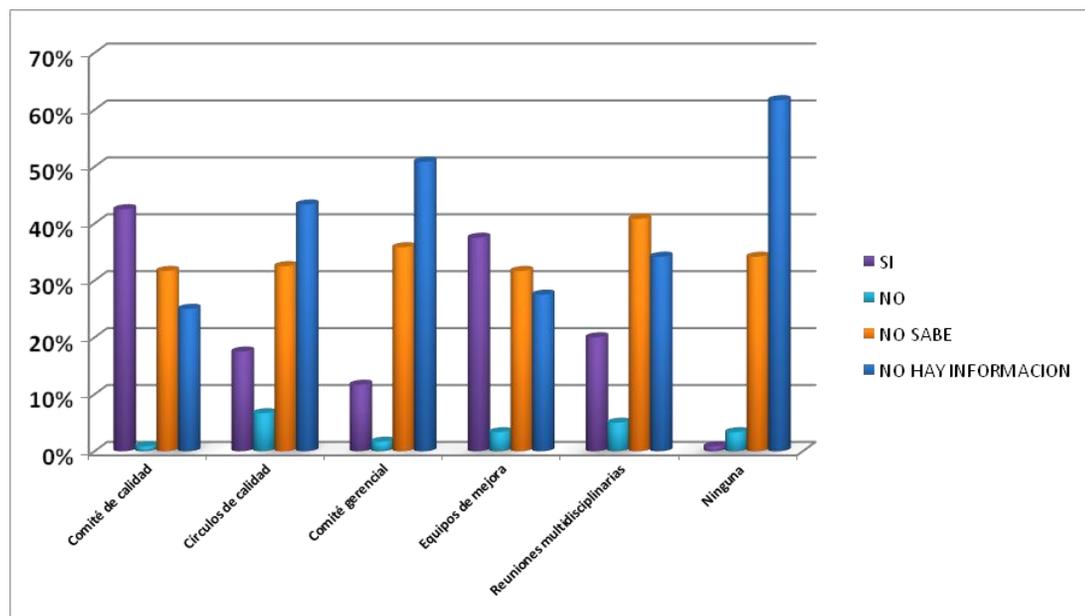


Análisis:

Los resultados muestran que las características más importantes al seleccionar a los integrantes de los comités son ética (45%), iniciativa (49.2%), responsabilidad (57.5%), experiencia (37.5%) y voluntariedad (43.3%). Es importante considerar que, aunque un 16.7% ha respondido que ser jefatura no es considerada una característica para seleccionar a los integrantes del comité y que entre un 28.3% y un 36.7% ha respondido que no sabe si se toman en cuenta todas las características, un alto porcentaje de encuestados no sabe si la participación es en base a voluntariedad. Un alto porcentaje de personas no aporta información sobre las características para seleccionar a los integrantes del comité, no se indagó si es por que no tienen conocimiento de las mismas.

3.1.1.8 ¿Cómo se organizan en el hospital para la implementación de las mejoras de calidad?

Organización	Comité de calidad		Círculos de calidad		Comité gerencial		Reuniones multidisciplinarias		Equipos de mejora		Ninguna	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	51	42.5	21	17.5	14	11.67	24	20	45	37.5	1	0.83
No	1	0.83	8	6.67	2	1.67	6	5	4	3.33	4	3.33
No sabe	38	31.67	39	32.5	43	35.83	49	40.83	38	31.67	41	34.17
No hay información	30	25	52	43.33	61	50.83	41	34.17	33	27.5	74	61.67
Total	120	100	120	100	120	100	120	100	120	100	120	100

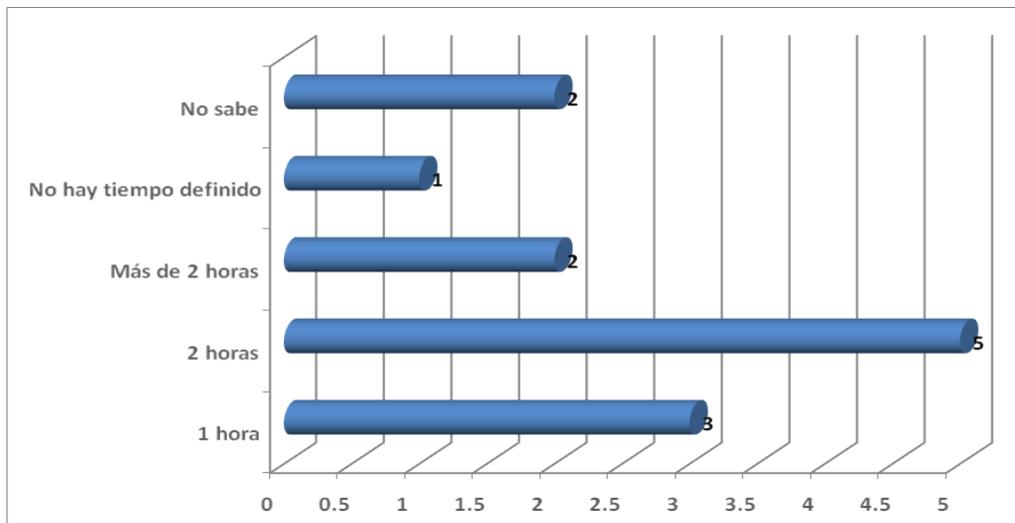


Análisis:

Un 43% reconocen la organización de la calidad mediante un Comité de Calidad, un 38% manifiesta que se organizan en Equipos de Mejora y un 20% en Reuniones Multidisciplinarias. Es muy alto el porcentaje en de desconocimiento o falta de información acerca de cómo se organizan para la implementación de las mejoras de calidad, lo cual debe retomarlo la gerencia en su gestión y planificación futura.

3.1.1.9 ¿Cuanto tiempo utilizan en cada reunión los comités para las actividades que le corresponden?

Tiempo utilizado	Frecuencia
1 hora	3
2 horas	5
Más de 2 horas	2
No hay tiempo definido	1
No sabe	2
Total	13



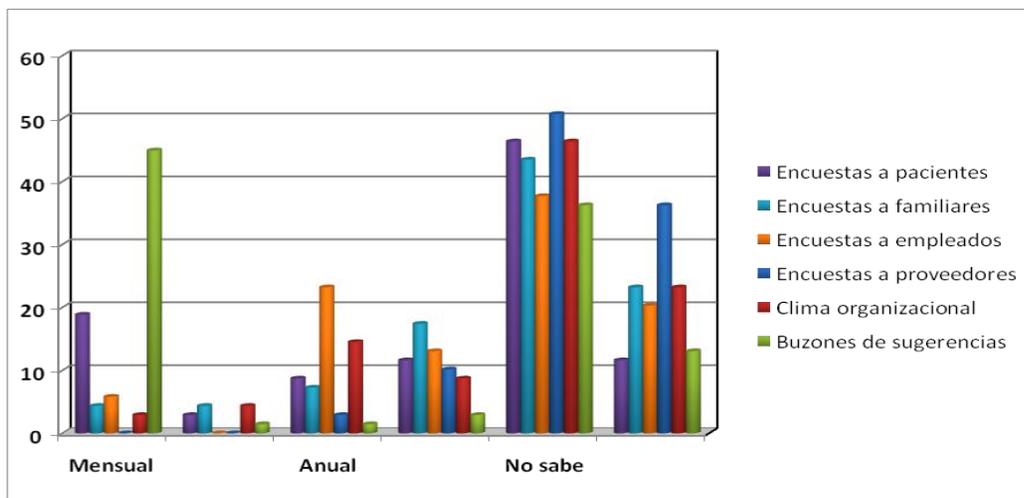
Análisis:

La mayoría (5 de 13) de integrantes de comités del hospital manifiestan que el tiempo promedio invertido en las reuniones es de 2 horas; no se investigó si las reuniones están precedidas por agenda, pero es importante que los coordinadores de los diferentes equipos de mejora consideren la adecuada gestión del tiempo invertido para el cumplimiento de agendas y las diversas actividades realizadas, de manera que no se prolonguen las reuniones por mala utilización del tiempo o se acorten dejando fuera aspectos importantes de discusión. Existen otras opiniones diversas en cuanto al tiempo invertido, lo cual puede deberse a que no se ha normalizado un tiempo promedio de reunión y cada comité toma el que considera conveniente, lo cual puede atrasar otras actividades de sus integrantes.

3.1.2. Métodos

3.1.2.1 De los métodos de evaluación de la calidad que el comité del hospital utiliza o ha utilizado, ¿podría usted mencionar los que han implementado para medir la percepción o nivel de satisfacción del usuario y su frecuencia de uso?

Tipo	Encuestas a pacientes		Encuestas a familiares		Encuestas a empleados		Encuestas a proveedores		Clima organizacional		Buzones de sugerencias	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Mensual	13	18.84	3	4.35	4	5.80	0	0.00	2	2.90	31	44.93
Trimestral	2	2.90	3	4.35	0	0.00	0	0.00	3	4.35	1	1.45
Anual	6	8.70	5	7.25	16	23.19	2	2.90	10	14.49	1	1.45
No se realiza	8	11.59	12	17.39	9	13.04	7	10.14	6	8.70	2	2.90
No sabe	32	46.38	30	43.48	26	37.68	35	50.72	32	46.38	25	36.23
No hay información	8	11.59	16	23.19	14	20.29	25	36.23	16	23.19	9	13.04

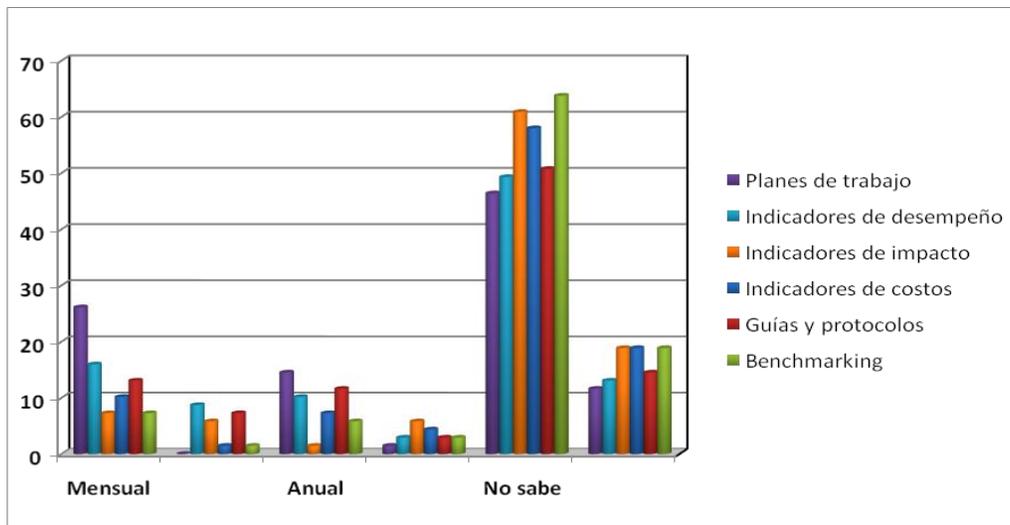


Análisis:

Es muy alto el porcentaje de desconocimiento sobre los métodos de evaluación de la calidad en el hospital o de falta de información al hacer la pregunta; sin embargo el 45% reconoce la revisión de buzones de sugerencias realizada mensualmente como una de las estrategias de la gerencia del hospital para evaluar la calidad de atención al usuario. Hay muy poco conocimiento sobre las encuestas realizadas a los usuarios de la organización, lo cual puede dar como resultado el no saber las debilidades de la gestión y no hacer proyectos de mejora encaminadas a las debilidades encontradas en la gestión de la calidad.

3.1.2.2 Dentro de las actividades de planificación, mejora y evaluación de la calidad ¿Qué instrumentos se utilizan y con que frecuencia?

Tipo	Planes de trabajo		Indicadores de desempeño		Indicadores de impacto		Indicadores de costos		Guías y protocolos		Benchmarking	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Mensual	18	26.09	11	15.94	5	7.25	7	10.14	9	13.04	5	7.25
Trimestral	0	0.00	6	8.70	4	5.80	1	1.45	5	7.25	1	1.45
Anual	10	14.49	7	10.14	1	1.45	5	7.25	8	11.59	4	5.80
No se realiza	1	1.45	2	2.90	4	5.80	3	4.35	2	2.90	2	2.90
No sabe	32	46.38	34	49.28	42	60.87	40	57.97	35	50.72	44	63.77
No hay información	8	11.59	9	13.04	13	18.84	13	18.84	10	14.49	13	18.84
Total	69	100	69	100	69	100	69	100	69	100	69	100

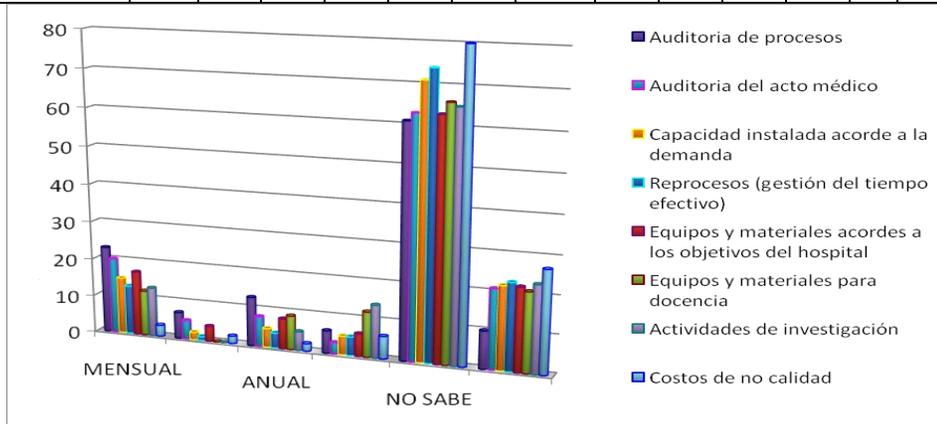


Análisis:

Se puede observar que hay un claro desconocimiento por parte el personal del Hospital sobre las actividades de planeación, mejora y evaluación de la calidad utilizadas por las autoridades del hospital; solamente un 26% manifiesta que se hacen planes de trabajo; sin embargo este mismo porcentaje manifiesta que tal actividad es realizada mensualmente, lo cual no se correlaciona con la forma real de trabajar dicha actividad; probablemente confunden la planificación con la programación mensual de actividades.

3.1.2.3 ¿Cuáles son los métodos que el Hospital utiliza o ha utilizado para evaluar el cumplimiento de estándares o normas que garantizan o previenen la recuperación de la salud del paciente y su frecuencia de uso?

Tipo	Auditoria de procesos		Auditoria del acto médico		Capacidad instalada		Reprocesos		Equipos según objetivos		Equipos para docencia		Actividades de investigación		Costos de no calidad	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Mensual	23	19.2	20	16.7	15	12.5	13	10.8	17	14.2	12	10	13	10.8	8	6.7
Trimestral	7	5.8	5	4.2	2	1.7	1	0.8	4	3.3	0	0	0	0	2	1.7
Anual	13	10.8	8	6.7	5	4.2	4	3.3	8	6.7	9	7.5	5	4.2	2	1.7
No se realiza	6	5	3	2.5	5	4.2	5	4.2	6	5	12	10	14	11.7	7	5.8
No sabe	61	50.8	63	52.5	71	59.2	74	61.7	63	52.5	66	55	65	54.2	80	66.7
No hay información	10	8.3	21	17.5	22	18.3	23	19.2	22	18.3	21	17.5	23	19.2	27	22.5
Total	120	100	120	100	120	100	120	100	120	100	120	100	120	100	120	100



Análisis:

La tabla muestra alto porcentaje que desconoce los métodos utilizados para verificar si cumplen estándares para la satisfacción del usuario; la mayoría de respuestas positivas son manifestadas por miembros de comités, gerentes o mandos medios. Lo anterior demuestra la necesidad de hacer partícipes sobre las gestiones de la calidad a todos los niveles (operativos, mandos medios y gerenciales) que no participen o no tengan la oportunidad de participar en las actividades de mejora de la calidad del hospital.

3.1.2.4 ¿Qué opinión puede usted dar sobre los métodos de evaluación utilizados? (métodos, experiencia obtenida, eficacia del método, impacto de las mejoras realizadas, autoridad del comité, etc.).

Respuesta	Si		No		No sabe		No hay información	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Pregunta								
Son eficaces	27	39.13	2	2.90	34	49.28	6	8.70
Intervienen autoridades	33	47.83	2	2.90	25	36.23	9	13.04
Logran mejoras al usuario	34	49.28	6	8.70	23	33.33	6	8.70
Se reducen riesgos	37	53.62	2	2.90	23	33.33	7	10.14
Incorpora niveles operativos	29	42.03	7	10.14	27	39.13	6	8.70
Se comunica a todo nivel	14	20.29	21	30.43	26	37.68	8	11.59
Se obtiene aprendizaje	34	49.28	3	4.35	24	34.78	8	11.59
Establecen tiempos de cumplimiento	24	34.78	5	7.25	32	46.38	8	11.59
Se cumplen tiempos de cumplimiento	15	21.74	13	18.84	32	46.38	9	13.04
Se mide porcentaje de cumplimiento	13	18.84	8	11.59	40	57.97	8	11.59
Es integral	18	26.09	12	17.39	30	43.48	9	13.04
Es fragmentado	20	28.99	9	13.04	32	46.38	8	11.59

Gráfico 3.1.2.4.1 Impacto

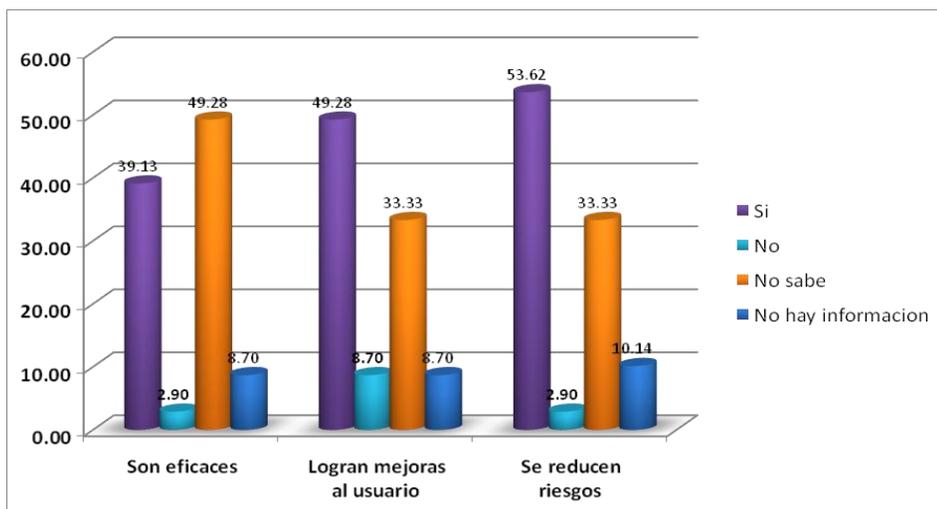


Gráfico 3.1.2.4.2 Participación

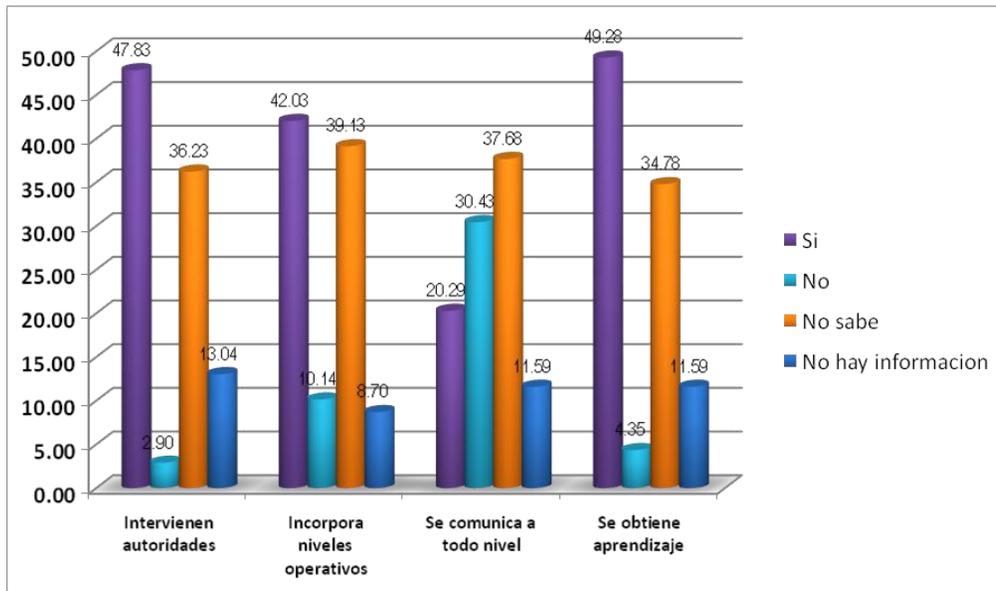
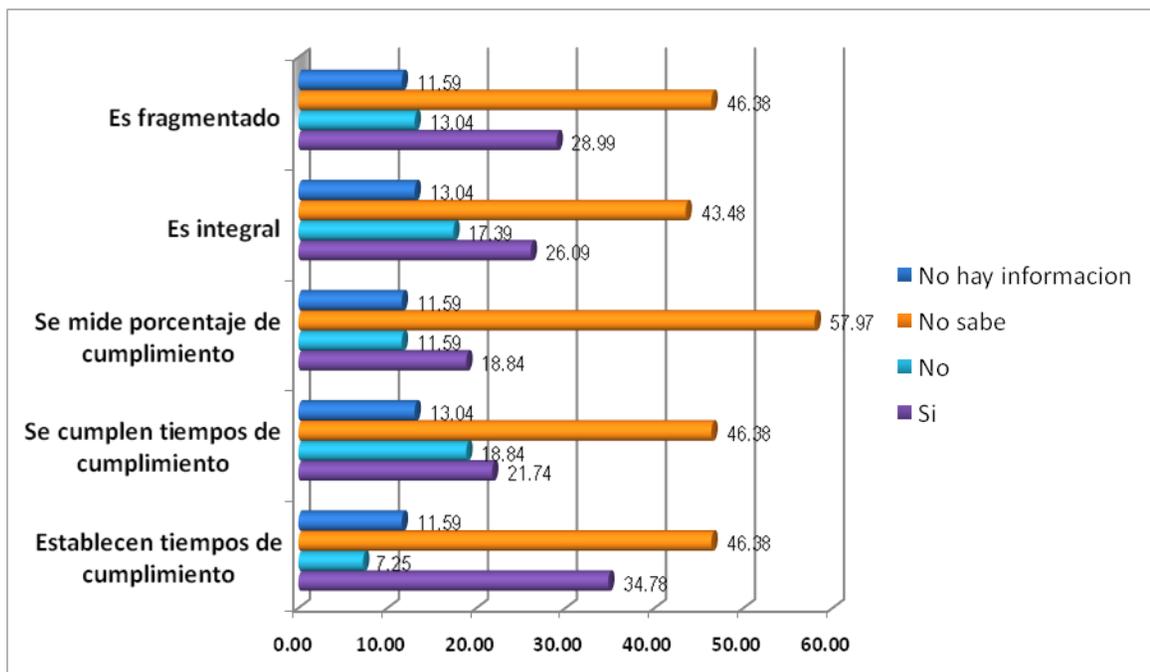


Gráfico 3.1.2.4.3 Actividades



Análisis:

De las personas que conocen la existencia del comité de Calidad, el 53.6% reconoce que existe disminución de riesgos por la gestión del mismo y un 49.3% acepta que hay mejoras hacia el usuario; sin embargo manifiestan que la eficacia es muy baja. Al cuestionar sobre la participación de todos los niveles de la organización, es más alto el porcentaje de respuestas sobre la participación de las autoridades (47.8%) comparado con la de niveles operativos (42.03%); sin embargo se cuestiona mucho la comunicación de las actividades del programa de calidad a todo nivel, desconociendo dicha medida casi el 80% de encuestados; el 49% reconoce que se obtiene aprendizaje de las actividades realizadas; sin embargo esto nos deja un 51% de empleados que, a pesar de conocer que hay Comité de Calidad, no aseguran que haya aprendizaje en su gestión. Cuando se pregunta sobre los acuerdos alcanzados en las reuniones de los equipos de mejora, el establecimiento de tiempos meta para cumplirlos o su cumplimiento efectivo, la mayoría dice desconocer sobre los mismos.

Con lo anterior podemos determinar que el programa de calidad actual es fragmentado y existe falta de comunicación efectiva de las diversas actividades que los equipos de mejora realizan, los acuerdos alcanzados y si sobre la base de los mismos se establecen proyectos de mejora para los usuarios o los empleados; la gerencia debe determinar mecanismos que le permitan hacer una comunicación efectiva a todo nivel de las gestiones realizadas, las deficiencias detectadas en su análisis periódico y las medidas correctivas consideradas para la mejora de la calidad y la satisfacción del cliente interno y externo. Debe reconocerse la información a todo nivel, como una de las medidas que pueden generar motivación en los empleados para la mejora de su trabajo diario en pro de un objetivo común; por el contrario, el desconocimiento de las gestiones realizadas puede conllevar a interpretación errónea de las actividades realizadas, desmotivación y actuaciones contrarias a lo planificado por los comités o equipos de mejora.

3.1.3 Evidencias

3.1.3.1 ¿Cuál es el tipo de evidencia con que cuenta el hospital para demostrar los resultados obtenidos en la gestión de la calidad?

Evidencia	Si	No	No sabe	no hay información
Mejoras en infraestructura acorde a las necesidades	42%	18%	31%	10%
Disminución de quejas de usuarios	38%	13%	43%	7%
Aumento de felicitaciones en buzones de sugerencias	18%	13%	57%	13%
Mantenimiento de tiempos de espera bajo norma	23%	13%	50%	14%
Nivel óptimo en clima organizacional realizado	28%	11%	52%	10%
Iniciativas de participación intersectorial	23%	12%	50%	16%
Evaluación del impacto de cada comité de mejora	9%	12%	66%	13%
Planes de trabajo existentes y elaborados en equipo	30%	8%	50%	13%
Actas de comités de mejora que funcionan	20%	8%	60%	12%
Reconocimientos recibidos de otras instituciones	11%	13%	58%	18%
Reconocimientos de autoridades superiores al hospital	19%	14%	52%	15%
Disminución de costos	22%	7%	58%	13%
Mejora de los procesos	37%	6%	44%	13%
Reconocimiento del paciente o sus familiares	33%	8%	48%	12%
Reconocimiento por parte del cliente interno (empleados)	16%	18%	53%	14%
Reconocimiento de comunidades o vecinos	8%	18%	60%	13%
Apoyo educativo a otras instituciones o empresas	13%	13%	61%	14%
Apoyo técnico a dependencias dentro o fuera de la institución	18%	16%	49%	18%

Análisis:

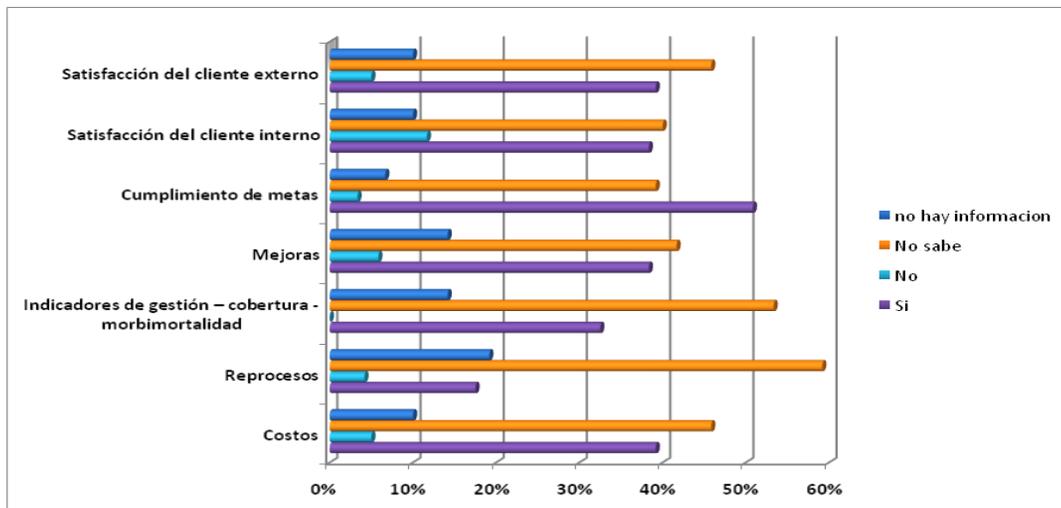
Los empleados manifiestan evidencias notables en la mejora de la infraestructura del hospital como una de las resultantes de las actividades de calidad, con un 42% de respuestas positivas; en el resto de preguntas es más alto el porcentaje de empleados que no saben sobre las evidencias solicitadas, lo cual estaría haciendo suponer que son actividades no realizadas o no comunicadas a todo nivel; entre ellas están actividades o gestiones propias de los comités o equipos de mejora, tales como la disminución de quejas, de las cuales un 38% de encuestados reconoce como evidentes; respecto a aumento de felicitaciones en buzones de sugerencia, a pesar que en la pregunta 2.1 se manifiesta un 45% de empleados que saben sobre la revisión mensual de los mismos, solamente un 18% de encuestados sabe que estas han aumentado.

Es muy bajo el porcentaje de personas que conocen sobre las gestiones de participación intersectorial realizadas por la dirección y los reconocimientos recibidos por el hospital ya sea por parte de las autoridades del hospital o de otras instituciones, pacientes, familiares de pacientes, comunidades o de los mismos empleados; esto indicaría que probablemente no se informa sobre las mismas o realmente no se reciben. Del trabajo de los comités, es poco el conocimiento sobre el impacto que tienen en su gestión (9%), la existencia de planes de trabajo (30%) o actas realizadas por los que al momento funcionan (20%); por otra parte, es muy alto el desconocimiento de las gestiones administrativas relacionadas con los costos, evaluación de los procesos y sus tiempos de espera, mejoras realizadas en procesos evaluados o la colaboración que el hospital brinda como apoyo técnico o educativo mediante su recurso humano capacitado hacia otras empresas o instituciones.

Con lo anterior se hace evidente la necesidad de mejorar los sistemas de comunicación a todo nivel o de retomar métodos de evaluación de las actividades, la gestión y el impacto de los comités de mejora del hospital.

3.1.3.2 ¿Cuáles indicadores son los que se miden en el hospital o en su unidad?

Indicador	Si		No		No sabe		No hay información	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Costos	47	39%	6	5%	55	46%	12	10%
Reprocesos	21	18%	5	4%	71	59%	23	19%
Indicadores de gestión – cobertura - morbimortalidad	34	33%	0	0%	64	53%	17	14%
Mejoras	46	38%	7	6%	50	42%	17	14%
Cumplimiento de metas	61	51%	4	3%	47	39%	8	7%
Satisfacción del cliente interno	46	38%	14	12%	48	40%	12	10%
Satisfacción del cliente externo	47	39%	6	5%	55	46%	12	10%



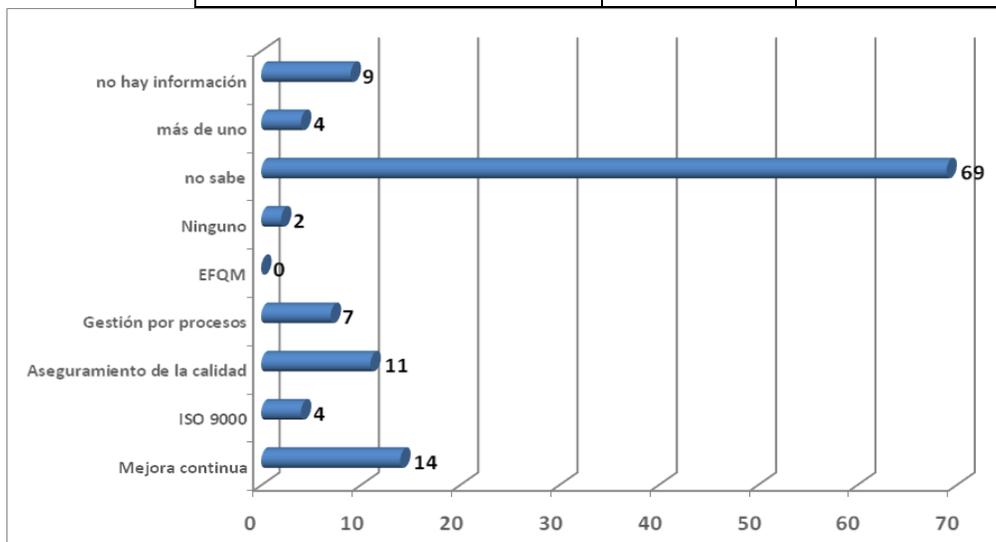
Análisis:

A pesar que en la mayoría de casos se manifiesta desconocimiento sobre los indicadores medidos en la gestión de la calidad del hospital, sobresale el 51% de encuestados que manifiesta que se mide el cumplimiento de metas y la satisfacción del cliente interno, probablemente mediante la medición del clima organizacional del cual, según los resultados de la tabla 3.1, solo el 28% de encuestados sabe de su resultado. Probablemente tampoco se informa a todo nivel sobre los indicadores medidos y los resultados obtenidos.

3.1.4. Modelo

3.1.4.1. ¿Cuál es el modelo de calidad que aplican en el hospital?

Método utilizado	Frecuencia	Porcentaje
Mejora continua	14	12%
ISO 9000	4	3%
Aseguramiento de la calidad	11	9%
Gestión por procesos	7	6%
EFQM	0	0%
Ninguno	2	2%
no sabe	69	58%
más de uno	4	3%
no hay información	9	8%
	120	100%



Análisis:

El 58% de los encuestados no saben cual es el modelo de calidad utilizado en el hospital, el 12% consideran que es la Mejora Continua, el 8% creen que se trabaja mediante Aseguramiento de la Calidad. Es importante determinar el modelo utilizado y el Comité de Calidad debe divulgar sus actividades a los empleados. Se hace nuevamente evidente la necesidad de incorporar la información a todo el recurso humano y aumentar la participación en las actividades de calidad, la metodología utilizada, planes, estrategias y actividades.

3.1.4.2 Orden en que, según los encuestados, deben priorizarse de 1 a 9 los criterios del EFQM para determinar un sistema integrado de calidad en los servicios de salud.

Para poder determinar un puntaje asignado por los encuestados a estos criterios, se usó la siguiente tabla donde, considerando una metodología propia de los autores del estudio, explicamos la forma en que obtuvimos el valor obtenido por el Criterio 1. Liderazgo, para hacer un análisis comparativo entre los resultados obtenidos y la puntuación propia del modelo EFQM y de esta manera determinar si, para la gestión de calidad del hospital, debe hacerse una puntuación diferente a la propia del modelo a proponer:

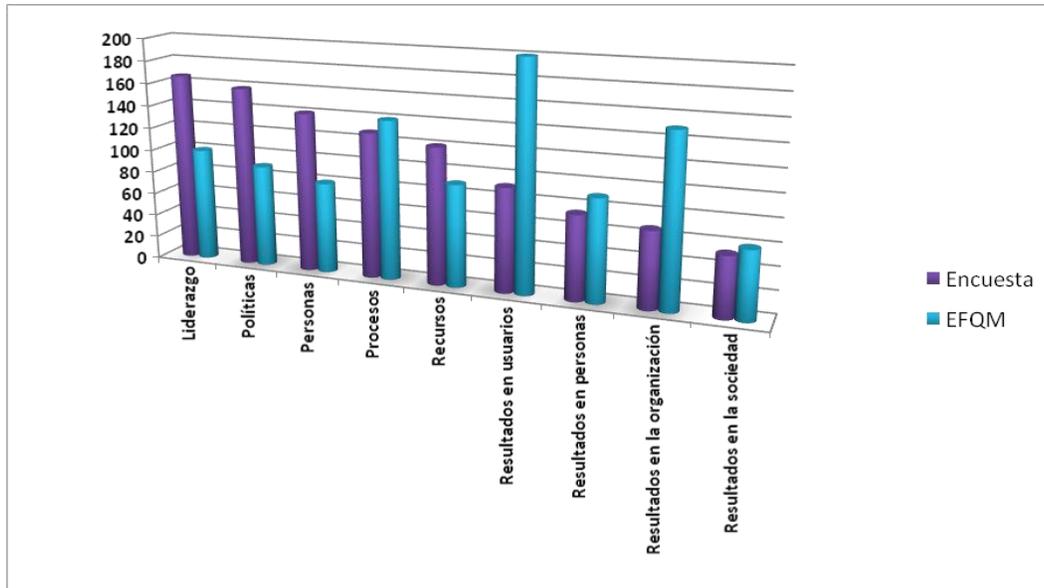
- Asignamos un peso al lugar obtenido (del primero al noveno), siendo menor el peso asignado a medida que la prioridad también es menor para el encuestado
- Colocamos el porcentaje de respuestas obtenidas en cada prioridad para el criterio
- Multiplicamos el porcentaje obtenido por el peso asignado, siendo ese el resultado para dicha prioridad; al sumar los resultados obtenemos el valor del criterio

Lugar obtenido (prioridad)	Peso asignado	Liderazgo	
		Porcentaje	Resultado
1	0.09	35	3.15
2	0.08	17.5	1.4
3	0.07	8.3	0.581
4	0.06	7.5	0.45
5	0.05	5.8	0.29
6	0.04	0	0
7	0.03	3.3	0.099
8	0.02	2.5	0.05
9	0.01	2.5	0.025
No hay información	0	17.5	0
VALOR = V			6.045

- Finalmente, obtuvimos el puntaje de cada criterio mediante la fórmula $V/(\Sigma V/1000)$, donde:
 - V = Valor del criterio
 - ΣV = Suma de los valores de todos los criterios
 - 1000 = Puntos totales del modelo EFQM
- Tomamos dicho puntaje como comparativo con el resto de criterios para poder priorizarlos de mayor a menor

Al final, siguiendo el mismo ejemplo para los criterios restantes, obtuvimos los siguientes valores y puntajes:

Criterio	Valor obtenido (V)	Puntaje encuesta ($V/(37.26/1000)$)	Puntaje modelo
Liderazgo	6.05	162	100
Políticas	5.92	159	90
Personas	5.19	139	80
Recursos	4.64	124	90
Procesos	4.49	121	140
Resultados en usuarios	3.46	93	200
Resultados en personas	2.90	78	90
Resultados en organización	2.40	64	150
Resultados en sociedad	2.21	59	60
Total	$\Sigma V = 37.26$	1000	1000



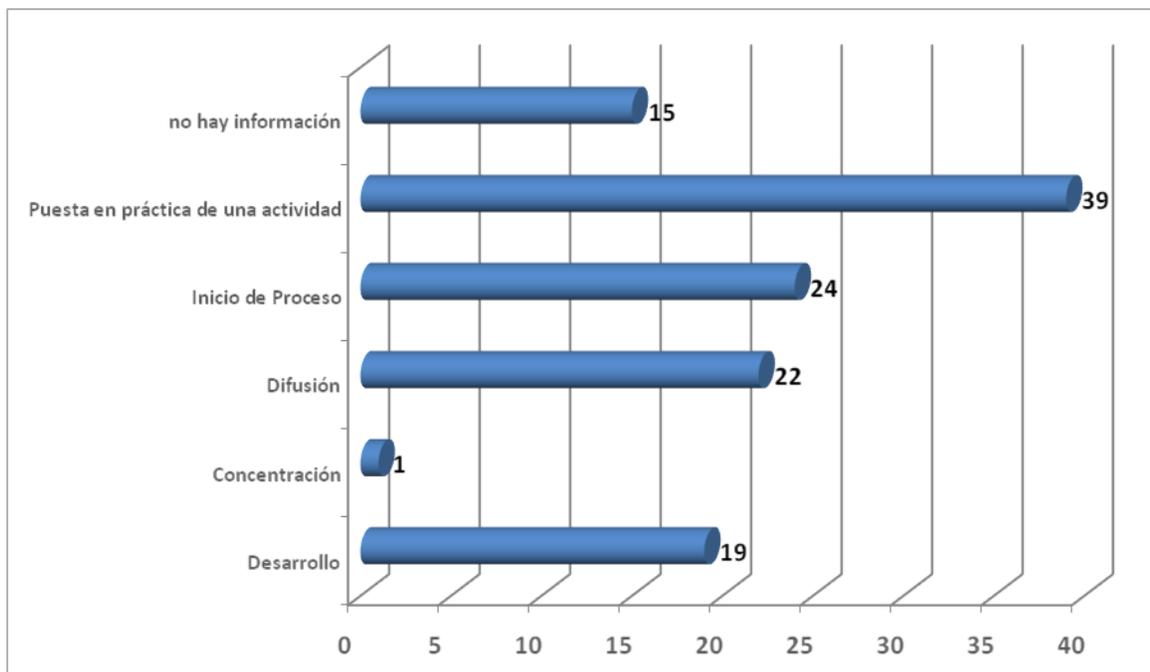
Considerando el gráfico anterior, no encontramos correlación entre los pesos asignados por el modelo a los diferentes criterios y los asignados por los encuestados; lo anterior sucede probablemente por el desconocimiento del mismo y a que dentro de la gestión de calidad realizada en el hospital no se ha considerado el impacto de sus actividades en los empleados, los usuarios, la sociedad y el hospital como beneficiario de su mismo programa.

Los empleados consideran como criterios prioritarios el liderazgo, las políticas, los empleados, los recursos y los procesos en orden decreciente; lo cual probablemente refleja un reclamo al desconocimiento de las actividades de calidad preguntadas al inicio del cuestionario (papel comunicador de los líderes) y de las distintas políticas y estrategias consideradas en el programa de calidad para las actividades de mejora del usuario y del trabajador.

Esto nos evidencia la necesidad de utilizar el sistema propuesto de autoevaluación a corto plazo para hacer un diagnóstico de la situación de calidad del hospital y las distintas medidas y proyectos de mejora a implementar para mejorar la percepción de la gestión de la calidad por el cliente interno y externo.

3.1.4.3 Relacione, según su criterio, el concepto con los temas descritos, subraye la que corresponda.

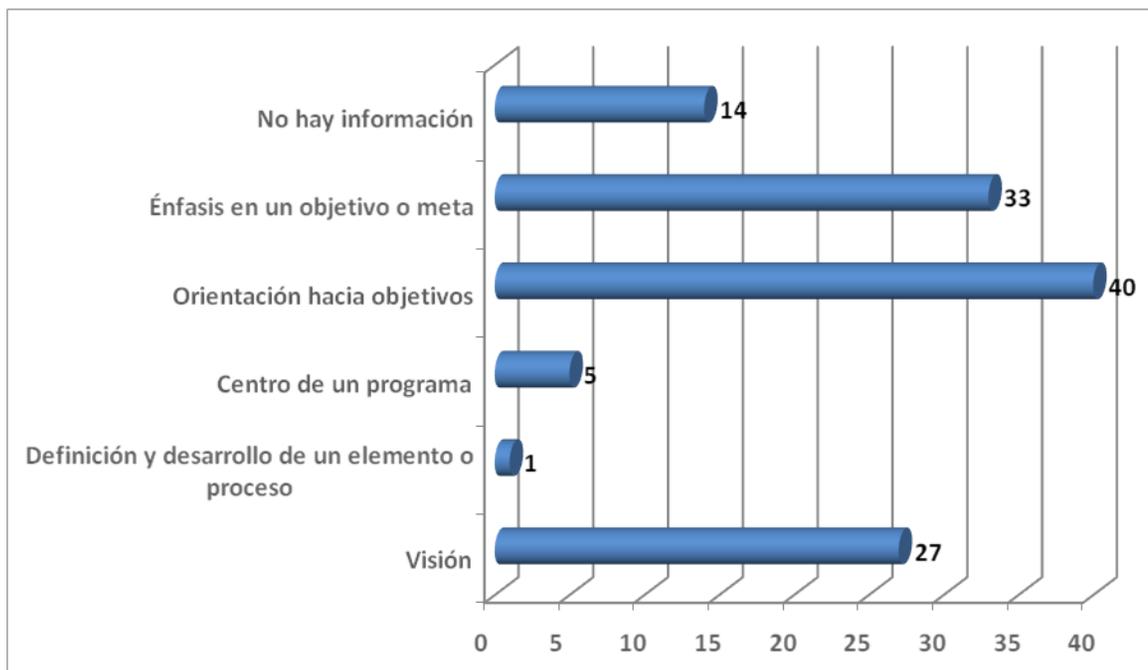
Despliegue	Cantidad	Porcentaje
Desarrollo	19	16%
Concentración	1	1%
Difusión	22	18%
Inicio de Proceso	24	20%
Puesta en práctica de una actividad	39	33%
no hay información	15	13%
	120	100%



Análisis:

Se puede observar que el 33% de los encuestados opina que despliegue es la puesta en practica de una actividad, el resto (77%) nos da otras definiciones, lo cual indica que debe cambiarse el término por otro más utilizado y entendible.

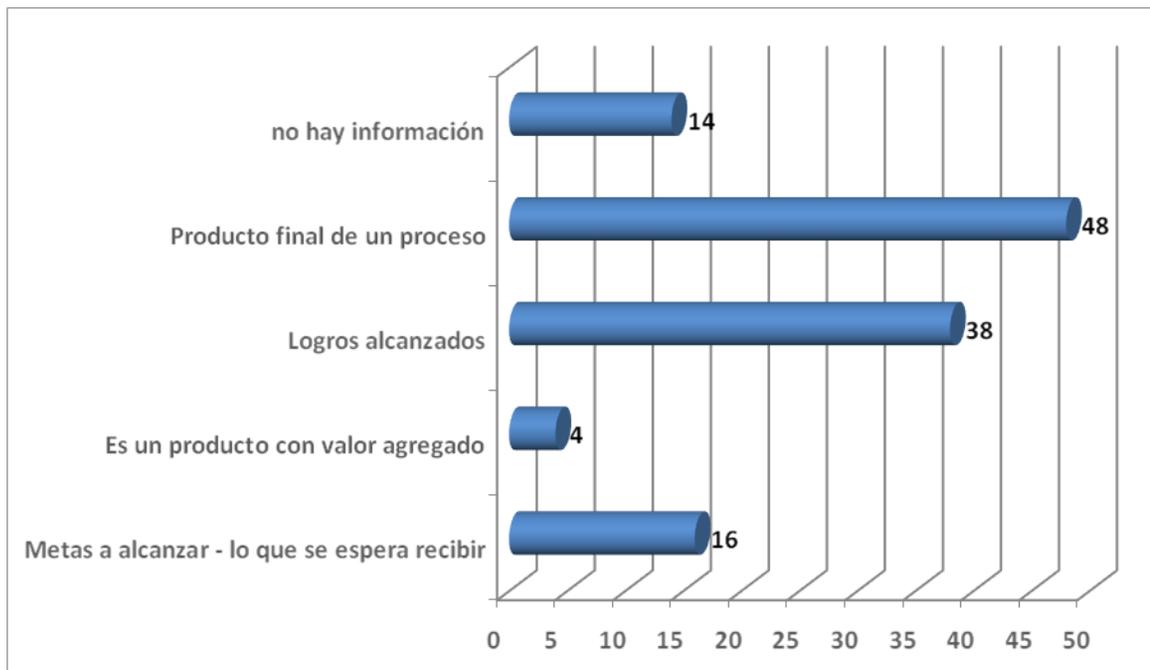
Enfoque	Cantidad	Porcentaje
Visión	27	23%
Definición y desarrollo de un elemento o proceso	1	1%
Centro de un programa	5	4%
Orientación hacia objetivos	40	33%
Énfasis en un objetivo o meta	33	28%
No hay información	14	12%
	120	100%



Análisis:

Se puede observar que difieren bastante en las respuestas, obteniendo que el 33% de los encuestados opina que enfoque es orientación hacia los objetivos, el 28% énfasis en un objetivo o meta y 23% una visión a seguir.

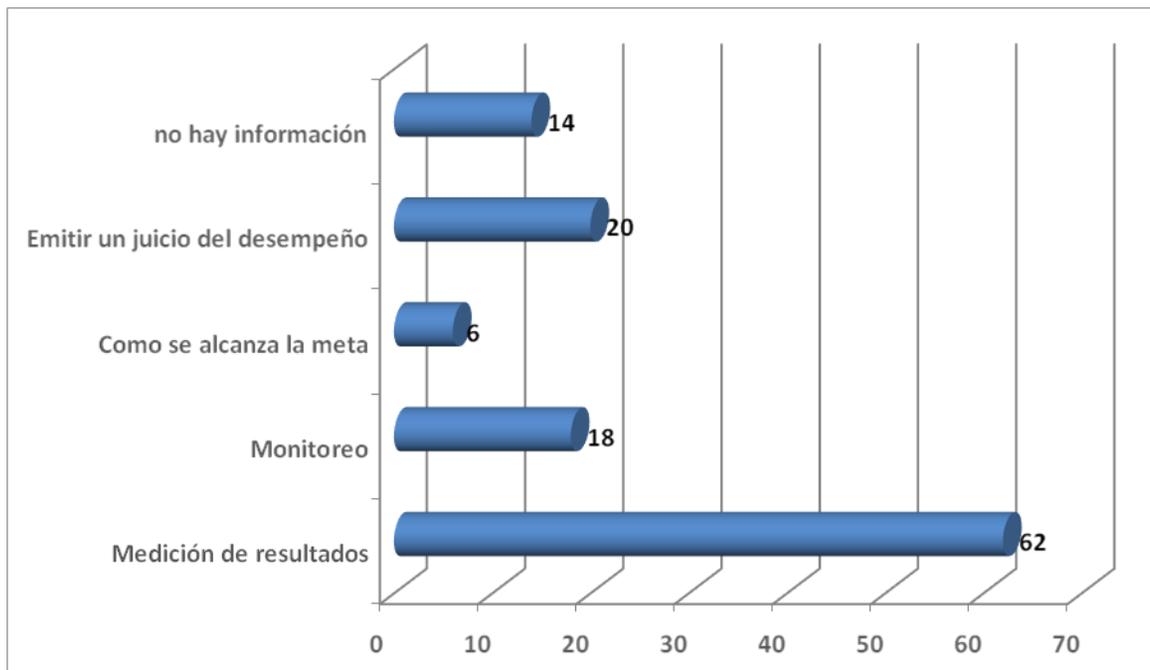
Resultados	Cantidad	Porcentaje
Metas a alcanzar - lo que se espera recibir	16	13%
Es un producto con valor agregado	4	3%
Logros alcanzados	38	32%
Producto final de un proceso	48	40%
no hay información	14	12%
	120	100%



Análisis:

Se puede observar que el 40% de los encuestados opina que Resultados es el producto final de un proceso; 38% Logros alcanzados y 13% metas a alcanzar - lo que se espera recibir.

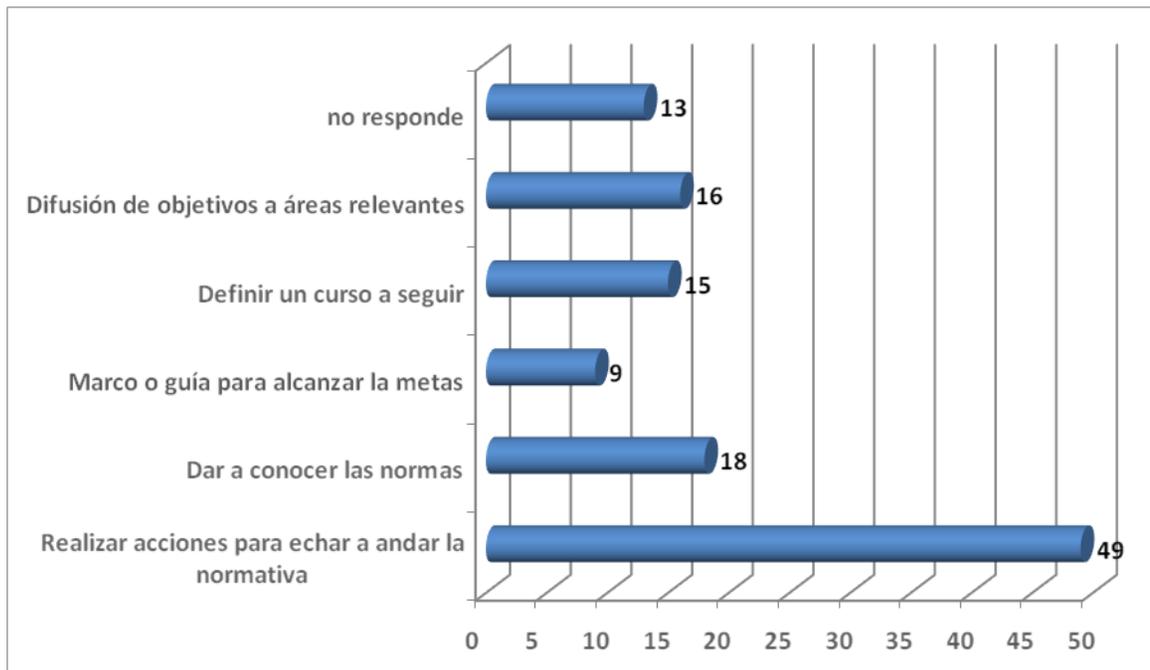
Evaluación	Cantidad	Porcentaje
Medición de resultados	62	52%
Monitoreo	18	15%
Como se alcanza la meta	6	5%
Emitir un juicio del desempeño	20	17%
no hay información	14	12%
	120	100%



Análisis:

Se puede observar que el 52% de los encuestados opina que Evaluación es la medición de resultados, el 17% el emitir un juicio del desempeño y el 15% el monitoreo.

Implantación	Cantidad	Porcentaje
Realizar acciones para echar a andar la normativa	49	41%
Dar a conocer las normas	18	15%
Marco o guía para alcanzar la metas	9	8%
Definir un curso a seguir	15	13%
Difusión de objetivos a áreas relevantes	16	13%
no responde	13	11%
	120	100%



Análisis:

El 41% de los encuestados opina que Implantación es realizar acciones para echar a andar la normativa, 15% dar a conocer las normas y 13% definir un curso a seguir o difusión de objetivos a áreas relevantes.

3.2. ANÁLISIS GLOBAL DE LOS RESULTADOS

Considerando las partes del instrumento de recolección de datos podemos obtener los siguientes resultados:

A. Organización:

- a. Se reconoce la existencia del Comité de Calidad, pero hay poco conocimiento sobre las funciones que este comité u otros realizan.
- b. Son muy pocos los empleados incorporados en los comités, algunos forman parte de dos o más de ellos; se reconoce que la selección de integrantes se hace considerando la capacitación recibida en temas relacionados a las funciones, actividades y formas de planificación existentes en los diferentes comités. A pesar de lo anterior, las características mencionadas por los empleados para seleccionar integrantes de comités son importantes para considerarlas e incentivarlos a incorporarse a los mismos (ética, voluntariedad, iniciativa, responsabilidad y experiencia).
- c. Hay desconocimiento sobre las formas de organización para la calidad del hospital y a veces reconocen como una de dichas actividades las reuniones multidisciplinarias desarrolladas en la gestión del hospital.
- d. No se sabe cuanto es el tiempo asignado a los comités para sus reuniones, lo cual se explica por el hecho de que pocas personas forman parte de los mismos y a que existe poca información sobre sus actividades, proyectos y alcances.

B. Métodos:

- a. La revisión mensual de buzones de sugerencias es una de las pocas medidas reconocidas dentro de los métodos de evaluación de la calidad utilizados en el hospital; pero no se tiene evidencia clara del resultado de los mismos.
- b. Entre las actividades para evaluar la calidad, hay poco conocimiento sobre la existencia de planes de trabajo y medición de indicadores de desempeño. Los indicadores de costos,

impacto y el benchmarking quizá no son mencionados por el desconocimiento de su medición o de su significado.

- c. En cuanto a actividades que garanticen la calidad de atención al usuario, se desconocen las funciones que el comité o equipos de mejora realizan.
- d. La eficacia e impacto de los métodos de evaluación utilizados en el hospital, no son comunicados al personal; se manifiesta en buena medida la participación de las autoridades, la reducción de riesgos y la mejora en los usuarios; sin embargo pocos manifiestan la incorporación de niveles operativos en actividades de calidad y sobre métodos de evaluación del impacto de los comités y, por lo tanto, la eficacia de sus acciones; se da a entender con las respuestas que el programa de calidad del hospital se encuentra fragmentado y necesita mejorarse tal condición.

C. Evidencias:

- a. Se reconocen las mejoras en infraestructura, la disminución de quejas de usuarios y la satisfacción del paciente o sus familiares; no se informa a los empleados sobre la evolución de las respuestas en los buzones de sugerencia, a pesar que estos saben que se revisan cada mes. Al preguntar sobre evidencias del trabajo de comités, actividades de participación intersectorial de la Dirección, reconocimientos recibidos, disminución de costos en la gestión, el reconocimiento del empleado, el apoyo técnico brindado a otras instituciones y sobre la evaluación y mejora de los procesos, el desconocimiento es elevado.
- b. En gran medida se desconoce sobre la evidencia de medición de indicadores y sus resultados (mejora o desmejora); solamente se opina sobre la medición del cumplimiento de metas, indicadores de gestión y la medición de la satisfacción del cliente; pero el porcentaje de conocimiento es muy pequeño, lo cual podría deberse a la inexistencia de métodos de información hasta los niveles operativos.

D. Modelo:

- a. En general, se desconoce cual es el modelo de calidad utilizado en el hospital, las pocas respuestas obtenidas positivamente difieren entre mejora continua, aseguramiento de la calidad y gestión por procesos.
- b. Al pedir un análisis sobre las prioridades que deben darse a los criterios que el modelo EFQM posee, se detecta desconocimiento del modelo y de los conceptos en él utilizados; esto justifica usar otros términos en la propuesta, para hacerla mas entendible al usuario y mantener las puntuaciones del modelo original, para su implementación en el hospital.

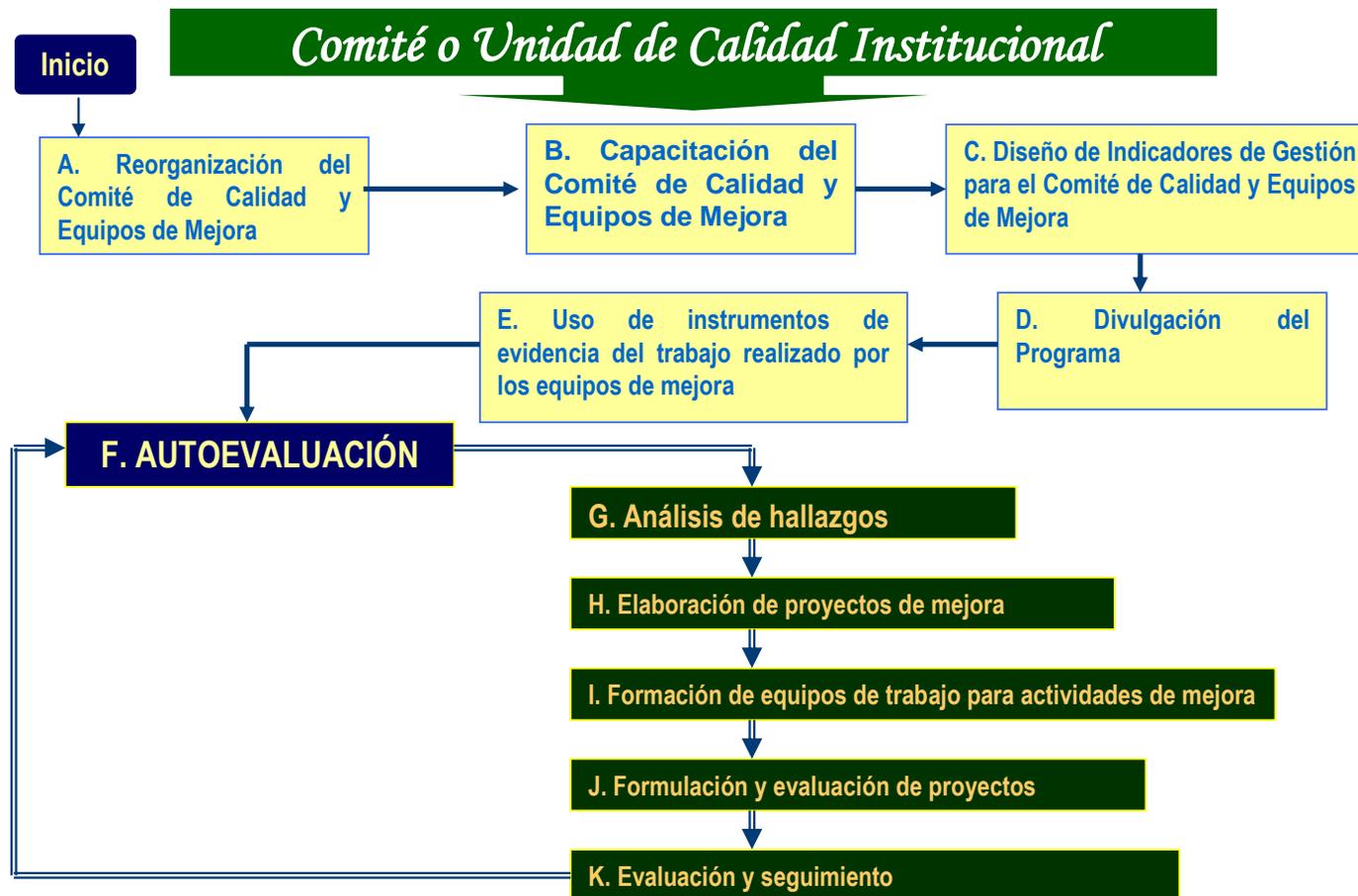
En síntesis, considerando los objetivos del instrumento y los resultados de la investigación, tenemos:

- A. Los métodos de evaluación de la calidad (técnica y sentida), así como las formas de organización para su evaluación, son poco conocidos por los empleados; lo cual contribuye al desconocimiento de los resultados obtenidos en su gestión.
- B. El personal que integra los comités y equipos de mejora y que por lo tanto participa en la evaluación de la calidad, es muy poco representativo, considerando el total de empleados; eso contribuye al desconocimiento de sus funciones, tiempo invertido, actividades y logros.
- C. Se reconoce la falta de medición del impacto de los comités y equipos de mejora y la necesidad de sistematizar sus actividades.
- D. Actualmente, según las respuestas, se miden indicadores de gestión; se desconoce si miden costos de no calidad, reprocesos, mejoras y satisfacción del usuario.
- E. No se miden los beneficios obtenidos por su gestión de calidad en los empleados, usuarios, comunidad o hacia el mismo hospital.
- F. El sistema de gestión de la calidad actualmente es fragmentado, deben hacerse medidas para hacerlo integral y establecer mecanismos de mejora.

CAPITULO 4.

PROPUESTA DEL SISTEMA DE AUTOEVALUACIÓN

4.1. GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE CALIDAD



4.2. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACIÓN

I. Creación o reorganización del Comité de Calidad y equipos de mejora

Es importante considerar si es necesario dar un nuevo enfoque al trabajo del comité de calidad o reorganizarlo, detectando actores claves que puedan apoyar la gestión realizada; así mismo determinar cuales son los otros comités o equipos de mejora necesarios para la gestión de la calidad del hospital, asegurar su formación, seguimiento y trabajo efectivo.

II. Capacitación del Comité de calidad y Equipos de Mejora: Se propone una formación básica en gestión de la calidad, que incluya las siguientes áreas:

- Concepto, enfoque y dimensiones de la calidad
- Mejora continua y calidad total; garantía de la calidad
- Métodos de control y verificación de la calidad
- Clasificación, selección, construcción y monitoreo de indicadores
- Herramientas para la evaluación y mejora de la calidad; el modelo EFQM
- La gestión por procesos

III. Diseño de indicadores de Gestión para cada Comité o Equipo de Mejora: Se proponen indicadores de gestión adicionales a los actuales por cada comité, equipo de mejora, dependencia o departamento, para que la gerencia considere aquellos necesarios para la mejora continua, retomando los existentes e incluyendo nuevos, según su evaluación (ver anexo 2). Para su selección se sugiere considerar la siguiente información:

- Recopilación de información existente o disponible
- Estándares de calidad utilizados en el hospital
- Análisis del entorno (FODA) considerando los criterios del EFQM (ver anexo 3)
- Establecimiento de objetivos, estrategias y metas a corto, mediano y largo plazo por cada comité
- Selección de procesos asistenciales críticos para su análisis y mejora
- Selección de indicadores de calidad a medir por comité
- Diseño del Plan de Trabajo del Comité de Calidad y equipos de mejora

IV. Divulgación del programa a todo nivel

Determinar mecanismos que aseguren el conocimiento del programa a todo nivel, sus objetivos, metas, actividades y el seguimiento del programa de comunicación de las gestiones realizadas y el impacto obtenido de las mismas.

V. Uso de Instrumentos de Evidencia del Trabajo Realizado por los Equipos de Mejora

Determinación de la necesidad del uso de tablas, indicadores de impacto para medir la gestión de cada comité e instrumentos que evidencien las mejoras obtenidas (ver anexo 4).

VI. Autoevaluación (propuesta EFQM)

Inicio de medición del grado de calidad obtenido mediante el uso de la tabla para aplicar la lógica REDER (Ver Anexo 5) que permite obtener el perfil de EFQM, detección de áreas débiles y propuestas de mejora para superar las debilidades encontradas.

VII. Análisis de hallazgos

Discusión por parte del Comité de Calidad de la nota obtenida en el Perfil de Evaluación del EFQM (ver anexo 6) y de las propuestas de mejora a realizar para su delegación a los comités o personas que correspondan.

VIII. Elaboración de proyectos de mejora

Uso de tablas de debilidades encontradas y los respectivos proyectos de mejora por cada comité, debiendo incluir su estrategia, actividades, responsables y fechas de cumplimiento de los mismos.

IX. Formación de equipos de trabajo (asignación de responsabilidades) para actividades de mejora

Selección de responsabilidades dentro de cada comité, en cada dependencia y búsqueda de actores clave que permitan alcanzar las metas establecidas.

X. Formulación e implementación de proyectos

Puesta en marcha de las actividades o proyectos de mejora, considerando los plazos planificados y la respectiva evaluación a corto, mediano y largo plazo; es necesario el seguimiento de las actividades por parte del Comité de Calidad, para verificar que se cumplan los plazos establecidos.

XI. Evaluación y seguimiento (Monitoreo de las actividades su impacto)

Determinación de fechas periódicas de revisión del cumplimiento y adecuada gestión de los proyectos de mejora, implementación de los formatos y tablas de evaluación y determinación de obstáculos a superar para alcanzar las metas planificadas.

XII. Autoevaluación (y nueva detección de necesidades de mejora)

Implementación planificada de nuevas fechas de utilización del Perfil de Autoevaluación para detectar si se ha obtenido aprendizaje de las actividades anteriores y los proyectos de mejora realizados, determinar si se deben incorporar nuevas propuestas en el uso de indicadores y determinación de la superación de las debilidades encontradas en la medición anterior y aquellas que surjan en el contexto del nuevo periodo medido; se establece un análisis comparativo de la mejora en la gestión de calidad del hospital.

4.3. GUÍA PARA LA AUTOEVALUACIÓN USANDO LAS TABLAS Y EL PERFIL EFQM

Para realizar la autoevaluación, es necesario lo siguiente:

- A. Haber cumplido las actividades de implementación
- B. Haber formado un Comité o Equipo responsable del Programa de Calidad y de la autoevaluación

Sugerimos usar el instrumento diseñado, donde se mantiene el sistema de puntajes del modelo y permite incorporar más requisitos, sin afectar el cálculo de los puntajes para cada criterio. Para facilitar su manejo, diseñamos una base de datos en Excel 2007, contenida en el disco compacto incluido al final del documento. El archivo posee 10 hojas, conteniendo las primeras 9 cada uno de los criterios del modelo y la última el perfil EFQM. Para cada subcriterio se han definido, en cada línea, diferentes propuestas de cumplimiento, las cuales deben ser evaluadas por el comité y asignarles una puntuación; dichas propuestas se han realizado considerando aspectos de calidad para hospitales sugeridos por la literatura y, mediante la incorporación del sistema REDER, hemos definido actividades para cada subcriterio, el objetivo de las mismas es que la evaluación se realice mediante evidencia de las acciones realizadas, para lo cual el comité evaluador deberá disponer de las mismas, ya sea mediante datos que las sustenten u obteniendo resultados a través de la implementación de un cuestionario dirigido a los empleados, pacientes o familiares de estos con aspectos relacionados con cada criterio a evaluar (algunas interrogantes sugeridas se presentan en el anexo No 8).

Es importante aclarar que las actividades incluidas en cada criterio, son solo sugerencias a las autoridades del Hospital, queda bajo su responsabilidad el utilizarlas, modificar su contenido o incorporar otras de interés institucional, lo cual dependerá de sus necesidades actuales, sus objetivos y estrategias en un determinado momento. De igual manera, pueden utilizar el archivo para evaluar cada dependencia por separado y hacer comparaciones.

Cada hoja de Excel contiene:

- La viñeta con el nombre del criterio a evaluar o del perfil
- La definición del criterio, tal como la expone el modelo EFQM
- Los subcriterios de cada criterio a evaluar, con su respectiva definición y el sistema de evaluación mediante el siguiente puntaje para las actividades; es este puntaje de cumplimiento el que deberá ser decidido por el comité evaluador:
 - No se planificó o no se realizó
 - Realizado hasta 25% del total
 - Realizado hasta 50% del total
 - Realizado hasta 75% del total
 - Realizado hasta 100% del total
- Celdas donde se calcula automáticamente el valor, la media y los puntos totales de cada porcentaje

Para explicar de una manera gráfica el manejo del archivo, realizamos una simulación de evaluación del criterio 1 (Liderazgo), Subcriterio 1a:

Paso 1. Evaluación de subcriterios

- I. Abra el archivo ***“Propuesta de Autoevaluación EFQM Hospital Amatepec”***, al abrir, se visualiza la hoja con el criterio 1, presentamos la parte correspondiente al subcriterio 1A.

1a. Desarrollo de la misión, visión y valores por parte de los líderes, que actúan como modelo de referencia dentro de una cultura de Excelencia	No se planificó o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Los líderes han desarrollado la misión, visión y valores asegurando que se implanta un proceso de desarrollo, despliegue y actualización de la estrategia								
La misión y la visión se orientan adecuadamente a la institución y las expectativas de su población blanco								
La misión y la visión se han revisado en los últimos dos años								
Se implican personal y activamente en actividades de mejora estableciendo prioridades y asegurando que las propuestas sean realidades en los plazos propuestos								
Forman parte activa del Comité de Calidad								
Se implican en la atención al cliente mediante recorridos en los diversos servicios y entrevistas a clientes internos y externos								
Establecen un sistema de información de las actividades de los distintos comités de mejora a todos los empleados, socios y la sociedad asegurando su divulgación efectiva								
Los líderes estimulan el empoderamiento de su recurso								
Se interesan en incentivar al personal que cumple los objetivos institucionales								
Han diseñado estándares que midan el impacto de la gestión de los distintos comités de mejora del hospital								
Aseguran el cumplimiento de los indicadores y estándares diseñados								
Aseguran mejoras continuas en los procesos								

Para asignar puntaje al literal “Los líderes han desarrollado la misión, visión y valores asegurando que se implanta un proceso de desarrollo, ejecución y actualización de la estrategia”, por ejemplo, el Comité puede buscar evidencia mediante la revisión de actas de reunión donde tal actividad se haya realizado, las notas de informe de la misión, visión y valores a cada dependencia, informe de las mismas sobre su aplicación, revisión de su conocimiento mediante encuestas a los empleados, etc.; con dichas evidencias puede calcularse el nivel de cumplimiento de mismo y realizar lo siguiente:

- a) Se coloca una equis (“X”) solamente en la columna que corresponde al grado de cumplimiento alcanzado.
- b) El programa ofrece automáticamente el valor, la media (valor dividido entre 10) y el total (25% de la media multiplicado por 100) alcanzado por dicho factor a evaluar, de la siguiente manera:

Cumplimiento	Valor	Media	Total
No se planificó o no se realizó	0	0	0
Realizado hasta 25% del total	10	1	25
Realizado hasta 50% del total	20	2	50
Realizado hasta 75% del total	30	3	75
Realizado en un 100%	40	4	100

- c) Se evalúan cada uno de los siguientes factores del subcriterio, asignando el puntaje de forma similar a lo explicado en el literal a)
- d) Al final, el valor total del subcriterio y el porcentaje alcanzado por el criterio, son calculados automáticamente en la viñeta del perfil EFQM contenida en el programa informático, obteniendo el gráfico del nivel alcanzado mediante el llenado de color en las celdas, según el puntaje alcanzado (ver ejemplo en la siguiente página)
- e) Se sigue la misma lógica con los siguientes criterios y subcriterios

Paso 2. El Perfil EFQM

Para usar el perfil, el Comité de Calidad o la gerencia deben haber planificado el valor en el cual desea mantener el estándar mínimo de calidad (ejemplo, 50 puntos para cada subcriterio); o los puntajes dentro de los cuales clasifica el riesgo del factor evaluado, de la siguiente manera:

- Riesgo alto: rojo
- Riesgo medio: amarillo
- Riesgo bajo o sin riesgo: verde

De esta manera, detectará todos aquellos subcriterios que alcanzan un valor menor al estándar o un riesgo específico y por lo tanto la actividad o factor más afectado, de esta manera se detectan las mayores debilidades y ante ellas se pueden proponer proyectos o actividades de mejora; en este caso, el perfil que se obtiene con el archivo, ha sido configurado para obtener dichos colores con los siguientes puntajes:

- Rojo: Puntajes menores a 45
- Amarillo: Puntaje entre 46 y 54
- Verde: Puntaje igual o mayor a 55

A continuación se presenta un ejemplo del perfil obtenido para el criterio 1, considerando valores hipotéticos (ver perfil completo en Anexo 4):

PERFIL GENERAL DE AUTOEVALUACIÓN EFQM																				
CRITERIO	SUBCRITERIO	% DE CADA SUBCRITERIO	PROMEDIO DEL CRITERIO	5	10	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	100	PUNTAJE GLOBAL DEL CRITERIO
				LIDERAZGO																
100	1A	34	42.50																	
	1B	54																		
	1C	48																		
	1D	65																		
SUMA		212.50																		
Dividir entre 5		42.50																		x 1,0 42.50

La tabla del perfil contiene y calcula los siguientes datos:

- i. En la columna "Criterio", se lee el nombre del criterio evaluado y el puntaje asignado por el modelo EFQM
- ii. En la columna "Subcriterio", contiene lista de los subcriterios asignados por el modelo para dicho criterio
- iii. En la columna "% para cada subcriterio", la tabla está vinculada para obtener el promedio de los totales asignados por el comité a cada subcriterio
- iv. En la columna "Promedio del criterio", calcula el promedio obtenido de la suma de todos los subcriterios de un criterio específico, divididos entre el número de subcriterios evaluados
- v. En las columnas con los números del 5 al 100, marca con el color correspondiente al puntaje obtenido, según se explicó en la página anterior
- vi. En la columna "Puntaje global del criterio", se obtiene el valor resultante del promedio del subcriterio, multiplicado por 1 (que corresponde a la división de los puntos totales del perfil (1000), entre los puntos asignados al criterio (100 en este caso)
- vii. Finalmente, se revisa el gráfico obtenido y se evidencian las áreas más débiles y las más fuertes; para este ejemplo, tendríamos al subcriterio 1A en riesgo alto, 1C y 1B en riesgo moderado y 1D en riesgo bajo o sin riesgo, respectivamente
- viii. Se trabaja en proyectos de mejora de las debilidades encontradas y se planifica la fecha de la nueva evaluación, para verificar si se han superado las deficiencias y el puntaje final obtenido.

Para trabajar en proyectos de mejora, debe hacerse un sistema de establecimiento de prioridades, para lo cual se aprovechan los puntajes obtenidos por cada literal definido en cada subcriterio; para ello se pueden utilizar tablas que permitan detectar los puntos fuertes de la gestión (que deben mantenerse) y las áreas de mejora para la implementación de proyectos, tal como se menciona en el siguiente ejemplo:

Paso 3. Tabla de selección de puntos fuertes y áreas de mejora

Ejemplo de evaluación de resultados hipotéticos para el criterio 1 (Nota: se han asignado valores al azar y se ha cambiado el texto a los factores evaluados para ejemplificar el cuadro):

Puntuación decreciente	PUNTOS FUERTES	Puntuación creciente	ÁREAS DE MEJORA
90	Se ha revisado y actualizado la misión y visión en los últimos dos años	28	Apoyo de los líderes a la asunción de responsabilidades del resto de trabajadores y a la creatividad y a la innovación
84	Se ha obtenido conocimiento de los empleados en las actividades de mejora	32	Definición, desarrollo y difusión de la Misión
80	Los clientes reconocen las mejoras realizadas por el comité de calidad	35	Definición, desarrollo y difusión de la Visión
76	Se han cumplido los indicadores propuestos superando la meta	39	Definición, desarrollo y difusión de los Valores

La tabla anterior permite:

- Identificar los puntos fuertes y áreas de mejora encontrados
- Colocar en orden decreciente los puntos fuertes para detectar las mayores fortalezas
- Colocar en orden de puntaje ascendente las áreas de mejora para priorizarlas
- Detectar más fácilmente cuales son los proyectos de mejora que se propondrán y buscar los responsables idóneos para su realización

Paso 4. Tabla para Proyectos de Mejora

Una vez detectadas las debilidades y habiéndolas priorizadas, se pueden establecer proyectos de mejora con tablas similares a la siguiente:

Área a mejorar	Prioridad	Proyecto de mejora	Responsable (s)	Fecha límite de entrega y ejecución
Apoyo de los líderes a la asunción de responsabilidades del resto de trabajadores y a la creatividad y a la innovación	1	Programa de visitas del Comité a los diferentes servicios y mejora de sistemas de comunicación	Comité gerencial	Mayo de 2007
Definición, desarrollo y difusión de la Misión	2	Reunión de jefaturas para la definición de misión, visión y programa de difusión	Comité de Calidad	Junio de 2007

Una vez realizada la evaluación y habiendo definido las fechas límite de entrega y ejecución de los proyectos y actividades de mejora, el Comité debe definir la fecha de la siguiente evaluación, que será comparativa con la realizada previamente para identificar:

- a) Si se han superado las debilidades
- b) El impacto real de las propuestas de mejora
- c) Si se realiza mejora continua
- d) El aprendizaje obtenido de la evaluación y los proyectos realizados

- e) Si no ha habido desmejora en algún criterio que haya sido descuidado
- f) La tendencia en la mejora continua

4.4. MODIFICACIÓN DE TÉRMINOS

Considerando los resultados de la investigación, que demuestran el desconocimiento o confusión de los términos propios del modelo EFQM y con el propósito de hacerlo más comprensible, en nuestra propuesta hemos hecho modificaciones en los criterios de la siguiente manera:

Términos del Modelo EFQM	Términos propuestos
Liderazgo	Liderazgo
Política y estrategia	Políticas
Personas	Recursos humanos
Colaboradores y recursos	Convenios y alianzas
Procesos	Procesos
Resultados en las personas	Satisfacción del personal
Resultados en los clientes	Satisfacción del usuario
Resultados en la sociedad	Impacto en la sociedad
Resultados en la organización	Impacto hacia el hospital

Por otra parte, ante la necesidad de realizar actividades de evaluación continua y evaluación del aprendizaje, usando la llamada "lógica REDER" (Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión); debido a que también dichos términos son confusos, se han modificado incorporando el ciclo de

Deming PDCA, considerando que el enfoque es la orientación hacia los objetivos del hospital; así tenemos que se propone:

- **Plan:** Planificar (el enfoque)
- **Do:** Hacer o ejecutar (desplegar) los objetivos planificados
- **Comprobar** la efectividad de las actividades (resultados)
- **Actuar** en base a lo aprendido (evaluación y revisión)

4.5. LA LÓGICA REDER

Considerando la complejidad de la tabla de la lógica REDER explicada anteriormente (página 46 a página 55) para la evaluación EFQM, con nuestro instrumento pretendemos medir la solidez e integración del enfoque, así como los atributos del despliegue, evaluación y revisión, midiendo el argumento, los procesos y su ejecución en una sola tabla, mediante aseveraciones (actividades) que deben ser analizadas por el equipo evaluador para asignarles puntajes; éstas, para ser calificadas, necesitan presentar evidencias de su realización y su despliegue hacia un porcentaje de empleados de la organización; por lo que además de permitir medir los criterios de la lógica REDER en una sola tabla, hace más fácilmente aplicable el modelo sin eliminar su sistemática. Para las aseveraciones, en cada subcriterio hemos considerado factores necesarios de implementar en el hospital para mejorar la función del programa de calidad; mediante dicha propuesta, hemos establecido las diferentes tablas para evaluar cada criterio y subcriterio, tal como lo explicamos para el subcriterio 1A. Para ello definimos los aspectos propuestos para que se evalúen en cada criterio (ver Anexo 5):

Criterio 1. Liderazgo: La forma en que el equipo directivo desarrolla y facilita que se alcance la misión y la visión, desarrolla los valores necesarios para el éxito a largo plazo, los materializa mediante acciones y comportamientos adecuados, y se compromete personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la organización se desarrolla y se pone en práctica.

Subcriterio 1a: Desarrollo de la misión, visión y valores por parte de los líderes, que actúan como modelo de referencia dentro de una cultura de excelencia.

1. Los líderes han desarrollado la misión, visión y valores asegurando que se implanta un proceso de desarrollo, ejecución y actualización de la estrategia
2. La misión y la visión se orientan adecuadamente al hospital y a las expectativas de su población blanco
3. La misión y la visión se han revisado en los últimos dos años
4. Los líderes se implican personal y activamente en actividades de mejora, estableciendo prioridades y asegurando que las propuestas sean realidades en los plazos propuestos
5. Los líderes forman parte activa del Comité de Calidad
6. Se implican en la atención al cliente mediante recorridos en los diversos servicios y entrevistas a clientes internos y externos
7. Establecen un sistema de información de las actividades de los distintos comités de mejora a todos los empleados, socios y la sociedad asegurando su divulgación efectiva
8. Los líderes estimulan el empoderamiento de su recurso
9. Se interesan en incentivar al personal que cumple los objetivos institucionales
10. Han diseñado estándares que miden el impacto de la gestión de los distintos comités de mejora del hospital
11. Aseguran el cumplimiento de los indicadores y estándares diseñados
12. Aseguran mejoras continuas en los procesos

Subcriterio 1b: Implicación personal de los líderes para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización

1. Los familiares de pacientes son parte importante en la toma de opiniones por parte de los líderes
2. Han planificado objetivos y programas para la mejora de la atención al usuario
3. Se consideran las normativas correspondientes en las acciones de salud diaria para la aplicación en programas de atención a clientes internos y externos
4. Existen indicadores que evidencian la mejora de la gestión
5. Se mantienen sistemas de comunicación adecuada con proveedores que permiten la mejora conjunta

6. Existe apoyo a actividades de otras asociaciones o instituciones
7. Hay programas de apoyo a colegios o asociaciones profesionales que permiten la difusión de conocimientos
8. Se mantienen programas de mejora con instituciones que inciden en la atención al cliente

Subcriterio 1c: Implicación de los líderes con clientes, colaboradores y representantes de la sociedad

1. Existen métodos de comunicación efectiva con el recurso humano, se escucha y responde a los empleados del Hospital
2. Se estimula a los empleados y se proveen recursos para que cumplan sus objetivos y metas
3. Se implican en la corrección de deficiencias encontradas en forma oportuna (proyectos de mejora)
4. Se destina al personal de tiempo necesario para actividades en las que haya discusión de sus necesidades y formas de mejora
5. Existen formas de incentivar a las personas y equipos para que se esfuercen en mejorar continuamente y aportar opiniones que apoyen las metas organizacionales
6. Se mantiene un programa de formación continua que identifica, mediante diversas herramientas, las necesidades de mejora del personal
7. Se lleva un registro del porcentaje de cumplimiento de las expectativas del cliente externo
8. Se analizan las sugerencias recibidas y se controla el cumplimiento de las recomendaciones
9. Se mantienen recursos materiales suficientes que permiten la realización de actividades de formación
10. Existen instalaciones que permiten tiempo, recursos y materiales para revisión y actualización de conocimientos

Subcriterio 1d: Motivación, apoyo y reconocimiento de las personas de la organización por parte de los líderes

1. Se incentiva al recurso humano que desarrolla actividades de superación personal que permiten desarrollo organizacional

2. Se han establecido programas de apoyo a la gestión de actividades propuestas para la mejora de la atención al cliente
3. Se permite el desarrollo del recurso humano mediante facilidades de obtención de información y tiempo
4. Existen métodos de identificación de recurso humano que cumpla requisitos para aspirar a puestos superiores cuando sea requerido
5. Se detecta personas clave que apoyen la gestión de calidad organizacional
6. Se hacen evaluaciones periódicas de las actividades detectando necesidades de mejora
7. Se mantiene un sistema de comunicación de debilidades y fortalezas en la gestión diaria
8. Se han establecido métodos de trabajo en equipo para las actividades de mejora
9. Se lleva registro del cumplimiento de propuestas de mejora
10. Se considera la resolución efectiva y medida de cumplimiento de las necesidades del cliente interno

Criterio 2. Políticas. La forma en que el hospital materializa su misión y visión mediante una estrategia claramente enfocada hacia los actores, apoyada por políticas, planes, objetivos, metas y procesos adecuados

Subcriterio 2a: Políticas fundamentadas en las necesidades presentes y futuras de los clientes

1. Existen métodos de identificación de necesidades de salud de la población objetivo
2. Hay programas preventivos orientados sobre la base de su perfil epidemiológico
3. Existe interés en conocer las expectativas, opiniones y sugerencias del cliente
4. Se obtiene información reciente de avances científicos y tecnológicos del sector sanitario, incluyendo actividades de competencia y el impacto de nuevas tecnologías
5. Existen indicadores económicos y de rendimiento
6. Se tiene reporte de indicadores de otras organizaciones consideradas mejores para comparación y mejora
7. Se considera legislación medioambiental y social en la gestión
8. Se verifica el cumplimiento de programas e indicadores propuestos

Subcriterio 2b: Políticas fundamentadas en información procedente de medidas del rendimiento y actividades de investigación

1. Programas de investigación de expectativas del cliente sobre las estrategias planificadas y su impacto en la atención
2. Diseño de programas orientados a la satisfacción del cliente sobre la base de la estrategia planeada
3. Formación del recurso humano sobre la base de deficiencias en la atención y necesidades de la organización
4. Evaluación del aprendizaje obtenido por el recurso humano y el impacto en la calidad de atención

Subcriterio 2c: Desarrollo, revisión y actualización de la política y estrategia

1. Se elabora el plan estratégico a partir de la información relevante con carácter participativo y un adecuado nivel de comunicación e integración de todo el personal
2. Se desarrollan escenarios alternativos e identifican factores críticos de éxito
3. Se evalúa y revisa la relevancia y efectividad de su estrategia cada trimestre
4. Se analiza la incorporación de nuevos indicadores en la gestión

Subcriterio 2d: Despliegue de la política mediante un sistema de procesos clave

1. Diseño de la estrategia materializándola en objetivos y acciones concretas
2. Desarrollo de un plan de comunicación de la estrategia para todos los niveles de la organización
3. Evaluación periódica de la efectividad de la estrategia
4. Evaluación y mejora periódica de la efectividad del esquema de procesos clave de la organización
5. Revisión de la estrategia y correcciones cuando es requerido

Subcriterio 2e: Comunicación y puesta en práctica de la política

Divulgación de la estrategia al cliente interno y externo de manera que existan expectativas y se promueva la opinión

1. Divulgación de la estrategia al cliente interno y externo de manera que existan expectativas y se promueva la opinión
2. Medición periódica del grado de conocimiento de su política estableciendo correcciones en sus planes de divulgación
3. Revisión periódica de la implantación y seguimiento de la estrategia en todos los niveles de la organización
4. Corrección oportuna de deficiencias e implementación de mejoras

Criterio 3. Recursos Humanos: Cómo gestiona y desarrolla la organización los conocimientos de las personas que la constituyen y libera todo su potencial, tanto individualmente como en equipo y en el conjunto de la organización

Subcriterio 3a: Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos

1. Planificación del personal en cuanto a número, tipo, especialización u otras coherente con la estrategia
2. Sistema de contratación con criterios de transparencia y equidad de acuerdo normativas institucionales
3. Sistema de promoción, traslados y movilidad del personal sobre la base de su capacidad técnica y desarrollo personal
4. Medición de la satisfacción del personal
5. Medición de los efectos de la satisfacción del personal en la calidad de atención
6. Implementación de mejoras sobre la base de las expectativas del recurso humano de acuerdo a normas
7. Planes de trabajo orientados a la mejora del clima organizacional

Subcriterio 3b: Identificación, desarrollo y mantenimiento de los conocimientos y capacidades del personal

1. Existe un método periódico de evaluación del desempeño (gestión del desempeño)
2. Evidencia de metodologías de mejora del desempeño mediante organización de recursos y orientación profesional
3. Poseen metodologías organizativas innovadoras para mejorar la forma de trabajar y fomentar el trabajo en equipo
4. Miden indicadores de gestión del recurso humano

Subcriterio 3c: Empoderamiento del personal, delegación de autoridad

1. Métodos de medición del impacto de las labores del recurso humano en la satisfacción del cliente e información oportuna
2. Sistemas de información bidireccional en la consecución de resultados
3. Implicación del recurso humano en las decisiones a tomar para mejorar sus debilidades
4. Sistemas de rotación efectiva del recurso humano potenciando su conocimiento

Subcriterio 3d: Dialogo de la organización con su personal

1. Revisión periódica de la efectividad del sistema de comunicación
2. Implementación de mejora o actualización del sistema de comunicación sobre la base de resultados de investigación
3. Sistema para acceder y compartir las mejores practicas y el conocimiento dentro de la organización
4. Programa de toma de opiniones del personal sobre las gestiones realizadas

Subcriterio 3e: Remuneración, reconocimiento y cuidado del personal

1. Mejora y actualización anual del sistema de reconocimientos
2. Fomento de concienciación e implicación del personal en temas de higiene, seguridad y medio ambiente

3. Sistema de beneficios sociales e interrelaciones entre disciplinas diferentes
4. Beneficios adicionales para empleados (transporte, flexibilidad horaria, actividades culturales y otras)

Criterio 4. Convenios y Alianzas: Como planifica y gestionan la organización sus colaboradores externos y sus recursos internos para apoyar su política y su estrategia, y el funcionamiento eficaz de sus procesos.

Subcriterio 4a. Colaboradores externos

1. Establece alianzas clave con organizaciones cuya cultura es compatible a la organización y objetivos
2. Desarrolla estrategias conjuntas con sus aliados para maximizar el valor añadido al cliente
3. Colaboración conjunta en la formación y mejora de los procesos
4. Apoyo mutuo en el desarrollo de las estrategias y objetivos organizacionales
5. Apoyo técnico a empresas e instituciones mediante personal capacitado

Subcriterio 4b. Finanzas

1. Evaluación periódica de sus inversiones en función de su efectividad
2. Gestión de la prevención de riesgos a los recursos económicos y financieros
3. Métodos de medición del impacto de sus inversiones en las expectativas del cliente
4. Medición del impacto de las inversiones en el desarrollo del recurso humano
5. Medición de los costes directos e indirectos en el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos y materiales

Subcriterio 4c. Equipos, edificios y materiales

1. Medidas de racionalización del consumo de equipos y materiales
2. Gestión y optimización de la utilización de sus activos (quirófanos, instalaciones, aparataje, etc.)

3. Gestión del mantenimiento preventivo y el uso de activos para mejorar el rendimiento total de su ciclo de vida
4. Gestiona la seguridad de sus activos
5. Tiene un plan de gestión de residuos y conserva los recursos globales no renovables
6. Se mantiene programas de optimización de inventarios y se mide periódicamente su éxito
7. Desarrollo y mantenimiento de un plan de higiene y seguridad ocupacional hacia los equipos e instalaciones
8. Desarrollo del plan de prevención de riesgos ocupacionales buscando el impacto en sus clientes y empleados
9. Desarrollo de programas de evaluación del impacto de sus actividades relacionadas a la mejora de equipos, edificios y materiales

Subcriterio 4d. Tecnología

1. Evalúa el coste-efectividad de los sistemas de tecnología implementados periódicamente
2. Gestiona la información y el conocimiento para apoyar la estrategia capacitando a su personal para su utilización
3. El personal tiene acceso a la información necesaria para que su gestión y actividades estén basadas en información real
4. Garantiza el adecuado cumplimiento y gestión de la historia clínica
5. Implementa en sus sistemas métodos de información estadística de sus actividades, gestión e impacto
6. Evalúa sus indicadores sobre la base de la obtención de nuevas tecnologías, fijando metas a alcanzar y proponiendo nuevos indicadores para la mejora de la calidad de atención

Subcriterio 4e. Información y conocimiento

1. Facilita el acceso a información de fuentes externas para la toma de decisiones (encuestas de satisfacción, bases de datos de información y documentales, etc.)
2. Establece métodos de comunicación bidireccional para la gestión de la información y conocimiento

3. Implementa métodos de evaluación del adecuado acceso, seguridad y precisión de la información a los diferentes niveles
4. Potencia y protege la propiedad intelectual
5. Crea un clima de innovación en la organización y aprovecha el conocimiento del personal
6. Establece métodos de adquisición, mejora y utilización adecuada de conocimientos en todos los niveles (operativos, mandos medios y gerenciales)

Criterio 5. Procesos: Cómo diseña, gestiona, y mejora la organización sus procesos con objeto de apoyar su política y su estrategia, y para generar valor de forma creciente para sus clientes y sus otros actores

Subcriterio 5a. Diseño y gestión sistemática de los procesos

1. Utiliza una metodología adecuada y participativa para definir y estabilizar sus procesos (reducir su variabilidad)
2. Gestiona los procesos nombrando propietarios o responsables con establecimiento de indicadores, objetivos, actividades de mejora, etc.
3. Resuelve los problemas de coordinación entre servicios o unidades para facilitar la gestión efectiva de los procesos, respondiendo a criterios de continuidad asistencial
4. Comprueba la estabilidad de los procesos en relación con los indicadores de eficiencia y satisfacción del cliente
5. Aplica la gestión de procesos estandarizados en base al sistema sanitario
6. Revisa periódicamente sus procesos de atención e introduce mejoras orientadas al servicio al cliente
7. Informa al personal oportunamente de las modificaciones en los procesos evitando inconformidades o correcciones posteriores
8. Identifica procesos y subprocesos críticos para establecer métodos de mejora y mapas de procesos

Subcriterio 5b. Mejora e innovación de los procesos para mejorar la satisfacción del cliente y generar valor agregado a los mismos

1. Facilita metodologías para mejora de procesos (herramientas o diagramas)
2. Implementa sistemas de investigación de las necesidades de los clientes y mide la eficacia de sus actividades
3. Estimula la creatividad e innovación de los empleados para mejorar los procesos
4. Realiza cambios estructurales u organizativos para mejorar los procesos o utilizar nuevos diseños considerando la opinión del cliente
5. Establece y mide el sistema de gestión de quejas de clientes
6. Implanta mejoras comunicando al personal sanitario cuando es preciso
7. Revisa los cambios y comprueba su efectividad
8. Diseña nuevos servicios que satisfagan al cliente
9. Ha implementado un sistema de gestión de quejas y reclamos

Subcriterio 5c. Diseño de productos y servicios basado en las necesidades de los clientes

1. Métodos de información al recurso humano sobre las modificaciones y consultas de opinión
2. Revisión periódica de insatisfacción para ofrecer mejoras
3. Control de sistemas de aprovisionamiento de proveedores y mejora de relaciones
4. Sistemas de información al cliente sobre la respuesta a sus demandas y mejora continua

Subcriterio 5d. Producción, distribución y servicio post venta de productos y servicios

1. Implementación de mecanismos de mejora de relaciones cliente-proveedor
2. Formación del recurso humano en la adecuada satisfacción del cliente
3. Encuestas de satisfacción de clientes en su ingreso
4. Detección y eliminación de procesos innecesarios que retardan la atención (reprocesos)
5. Encuestas de satisfacción del usuario a su egreso
6. Medición periódica de los resultados de sus encuestas e implementación de proyectos de mejora

Subcriterio 5e. Relaciones con sus clientes; intensificación y mejora

1. Tiene métodos para averiguar las necesidades y expectativas de los clientes (sugerencias, quejas, felicitaciones)
2. Implicación y búsqueda de solución a las preocupaciones, necesidades y expectativas del cliente
3. Usa diversos métodos de recogida de datos sobre la satisfacción del cliente de manera sistemática
4. Revisión periódica de indicadores relacionados con los clientes (demoras, cancelaciones de procedimientos, falta de suministros, etc.)

Criterio 6. Satisfacción del Cliente: Lo que consigue la organización en relación con sus clientes externos

Subcriterio 6a. Resultados Clave

1. Facilidades de acceso al sistema sanitario (recurso médico, especialistas, estudios especializados)
2. Equidad, trato personal, cortesía
3. Calidad técnica (prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación)
4. Condiciones de orden, limpieza e infraestructura considerando acomodaciones adicionales (clima, televisión, comunicación telefónica, etc.)
5. Tiempo de respuesta en la prestación de servicios
6. Continuidad en cuidados cuando es necesario
7. Presencia e identificación del personal, empatía
8. Información al cliente sobre su enfermedad, derechos y obligaciones
9. Claridad y sencillez en la documentación y resultados
10. Resolución de problemas
11. Confiabilidad en la atención brindada
12. Seguridad en el servicio y calidad prestada
13. Diseño y entrega de carta de servicios a pacientes y familiares de pacientes

Subcriterio 6b. Indicadores

1. % de cobertura en medios de comunicación cuando es necesario informar al cliente
2. Indicadores de gestión del servicio de atención al cliente, tiempo de respuesta, satisfacción
3. Medición del impacto del sistema de información para pacientes y familiares
4. Medición de fidelidad (cambio de hospital por inconformidad)
5. Altas voluntarias o exigidas debido a insatisfacción en la atención brindada
6. Demoras y listas de espera en atención médica o procedimientos
7. Cancelación de procedimientos

Criterio 7. Satisfacción del Personal: Lo que consigue la organización en relación con su personal

Subcriterio 7a. Resultados Clave

1. Considera la toma de opinión del personal
2. Sistemas de promoción
3. Formación y desarrollo
4. Oportunidad de aprendizaje y logro de objetivos
5. Igualdad de oportunidades
6. Delegación y asunción de responsabilidades
7. Establecimiento de objetivos y evaluación del desempeño
8. Retribuciones económicas acordes a sus responsabilidades
9. Condiciones de empleo (seguridad)
10. Condiciones de seguridad e higiene
11. Relaciones interpersonales
12. Gestión de la empresa planificando acciones dirigidas al recurso humano
13. Políticas e impacto medioambiental del centro
14. Instalaciones y servicios (facilidades)
15. Tecnología y medios disponibles para facilitar las tareas del personal

Subcriterio 7b. Indicadores

1. Incentivos o reconocimientos
2. Conocimiento del organigrama funcional por todos los empleados
3. Eficacia del departamento de recursos humanos
4. Comunicación efectiva
5. Rapidez de respuesta a inquietudes
6. Evaluación de la formación, diseño de programas
7. Entrevistas personales dirigidas a problemas en la atención al cliente
8. Actividades de ocio
9. Trabajo en equipo
10. Reconocimiento individual y en equipo
11. implicación en equipos de mejora
12. Índice de respuesta a encuestas de empleados
13. Huelgas
14. Demandas, quejas o sugerencias propias o a través del sindicato
15. Tendencias en la selección del personal
16. Monotonía en el trabajo
17. Absentismo
18. Análisis de baja por enfermedad o accidentes

Criterio 8. Impacto en la Sociedad: Lo que consigue la organización en relación con su entorno social: local, nacional e internacional

Subcriterio 8a. Resultados Clave

1. Difusión de información relevante para la comunidad
2. Relaciones con autoridades legales, sanitarias o municipales
3. Participación de apoyo a actividades de otras organizaciones
4. Participación en sistemas de formación profesional
5. Control seguro de emisiones al medioambiente

6. Medidas para reducir el consumo de agua
7. Medidas para reducir el consumo energético eléctrico
8. Medidas del impacto en la salud laboral de las empresas

Subcriterio 8b. Indicadores

1. Medición de encuestas de satisfacción y proyectos de mejora realizados
2. Existencia y porcentaje de uso de Biblioteca y sistema de información al público
3. Medición del impacto del sistema de gestión de quejas
4. Medida de la satisfacción por el apoyo a la actividad docente universitaria o de post grado (estudios, tesis, asesoría, etc.)
5. Programas de actividades educativas saludables dirigidas a la sociedad
6. Felicitaciones y premios recibidos de comunidades o vecinos

Criterio 9. Impacto en el Hospital: Lo que consigue el hospital en relación con su rendimiento final planificado

Subcriterio 9a. Resultados Clave

1. Resultados (perdidas y ganancias) o desviaciones respecto al presupuesto planificado
2. Costos por procesos (atención de pacientes) respecto a la media o previsiones
3. Costo comparativo con hospitales similares
4. Costos de consultas, urgencias no ingresadas, complicaciones u hospital de día
5. Desviaciones del gasto de funcionamiento de farmacia y material sanitario
6. Gastos de personal
7. Costo por porcentaje de estancias evitables, porcentaje de reingresos y de reintervenciones
8. Costos por prescripción inadecuada de medios diagnósticos y terapéuticos (estudios negativos o estudios positivos no evaluados oportunamente)
9. Costos administrativos financieros (compras, facturación a terceros)
10. Costos por falta de mantenimiento preventivo
11. Costos por reprocesos

Subcriterio 9b. Indicadores

1. Costo real de consulta médica de emergencia y hospitalización
2. Costo real de estudios de laboratorio
3. Costo real de estudios de gabinete o radiológicos
4. Costo real de farmacia
5. Costos de no calidad
6. Costos por traslado de pacientes (ambulancias, recurso, etc.)
7. Costos de personal (sustituciones, ausentismo, etc.)
8. Costos por programas de formación y facilidades de estudio y desarrollo profesional

4.6. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DE MEJORA

Es necesario contar con instrumentos mediante los cuales se asegure la calidad; para ello deben realizarse periódicamente medidas del impacto de la gestión de los comités o equipos de mejora, así como de los programas o dependencias, según sea necesario; como ejemplos se proponen los siguientes componentes (ver las tablas sugeridas en Anexo 4):

- Cumplimiento de Indicadores:
Pretende unificar criterios en cada dependencia para llevar registro de sus respectivos indicadores, las metas planificadas y los responsables de la evaluación y seguimiento; idealmente mediante revisión mensual y trimestral que permita detectar desviaciones en la planificación y tomar las medidas correctivas a corto plazo. Es importante considerar que se pueden diseñar, además de los indicadores actuales con que cuenta el Hospital, otros que sean necesarios para la evaluación de cada departamento o dependencia según sus requisitos (ver Anexo 2).
- Consulta en acto único: atención médica en la cual se le resuelve la causa de consulta al paciente (diagnóstico, tratamiento, educación y alta) por el médico que inicia el caso, cuando sea posible (evitar interconsulta innecesaria). El cumplimiento de este componente puede ser parte

de la evaluación dentro de los cuestionarios de satisfacción del cliente o como parte de las actividades del Comité de calidad o Equipos de Mejora.

- Información efectiva al paciente: Explicación de su enfermedad, procedimientos, médico responsable, servicio asignado, normativas internas, etc. por parte de un responsable en emergencia y hospitalización.
- Página Web: puede ser propia del hospital o uno de los vínculos de la página de la institución, se sugiere que contenga:
 - a. Normas generales de funcionamiento del hospital y Normas específicas de cada servicio
 - b. Compromisos asistenciales con los pacientes
 - c. Carta de servicios
 - d. Indicadores de gestión y calidad
 - e. Tiempos promedios de atención por servicio
 - f. Tiempo de demora quirúrgica
 - g. Actividades médico quirúrgicas
 - h. Profesionales por área o servicio
 - i. Medidas para asegurar la calidad asistencial
 - j. Medidas de promoción y prevención de la salud, hábitos y estilos de vida saludable
 - k. Sitios de información para pacientes y familiares
 - l. Memoria anual de trabajo
- Gestión de demora quirúrgica: Explicación al paciente de los pasos a realizar para una cirugía, requisitos e información sobre tiempo en que se tardará su procedimiento y complicaciones probables, así como las actividades que deberá planificar antes de su ingreso.

- Consentimiento informado: Evidencia de que se le ha explicado al paciente un procedimiento y se ha llenado adecuadamente el formato correspondiente; medición periódica del adecuado llenado por el médico, la firma del profesional responsable, del paciente y el familiar.
- Gestión de los informes de alta: Evidencia de copias en el expediente donde se determine el adecuado llenado del formato correspondiente por parte del médico responsable; constancia de que cumple con los estándares ideales que permitan una adecuada comprensión del seguimiento por otro profesional o centro de atención.
- Identificación del personal: Evidencia del uso de gafetes por el personal y de la adecuada presentación con el paciente en el momento de su encuentro para la atención correspondiente; conocimiento del paciente y familiares del personal médico y paramédico responsable de su atención y los mecanismos de información sobre la patología, procedimientos y evolución.
- Gestión de respuesta a reclamaciones: Evidencia de respuesta escrita a un paciente en un plazo menor de 15 días, solucionando un problema o explicando en caso haya habido una confusión.
- Medición de tiempos de espera: Evidencia de estudio realizado de los procesos de atención por diversos mecanismos, en los que se determine el cumplimiento de tiempos en procesos considerados críticos (tiempo de espera para atención médica o para ingreso, por ejemplo); en el caso de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico incluye la realización de varios estudios en la misma fecha, gestionando adecuadamente el tiempo del paciente y de la empresa donde labora.
- Medida de satisfacción del cliente o usuario: Diseño y puesta en marcha de encuestas que midan la satisfacción del paciente con metodologías que permitan obtener un puntaje numérico de las respuestas, de forma que evidencie las mejoras o desmejoras observadas por el paciente en la atención; incluye encuestas a pacientes, familiares de pacientes y empleados.
- Seguridad e higiene ocupacional: Implementación de programas de seguridad de las instalaciones, formación de brigadas y cumplimiento de metas programadas por cada equipo; adecuación de áreas y formación del personal.

- Inspecciones de Seguridad e Higiene Ocupacional: Programa de aplicación de herramientas para la realización de inspecciones programadas, que permitan determinar la seguridad para las instalaciones, empleados, pacientes y visitantes (ver anexo 7).
- Programa de bienvenida al personal: Medición de la realización adecuada del programa de bienvenida del personal y del cumplimiento de los objetivos del mismo; implementación de un sistema de inducción efectivo acorde a las necesidades del hospital, que incluya las actividades preventivas y las gestiones de calidad.
- Clima organizacional: Diseño y puesta en marcha de estudios de clima organizacional por parte de un comité del hospital, que permita determinar la satisfacción de empleado, la comunicación y el trabajo en equipo, entre otros.
- Formación de personal: Existencia de un programa escrito con las necesidades de formación profesional científico - técnica detectadas en cada área y las propuestas de mejora de las deficiencias encontradas, con un sistema de medición de la evolución del aprendizaje.
- Salud laboral: Puesta en marcha de un programa de prevención de la salud del empleado, orientado sobre la base de los riesgos por su ocupación, propios del hospital o debidos a su condición social, familiar o ambiental.
- Investigación: Promoción y puesta en marcha de estudios por el personal, mediante actividades de investigación científica que eleven la calidad técnica de sus profesionales.
- Mejora tecnológica: Implementación de nuevos sistemas acordes a las necesidades del hospital y medición del costo beneficio de las modificaciones a realizar, sistemas evaluados por un comité específico. Incluye la informatización de resultados clínicos de laboratorio y gabinete, así como la existencia de sistemas electrónicos para llamada del paciente al personal medico y paramédico.
- Mantenimiento preventivo: Evaluación, mediante la implementación de listas de chequeo, del cumplimiento efectivo del programa de mantenimiento preventivo de equipos por cada área asistencial.
- Equipamiento efectivo: Método de planificación que permita contar permanentemente con el equipo médico programado y necesario para la adecuada atención de los pacientes por área.

- Gestión de insumos: Almacenamiento, manejo y control efectivo de las existencias necesarias de materiales y equipos, considerando inventarios mínimos necesarios y la prevención de excesos, vencimientos y pérdidas.
- Gestión de la información: mecanismos que permitan divulgar a todo nivel las mejoras realizadas por los diversos comités y el impacto en los clientes internos y externos.
- Sistemas de información de pacientes: Evidencia de la posibilidad y facilidad de obtener de forma oportuna la información sobre un paciente, ya sea ingresado actual o previamente en el hospital; veracidad de los datos. Incluye el diseño de bases de datos o sistemas de red integrados y la facilidad de asignación de camas desde la Unidad de emergencia.
- Uso adecuado de la cama hospitalaria: Sistema programado de evaluación de adecuados criterios de ingreso, estancia y egreso de pacientes, evidencia de manejo ambulatorio eficiente cuando es posible, evitando estancias inadecuadas.
- Gestión del sistema de cuidados progresivos: Medición de la adecuada utilización de camas de cada especialidad en cada servicio clínico y evidencia del cumplimiento de la programación efectuada y de la evolución del paciente.
- Prevención de riesgos del paciente: Implementación de métodos de medición de la evolución y prevención de infecciones nosocomiales, profilaxis quirúrgica, úlceras por presión, accidentes durante procedimientos y caídas, entre otros.
- Remisión oportuna: Sistema de evaluación del traslado de pacientes que ameritan otro nivel de atención, en el tiempo oportuno y bajo las medidas de seguridad necesarias. Incluye la gestión de la apertura de los otros centros de atención que eviten barreras para la recepción de pacientes que provoquen complicaciones en los mismos o pérdida de tiempo efectivo en las tareas.
- Idoneidad de referencias: Adecuada implementación del sistema de referencia y contrarreferencia, identificando si se realiza a la especialidad que corresponde y con los estudios necesarios.

- Identificación de pacientes: Programa organizado de identificación adecuada del paciente, que permita evitar la administración de medicamentos, procedimientos o trámites de forma errónea a otro paciente, principalmente aquellos con alteraciones del estado de conciencia. Incluye:
 - a. Uso de pulsera de identificación al paciente adulto y recién nacido (nombre de la madre)
 - b. Identificación correcta desde la emergencia de ubicación del paciente, datos generales, teléfonos de emergencia, familiares a contactar.
 - c. Llenado correcto con los datos del paciente en toda la documentación clínica.
 - d. Visor en la cama con los datos del paciente.
 - e. Censos actualizados con los datos de pacientes ingresados por servicio.

- Gestión de la historia clínica: Método de evaluación de la adecuada realización de la historia clínica de la emergencia y hospitalización, de manera que permita evidenciar los factores de riesgo del paciente y por lo tanto las medidas de seguridad a implementar; incluye:
 - a. Historias informatizadas
 - b. Medidas de seguridad para el acceso al expediente solo por personal autorizado
 - c. Medidas de seguridad del archivo contra incendios y robo de expedientes
 - d. Confidencialidad del expediente clínico
 - e. Normas a permitir al paciente para poder revisar los datos de su expediente

- Gestión de los estudios diagnósticos y terapéuticos: Revisión del adecuado cumplimiento de procedimientos y estudios acordes a las necesidades del paciente, determinación del uso adecuado de los mismos y la disminución de indicaciones innecesarias.

- Complicaciones médico quirúrgicas: Medición del nivel de complicaciones en el manejo de pacientes, detección de fallas e implementación de actividades de mejora.

- Gestión económica financiera: Medición de avances en el presupuesto del hospital mediante la adecuada coordinación entre lo programado y lo realizado por trimestre.

- Eliminación de barreras a discapacitados: Cumplimiento de normativas aplicables a accesos y reglamentos para eliminar barreras a discapacitados; incluye sistemas de señalización y apoyo por personal capacitado, en casos necesarios.
- Gestión efectiva de desechos sólidos: Mecanismos seguros para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológicos infecciosos que se generan en el hospital.
- Calidad de prescripciones: Determinación del adecuado cumplimiento de dosis e intervalos por cada receta despachada, medicamentos propios del nivel de atención, racionalización de dosis.
- Control de medicamentos restringidos: Cumplimiento de la normativa de uso de medicamentos de uso restringido tales como anestésicos, benzodiacepinas, psicotrópicos, así como la adecuada gestión de las recetas.
- Medición del nivel de calidad: Cumplimiento de la evaluación del perfil de autoevaluación EFQM en la fecha programada.
- Eficacia de comités: Implementación de sistemas de medición del impacto y cumplimiento de actividades programadas por los diferentes comités de apoyo a la calidad del hospital.
- Actividad educativa: Cumplimiento de metas de capacitación acorde a las necesidades del hospital y de la programación realizada por el comité correspondiente,
- Gestión de resultados: Medidas de las acciones consideradas o realizadas en el hospital para el apoyo a comunidades en riesgo o vecinos, así como de los impactos alcanzados. Puede incluirse:
 - a. Planes de coordinación con el nivel primario de atención
 - b. Plan de coordinación con tercer nivel de atención
 - c. Programa de mejora de accesibilidad al paciente
 - d. Sistemas alternativos para el acceso bajo condiciones climáticas adversas
 - e. Accesibilidad a parqueo para pacientes y visitantes

- f. Programa de eliminación de barreras a personas con minusvalías
- g. Gestión medioambiental
- h. Puntos de información a pacientes, familiares o visitantes
 - i. Información administrativa
 - ii. Información de atención médica
- i. Planes de mejora emanados de las encuestas de satisfacción
- j. Programa de recolección de evidencias de mejora realizadas
- k. Facilidades para visitantes:
 - i. Cafetería
 - ii. Servicios religiosos
 - iii. Comunicación telefónica
 - iv. Dispensadores de agua fría con sus respectivos vasos desechables
 - v. Terminales para conexión a Internet
 - vi. Maquinas dispensadoras de bebidas y comida
 - vii. Biblioteca
 - viii. Salas de espera en emergencia
 - ix. Salas de espera de pacientes de alta
 - x. Salas de espera de pacientes en quirófano
- Actividades intersectoriales: Medida del número de gestiones realizadas para las alianzas con empresas u entidades que apoyen la calidad de atención, la formación, el desarrollo del hospital o desde el hospital hacia otras instituciones.

- Programa de enseñanza: Determinación periódica del cumplimiento de estándares para el adecuado seguimiento de programas de formación, incluye la gestión de:
 - a. Instalaciones y equipo necesarios para el desarrollo de las actividades de enseñanza, conforme al número de personal médico, de enfermería y paramédico en formación.
 - b. Contar y cumplir con los reglamentos y normas que establezcan las funciones y responsabilidades de los médicos, enfermeras y paramédicos en formación, así como con el mecanismo de supervisión de sus actividades por parte del personal médico y de enfermería.
 - c. Contar con un comité exclusivamente para programar, supervisar y evaluar las actividades de enseñanza del personal administrativo, médico y paramédico en formación.
 - d. Tener un índice de empleados en formación por área, adecuado al personal de base o tutores en cada área y especialidad.
 - e. Tener un índice adecuado de empleados en formación por cama, en cada área y especialidad.
 - f. Contar con un programa integral de enseñanza y capacitación continua para todo el personal médico y paramédico.
 - g. Contar con acreditación docente emitida por autoridad competente

- Programa de investigación: Sistema de evaluación del impacto de los estudios realizados por el personal; incluye:
 - a. Contar con un Comité de Investigación y Bioética que evalúe los protocolos para su aceptación y dé seguimiento a todas las investigaciones aprobadas, hasta su adecuada conclusión.
 - b. Medir la proporción de investigadores que pertenecen o se incorporan al Sistema Nacional de Investigadores.
 - c. Proporción de artículos aceptados o publicados en revistas indexadas, respecto del número de investigaciones concluidas.
 - d. Proporción de protocolos aceptados contra el total de protocolos presentados.
 - e. Porcentaje de estudios realizados por el hospital respecto a la institución o el país.

4.7. BENEFICIOS ESPERADOS

Con la implementación del sistema de evaluación propuesto se pretende que el Hospital Amatepec obtenga los beneficios siguientes:

1. Mejora en la gestión y aseguramiento de la calidad
2. Medición periódica de la eficacia de los comités y equipos de mejora
3. Análisis cuantitativo de la gestión de calidad por departamentos o global
4. Medición de logros en el aprendizaje de las actividades de calidad realizadas en el hospital
5. Promoción y desarrollo de la evidencia como fuente de evaluación y de impacto de las gestiones realizadas
6. Detección de forma más fácil de las áreas fuertes y débiles de la gestión, facilitando proyectos y estrategias de mejora
7. Determinación, mediante el análisis subsiguiente, del nivel de superación de las debilidades y fortalezas
8. Modificación continua de sus estándares de calidad, mediante un software amigable que permita a la gerencia ir incorporando requisitos adicionales a cada subcriterio para hacer más exigente y más completo su programa, asegurando la mejora continua.

CAPITULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. Se necesita un programa de calidad integrado, sistémico y que mida el resultado de la gestión, basado en el cumplimiento de los indicadores.
2. Las actividades para la mejora de la calidad en el Hospital Amatepec mediante el Comité de Calidad y los distintos equipos de mejora, no son conocidas en su mayor parte por los empleados y los distintos beneficiarios del programa.
3. El programa de calidad es fragmentado, no se incorpora a personal de todos los niveles, lo que permite que hayan personas integrando varios comités o equipos de mejora.
4. El personal considera que los miembros de los comités poseen características positivas para haber sido incorporados a los mismos, lo cual puede utilizarse como estrategia de un plan de incentivos a otras personas, al ser incorporados en dichas actividades.
5. No se ha realizado un sistema de comunicación de las funciones, responsabilidades, planes de trabajo, metodologías y mejoras realizadas en la calidad de atención por los distintos comités existentes, así como las formas de organización en reuniones, tiempo utilizado y frutos de cada reunión.
6. Se desconocen los tipos de actividades realizadas por los comités para evaluar la evolución de la calidad, su mejora o desmejora y si se mide el impacto de cada comité en la gestión de la calidad.

7. No hay evidencia que indique si se obtiene aprendizaje de los acuerdos realizados en las reuniones y si los proyectos de mejora son realizados considerando tiempos meta, costos, beneficios e impacto en el beneficiario al que va dirigida la actividad.
8. El personal considera importantes las evidencias que les orientan a actividades de calidad, dándole interés a la infraestructura; sin embargo, en las actividades intangibles, muestran poco conocimiento, lo que refuerza la necesidad de la divulgación de actividades realizadas., incluyendo los resultados y la evolución de sugerencias y quejas.
9. Existe desconocimiento general sobre el modelo de calidad utilizado en el hospital.
10. Los términos utilizados en el modelo EFQM son confusos para la mayoría de empleados, haciendo por lo tanto difícil establecer prioridades en la aplicación de los mismos, lo cual indica que deben modificarse incorporando términos más utilizados en nuestro lenguaje cotidiano
11. Se desconoce si existen instrumentos que permitan evidenciar las formas de medición de la calidad técnica y sentida.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Implementar el Modelo EFQM y el instrumento de autoevaluación propuesto; ya que además de servir de base para la certificación en Normas de Calidad, permite hacer una medición periódica de la gestión de la calidad, detectar áreas débiles en la misma y establecer actividades de mejora continua.
2. Capacitar en el Modelo EFQM a empleados de diferentes disciplinas que puedan participar en la implementación de la propuesta de autoevaluación y permitan mantener el seguimiento del sistema de mejora continua en ella incluido.
3. Diseñar una estrategia de comunicación a todo nivel, que permita divulgar las actividades del comité de calidad y de los distintos equipos de mejora, incluyendo niveles gerenciales, mandos medios, niveles operativos, parte sindical, usuarios, familiares de pacientes, visitantes y autoridades de la institución.
4. Presentar, mediante diversos medios, los componentes de los planes de trabajo a todos los empleados.
5. Informar sobre los riesgos detectados por los comités dentro del hospital, su propuesta de mejora, el tiempo de ejecución planificado y las justificaciones cuando tales metas no se alcancen.
6. Gestionar, dentro de los programas de capacitación, la inclusión de actividades que permitan a los empleados desarrollar conocimientos para que sean incorporados a los comités de mejora de forma progresiva e implementar mecanismos, mediante la gestión del Departamento de Recursos Humanos, que permitan la detección de personas que reúnan requisitos que les permitan aumentar la participación del personal en los comités o equipos de mejora de la calidad.
7. Informar sobre los tipos de organización para la calidad existentes y los miembros de cada equipo de mejora por dependencia, potenciando el conocimiento del trabajo que realizan los comités o equipos de mejora y el impacto que sus actividades tienen.

8. Verificar el cumplimiento de la gestión del tiempo y los resultados obtenidos por parte de los comités de mejora, mediante una medición periódica y exigencia de resultados.
9. Implementar formas de medición de la percepción de calidad percibida por el cliente interno y externo y difundir sus resultados; implementar proyectos de mejora de dicha percepción y evaluar la evolución de dicha satisfacción, detectando las causas de mejora o desmejora en la misma.
10. Informar de los reconocimientos recibidos de pacientes, familiares, autoridades institucionales u otras organizaciones, por las actividades de calidad realizadas
11. Realizar medidas para que se trabaje en calidad bajo una misma normativa en todas las dependencias y que cada empleado conozca los objetivos de su dependencia y de todo el hospital, de manera que el programa sea integral.
12. Detectar las actividades o procesos a modificar, informando las fallas de los anteriores y el aprendizaje obtenido para la mejora de la calidad asistencial.
13. Divulgar los proyectos de mejora programados y realizados y el impacto en las opiniones de los clientes mediante los resultados de nuevas encuestas de satisfacción o los aportes en el buzón de sugerencias.
14. Mejorar la gestión de los buzones de sugerencia, de manera que se conozca la evolución de las quejas y felicitaciones, las sugerencias recibidas y la respuesta del hospital ante las mismas, explicando si algunas no se van a resolver y la justificación correspondiente; para esta recomendación, deben determinarse mecanismos para su explicación al cliente externo mediante diversos mecanismos (periódico mural, información en página Web, información telefónica o escrita dirigida a la persona que dio la sugerencia, etc.)
15. Analizar los procesos críticos, informar sobre las mejoras realizadas y el impacto en el cliente externo e interno por las modificaciones hechas con sus correspondientes mapas de procesos modificados y mejorados.
16. Verificar que los comités posean su respectivo plan de trabajo y que se haga una metódica de medición de la eficacia de las reuniones, sus proyectos y metas.

17. Comunicar por diversos medios el apoyo técnico brindados por los empleados en instituciones, periódicos, organizaciones, dependencias, departamentos y empresas dentro o fuera de la institución.
18. Informar de las alianzas y convenios realizados por la dirección para la mejora de los procesos y del servicio, de manera que cualquier empleado pueda informar al cliente externo de su existencia y objetivos.
19. Implementar periodos y fechas definidas para la medición de los indicadores propuestos mediante programa anual, de cumplimiento estricto para cada comité.
20. Incorporar en las actividades de calidad actores clave para el adecuado desarrollo de los programas y el éxito de los proyectos, a manera de evitar que haya interferencia con los mismos y se mantenga el apoyo constante del personal, entre estos se incluye jefaturas, mandos medios, personal operativo y miembros del sindicato.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- Memoria de labores 2004
Departamento de Comunicaciones, Instituto Salvadoreño del Seguro Social

- Como Preparar el anteproyecto de Investigación y la Tesis de Graduación.
Meléndez, Maymo Rasiel
Editorial MYSSA
Primera Edición, 1991

- Metodología de la Investigación
Hernández Sampieri, Roberto
Editorial Mc Graw Hill
Tercera Edición, 2003

Artículo de Revista

- Gestión de la Calidad Total
El Modelo EFQM de excelencia
Vol.12-Núm. 10

- Modelo EFQM de Excelencia
TQM Asesores

- Revista Quality Progress .
julio, 2001. Pág 1

- Universitas
Miguel Hernández.
Pág 1-2

- MEDIFAM. Vol12-Núm 10.
Gestión de la Calidad Total.
El Modelo EFQM de Excelencia
Pág 42 - 47

- Centro Internacional de Investigación en calidad. Sector Salud.
“Introducción al modelo EFQM”
Pág10-18, 33

- Revista Digital de Posgrado,
Investigación y Extensión del campus Monterrey.

Páginas Visitadas

- TQM Manager: http://www.tqm_manager.com.ar

- Curso de Calidad. Modulo 1.
<http://www.ilo.org/public/spanish/calidad/gestion>

- www.gerenciasalud.com

- calidad@improven.com

- www.euskalit.net/erderaz/aclaraciones.pdf

ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTOS DISEÑADOS PARA LA INVESTIGACIÓN

**1.1 CUESTIONARIO DE SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ACTIVIDADES DE CALIDAD
EN LA INSTITUCIÓN
(Versión preliminar)**

IDENTIFICACIÓN:

Cargo: _____

Unidad o Dependencia: _____

Objetivo: Determinar el tipo de actividades realizadas en el programa de calidad de la institución, su aplicabilidad y el uso de medidas de autoevaluación basados en el modelo EFQM.

Indicaciones: Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste según corresponda a las actividades que se realizan en el Comité de Calidad; en caso no pertenezca al mismo, responda de acuerdo a lo realizado en su Unidad o Departamento.

1. ORGANIZACIÓN:

1.1 ¿Cómo se organizan en el hospital para la implementación de las mejoras de calidad?

1.2 ¿Existen Comités de calidad? Si su respuesta es afirmativa, ¿Qué funciones realizan?

1.3 ¿Cuánto tiempo se delega a los comités de mejora para las actividades que le corresponden?

ANEXO 1. INSTRUMENTOS DISEÑADOS PARA LA INVESTIGACIÓN

1.4 ¿Participa usted en algún comité de mejora de la calidad de la empresa? _____

1.5 ¿Cuáles son las características que se consideran para seleccionar el personal que realiza actividades de calidad? _____

1.6 ¿Ha recibido algún tipo de capacitación que le facilite su fusión en el comité?, si su respuesta es afirmativa, ¿Ha sido la formación recibida de parte de la institución o por su propia gestión?

2. **MÉTODOS:**

2.1 De los métodos de evaluación de la calidad que el hospital utiliza o ha utilizado, ¿podría usted mencionar los que han implementado para medir la percepción o nivel de satisfacción del usuario y su frecuencia de uso? Use la siguiente clasificación: A. Mensual
B. Trimestral C. Anual D. No se ha realizado

Tipo

Frecuencia

a. Encuestas a pacientes

b. Encuestas a familiares

c. Encuestas a empleados

d. Clima organizacional

e. Otros. Mencione: _____

ANEXO 1. INSTRUMENTOS DISEÑADOS PARA LA INVESTIGACIÓN

A su juicio ¿cuales son las ventajas y desventajas de éstos?:

TIPO	VENTAJAS	DESVENTAJAS

¿Cual método es el mejor? ¿Por que?

2.2 ¿Cuáles son los métodos que el Hospital utiliza o ha utilizado para evaluar la calidad técnica, es decir el cumplimiento de estándares (de equipos y personas) o normas que garantizan o previenen la recuperación de la salud del paciente y su frecuencia de uso? Use la siguiente clasificación: A. Mensual B. Trimestral C. Anual D. No se ha realizado

<u>Tipo</u>	<u>Frecuencia</u>
a. Auditorias de procesos	_____
b. Medición de errores y complicaciones	_____
c. Capacidad instalada	_____
d. Reprocesos	_____
e. Equipos y material acorde a los objetivos	_____
f. Equipo y materiales para docencia e investigación	_____
g. Otros. Mencione: _____	

ANEXO 1. INSTRUMENTOS DISEÑADOS PARA LA INVESTIGACIÓN

A su juicio ¿cuales son las ventajas y desventajas de éstos?:

TIPO	VENTAJAS	DESVENTAJAS

¿Cuál método sería el mejor y porqué?

2.3 ¿Cómo hacen la planificación de la calidad técnica? ¿qué instrumentos utilizan y con que frecuencia? Use la siguiente clasificación: A. Mensual B. Trimestral C. Anual

D. No se ha realizado

<u>Tipo</u>	<u>Frecuencia</u>
a. Planes de trabajo	_____
b. Indicadores de desempeño	_____
c. Indicadores de impacto	_____
d. Indicadores de costes	_____
e. Guías y protocolos	_____
f. Otros. Mencione. _____	

ANEXO 1. INSTRUMENTOS DISEÑADOS PARA LA INVESTIGACIÓN

¿Cree que estos funcionan? ¿Por qué si o porque no?

2.4 ¿Qué opinión puede usted dar sobre los métodos de evaluación utilizados? (métodos, experiencia obtenida, eficacia del método, impacto de las mejoras realizadas, autoridad del comité, etc.)

2.5 ¿Qué opinión tiene del método de evaluación actual?, Es la evaluación integral y holística?
¿Se puede mejorar? Explique:

3. EVIDENCIAS:

3.1 Con la función de los comités de mejora, ¿Tiene evidencia de los siguientes resultados obtenidos (calidad técnica y calidad sentida)? , Explique:

a. Mejoras realizadas _____

b. Reconocimientos obtenidos _____

c. Disminución de costes _____

d. Mejora de procesos _____

e. Reconocimientos por el cliente _____

ANEXO 1. INSTRUMENTOS DISEÑADOS PARA LA INVESTIGACIÓN

f. Reconocimientos por el empleado _____

g. Reconocimientos por familiares del cliente _____

h. Reconocimientos por la sociedad _____

3.2 De los siguientes indicadores, ¿Cuáles son los que miden en su institución o en su Unidad?

- a. Costos
- b. Reprocesos
- c. Indicadores de gestión - cobertura, índices de morbimortalidad
- d. Mejoras
- e. Cumplimiento de metas
- f. Satisfacción del cliente interno
- g. Satisfacción del cliente externo

3.3 ¿Cuáles son los beneficios que han obtenido de la evaluación utilizada? (Reconocimientos, disminución de costes, otros). Describa:

3.4 ¿Utiliza algún método de evaluación de la eficacia de los comités de mejora? Explique:

ANEXO 1. INSTRUMENTOS DISEÑADOS PARA LA INVESTIGACIÓN

4. **MODELO:**

4.1 ¿Cuál es el modelo de calidad que aplican en el hospital?

4.2 ¿Cuáles son los modelos de calidad que usted conoce? _____

4.3 Ordene de 1 a 9 los criterios que a su juicio son fundamentales para la determinación de un sistema integrado de calidad en servicios de salud

<u>Criterio</u>	<u>Prioridad</u>
a. Liderazgo – la forma de dirigir	_____
b. Las políticas, planes y estrategias	_____
c. Recursos y alianzas – Finanzas, infraestructura, socios clave	_____
d. Personas – Gestión del personal de la organización	_____
e. Procesos – Diseño, seguimiento y mejora	_____
f. Resultados en los clientes – Satisfacción del paciente y familiares	_____
g. Resultados en las personas – Satisfacción del personal, clima organizacional, rendimiento, quejas	_____
h. Resultados en la sociedad – Cumplimiento de normativas, reconocimientos	_____
i. Resultados en la organización – Alcanzar resultados, eficiencia, eficacia, reconocimientos recibidos	_____

4.4 Dentro de la gestión de la calidad, específicamente en lo relativo a sus políticas y estrategias, ¿Cuál sería su definición de?:

a) Despliegue: _____

b) Enfoque: _____

c) Resultados: _____

d) Evaluación: _____

e) Revisión: _____

f) Política o estrategia implantada: _____

ANEXO 1. INSTRUMENTOS DISEÑADOS PARA LA INVESTIGACIÓN



Encuesta No. _____ Código encuestador: _____

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ECONOMÍA



MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS Y CONSULTORÍA EMPRESARIAL

a. Cuestionario de situación actual de las actividades de calidad en la institución
(Versión final)

Objetivo: Determinar el tipo de actividades realizadas en el programa de calidad del hospital, su aplicabilidad y el uso de medidas de medición de su impacto para adaptarlos a una propuesta de autoevaluación basada en el modelo EFQM.

Indicaciones: Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste según corresponda a las actividades de calidad que se realizan en el hospital; en caso no pertenezca a algún comité, responda de acuerdo a lo realizado en su Unidad o Departamento.

IDENTIFICACIÓN:

Cargo: Gerencial _____ Operativo _____ Mando medio _____

Unidad o Dependencia: _____

5. ORGANIZACIÓN:

1.1 ¿Existe en el hospital Comité de calidad?

Si _____ No _____ No sabe _____

1.2 Si su respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, ¿Qué funciones realizan?

FUNCIÓN	SI	NO	NO SABE
Planes de trabajo			
Revisión de buzones de sugerencia			
Detección de riesgos			
Proyectos de mejora			
Seguimiento a actividades de mejora			

ANEXO 1. INSTRUMENTOS DISEÑADOS PARA LA INVESTIGACIÓN

1.3 ¿Es usted integrante de algún comité o equipo de mejora de la calidad del hospital?

Si _____ No _____

1.4 Subraye el nombre del Comité o de los Comités en los que usted forma parte:

- a) Calidad
- b) Auditoria del acto médico
- c) Seguridad e Higiene
- d) Farmacoterapia
- e) Gerencial
- f) Nosocomiales
- g) VIH
- h) Otro
- i) Ninguno

1.5 Si forma parte de un comité, ¿Ha recibido algún tipo de capacitación que le facilite sus funciones en el mismo? Si _____ No _____

1.6 Si su respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, ¿Ha sido la formación recibida de parte de la institución o por su propia gestión?

Propia iniciativa _____ Por parte de la institución _____

1.7 ¿Cuáles características se consideran en el hospital para seleccionar a los integrantes de los comités de calidad o mejora?

CARACTERISTICA	SI	NO	NO SABE	CARACTERISTICA	SI	NO	NO SABE
Que sea jefatura				Responsabilidad			
Ética				Experiencia			
Iniciativa				Voluntariedad			
Nivel educativo							

ANEXO 1. INSTRUMENTOS DISEÑADOS PARA LA INVESTIGACIÓN

1.8 ¿Cómo se organizan en el hospital para la implementación de las mejoras de calidad?

Marque según corresponda, pueden ser varias opciones.

CARACTERISTICA	SI	NO	NO SABE	CARACTERISTICA	SI	NO	NO SABE
Comité de calidad				Equipos de mejora			
Círculos de calidad				Reuniones multidisciplinarias			
Comité gerencial				Ninguna			

1.9 ¿Cuánto tiempo utilizan en cada reunión los comités para las actividades que le corresponden? Subraye la que corresponda.

- a) 1 hora
- b) 2 horas
- c) Más de 2 horas
- d) No hay tiempo definido
- e) No sabe

6. MÉTODOS:

2.1 De los métodos de evaluación de la calidad que el comité del hospital utiliza o ha utilizado, ¿podría usted mencionar los que han implementado para medir la percepción o nivel de satisfacción del usuario y su frecuencia de uso?

TIPO	FRECUENCIA				
	MENSUAL	TRIMESTRAL	ANUAL	NO SE REALIZA	NO SABE
Encuestas a pacientes					
Encuestas a familiares de pacientes					
Encuestas a empleados					
Encuestas a proveedores					
Clima organizacional					
Análisis del buzón de sugerencias					

ANEXO 1. INSTRUMENTOS DISEÑADOS PARA LA INVESTIGACIÓN

2.2 Dentro de las actividades de planificación, mejora y evaluación de la calidad ¿Qué instrumentos se utilizan y con que frecuencia?

TIPO	FRECUENCIA				
	MENSUAL	TRIMESTRAL	ANUAL	NO SE REALIZA	NO SABE
Planes de trabajo					
Indicadores de desempeño					
Indicadores de impacto					
Indicadores de costos					
Guías y protocolos					
Benchmarking					

2.3 ¿Cuáles son los métodos que en el Hospital se utilizan o han utilizado para evaluar el cumplimiento de estándares o normas que garantizan o previenen la recuperación de la salud el paciente y su frecuencia de uso?

TIPO	FRECUENCIA				
	MENSUAL	TRIMESTRAL	ANUAL	NO SE REALIZA	NO SABE
Auditoria de procesos					
Auditoria del acto médico					
Capacidad instalada acorde a la demanda					
Reprocesos (gestión del tiempo efectivo)					
Equipos y materiales acordes a los objetivos del hospital					
Equipos y materiales para docencia					
Actividades de investigación					
Costos de no calidad					

ANEXO 1. INSTRUMENTOS DISEÑADOS PARA LA INVESTIGACIÓN

- a. ¿Qué opinión puede usted dar sobre los métodos de evaluación utilizados? (métodos, experiencia obtenida, eficacia del método, impacto de las mejoras realizadas, autoridad del comité, etc.)

Opinión	Si	No	No sabe
Los métodos son eficaces			
Intervienen las autoridades			
Se logran mejoras dirigidas al usuario			
Se reducen riesgos			
Se incorpora personal hasta niveles operativos			
Se ha comunicado el programa a todo nivel			
Se obtiene aprendizaje en las actividades			
Se establece tiempo para cumplir acuerdos			
Se cumplen los tiempos de cumplimiento de acuerdos			
Se mide el porcentaje de cumplimiento de acuerdos			
Es integral, se realiza a todo nivel mediante lineamiento del comité central			
Está fragmentado, en cada dependencia se realizan actividades por separado o no se realiza ninguna acción			

- **EVIDENCIAS:**

- Señale con una X en el cuadro el tipo de evidencia con que cuenta el Hospital para demostrar los resultados obtenidos en la gestión de la calidad.

Evidencia	Si	No	No sabe
Mejoras en infraestructura acorde a las necesidades			
Disminución de quejas de usuarios			
Aumento de felicitaciones en buzones de sugerencias			
Mantenimiento de tiempos de espera bajo norma			
Nivel óptimo en clima organizacional realizado			
Iniciativas de participación intersectorial			

ANEXO 1. INSTRUMENTOS DISEÑADOS PARA LA INVESTIGACIÓN

Evidencia	Si	No	No sabe
Evaluación del impacto de cada comité de mejora			
Planes de trabajo existentes y elaborados en equipo			
Actas de comités de mejora que funcionan			
Reconocimientos recibidos de otras instituciones			
Reconocimientos de autoridades superiores al hospital			
Disminución de costos			
Mejora de los procesos			
Reconocimiento del paciente o sus familiares			
Reconocimiento por parte del cliente interno (empleados)			
Reconocimiento de comunidades o vecinos			
Apoyo educativo a otras instituciones o empresas			
Apoyo técnico a dependencias dentro o fuera de la institución			

- De los siguientes indicadores, ¿Cuáles son los que se miden en el hospital o en su Unidad?

Indicador	Si	No	No sabe
Costos			
Reprocesos			
Indicadores de gestión – cobertura - morbimortalidad			
Mejoras			
Cumplimiento de metas			
Satisfacción del cliente interno			
Satisfacción del cliente externo			

ANEXO 1. INSTRUMENTOS DISEÑADOS PARA LA INVESTIGACIÓN

- **MODELO:**

- ¿Cuál es el modelo de calidad que aplican en el hospital?

1. Mejora continua	5. EFQM
2. ISO 9000	6. Ninguno
3. Aseguramiento de la calidad	7. No sabe
4. Gestión por procesos	

- Ordene de 1 a 9, en orden de prioridad, los criterios que a su juicio son fundamentales para la determinación de un sistema integrado de calidad en servicios de salud

Criterio	Prioridad
Liderazgo: El sistema incluye la forma de tomar las decisiones en el hospital, califica la actuación de las jefaturas y la forma en que se incorporan a las actividades de mejora, así como la forma en que estos incentivan al personal hacia la calidad	
Políticas, planes y estrategias: Existencia de políticas de calidad y otras relacionadas, planes de trabajo por departamento, estrategias de mejora continua definidas	
Recursos y alianzas: Existen acciones definidas para el manejo eficiente de los recursos financieros, la dirección establece relaciones y convenios con otros actores para el apoyo en la implementación de proyectos	
Personas: La gestión del recurso humano es integral y considera aspectos clave como contratación, capacitación, evaluación y desarrollo del personal.	
Procesos: El sistema incluye una organización enfocada al diseño, mejora y seguimiento de los procesos esenciales del establecimiento	
Resultados en los usuarios: Incluye formas de medir la satisfacción de los usuarios o clientes externos, considerando a la familia como grupo beneficiario	
Resultados en las personas: Incluye métodos de evaluación de la satisfacción del empleado y su desempeño, relacionado con la mejora continua	
Resultados en la sociedad: El sistema incluye la medición de los resultados hacia la comunidad y la participación de otros actores en la toma de decisiones.	
Resultados en la organización: Se incluye la medición de indicadores de desempeño como hospital, el cumplimiento de normas y reconocimientos recibidos por su actuación relacionados al ámbito de salud y calidad que elevan su prestigio e imagen.	

ANEXO 1. INSTRUMENTOS DISEÑADOS PARA LA INVESTIGACIÓN

Subraye, según su criterio, el concepto que más concuerda con cada palabra anotada en cada numeral.

- Despliegue
 - a) Desarrollo
 - b) Concentración
 - c) Difusión
 - d) Inicio de un proceso
 - e) Puesta en práctica de una actividad
- Enfoque
 - a) Visión
 - b) Definición y desarrollo de un elemento o proceso
 - c) Centro de un programa
 - d) Orientación hacia objetivos
 - e) Énfasis en un objetivo o meta
- Resultados
 - a) Metas a alcanzar - lo que se espera recibir
 - b) Es un producto con valor agregado
 - c) Logros alcanzados
 - d) Producto final de un proceso
- Evaluación
 - 7. Medición de resultados
 - 8. Monitoreo
 - 9. Como se alcanza la meta
 - 10. Emitir un juicio del desempeño
- Implantación
 - 2.4.1.1 Realizar acciones para echar a andar la normativa
 - 2.4.1.2 Dar a conocer las normas
 - 2.4.1.3 Marco o guía para alcanzar la metas
 - 2.4.1.4 Definir un curso a seguir
 - 2.4.1.5 Difusión de objetivos a áreas relevantes

Gracias por su colaboración!!!

ANEXO 2. INDICADORES GENERALES SUGERIDOS

Se puede incluir para el registro de manera confiable y oportuna la siguiente información:

- Porcentaje general de ocupación hospitalaria.
- Número total de egresos en el último mes.
- Número de cirugías efectuadas por mes y en el último año.
 - Ambulatorias
 - De urgencia
- Tasa de mortalidad hospitalaria.
- Porcentaje de cesáreas.
- Tasa bruta de infecciones intrahospitalarias.
- Promedio de estancia hospitalaria.
- Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria.
- Porcentaje de reingresos hospitalarios.
- Porcentaje de pacientes reintervenidos quirúrgicamente.
- Cirugías electivas atrasadas, pero realizadas dentro de 30 días
- Cirugías electivas realizadas en plazo mayor a 30 días
- Suspensiones quirúrgicas por motivos propios del hospital
- Porcentaje de congruencia entre el diagnóstico de ingreso y egreso
- Índice camas en funcionamiento/camas instaladas
- Tiempo medio de atención en emergencia
- Tiempo promedio para ingreso de pacientes
- Pacientes no atendidos en emergencia (se retiran por tiempo de espera prolongado)

ANEXO 2. INDICADORES GENERALES SUGERIDOS

- Porcentaje de pacientes satisfechos según encuestas
- Porcentaje de pacientes insatisfechos, según encuestas
- Estudios radiológicos realizados de forma innecesaria (por ejemplo Radiografía de tórax a paciente que no amerita evaluación o estudios repetidos por vencimiento)

Indicadores de eficacia y de efectividad

- % de mortalidad perioperatoria inmediata (+/-24h)
- % de mortalidad intraoperatoria
- % de mortalidad postoperatoria (24h-30d)
- % de mortalidad global en hospitalización agudos
- % de mortalidad en Máxima Urgencia
- % de mortalidad en Urgencias / Emergencias / Ginecología
- % de lesiones en pacientes durante procedimientos
- Lesiones del personal
- Abuso sexual sospechado en paciente
- Visitas sucesivas / primeras visitas
- Exhaustividad cumplimentación informes de alta
- Media de diagnósticos codificados /alta
- Media de procedimientos codificados / alta
- Prevalencia de infecciones urinarias en pacientes sondados
- Prevalencia de infecciones pulmonares
- Prevalencia de infecciones de tejidos blandos
- Prevalencia de infecciones por catéteres

Indicadores de pertenencia

- Intervenciones programadas / pacientes hospitalizados
- Intervenciones urgentes / pacientes en Emergencias y Ginecología
- Ingresos / miles de habitantes

ANEXO 2. INDICADORES GENERALES SUGERIDOS

- Altas + primeras + sucesivas + Urgencias / miles de habitantes
- Urgencias y Emergencias / miles de habitantes
- Prevalencia cateterismo vesical

Indicadores de satisfacción

- % de reclamaciones sobre el total de altas
- % de reclamaciones de lista de espera / total reclamaciones
- Reclamaciones en Urgencias / 1.000 visitas
- Reclamaciones en Emergencias / 1.000 visitas

Indicadores de optimización

- Estancia media
- Índice de ocupación
- Índice de rotación
- Intervenciones programadas con ingreso / día laborable
- Intervenciones programadas ambulatorias / día laborable
- Tiempo medio de espera para intervenciones preferentes, en días
- % de intervenciones desprogramadas

Indicadores de adecuación

- Camas en funcionamiento / miles de habitantes
- % ingresos procedentes de Urgencias / total ingresos
- % ingresos procedentes de Emergencias / total ingresos
- % ingresos procedentes de Urgencias de Ginecología / total ingresos
- % ingresos procedentes de Urgencias / Emergencias / Ginecología
- % de Urgencias que ingresan
- % Urgencias / Emergencias / Ginecología que ingresan
- Balance lista de espera quirúrgica

ANEXO 2. INDICADORES GENERALES SUGERIDOS

Indicadores por servicio

Diagnóstico por Imagen (Radiología)

1. Media de exploraciones/alta
2. Porcentaje de exploraciones/total visitas urgentes
3. Porcentaje de exploraciones/total visitas ambulatorias
4. Porcentaje de exploraciones en hospitalización
5. Efectos adversos por retraso en entrega de resultados
6. Procedimientos no realizados
7. Resultados perdidos
8. Reacciones alérgicas a medios de contraste
9. Proporción de películas dañadas/repetidas/rechazadas
10. Tiempos de espera de pacientes
11. Control de dosis de radiaciones al personal
12. Incidentes en pacientes
13. Lesiones o accidentes de pacientes

Farmacia

14. Porcentaje de altas con medicación con unidosis
 15. Media de medicamentos/alta
 16. Porcentaje solicitudes/total visitas urgentes
 17. Porcentaje solicitudes/total visitas ambulatorias
- Porcentaje de medicamentos fuera de guía farmacológica
 - Media tiempo de respuesta de elaboración de medicamentos
 - Promedio de errores en la dispensación (cantidad, tipo y medicamento dispensado)
 - Falta de información escrita sobre dosis de medicamento (sin viñeta)
- ANEXO 2. INDICADORES GENERALES SUGERIDOS**
- Dosis no administradas a pacientes hospitalizados
 - Dosis no administradas a pacientes en urgencias
 - Recetas no despachadas

- Porcentaje de pacientes con despacho incompleto de recetas

Laboratorio

- N° Hemoderivados/paciente transfundido
- Hemocultivos positivos/total hemocultivos
- Urocultivos positivos/total urocultivos
- Porcentaje Hemocultivos contaminados
- Porcentaje Cultivos micobact. positivos
- Numero de pruebas ordenadas y no realizadas
- Cantidad de muestras perdidas o mal rotuladas
- Resultados falsos negativos
- Resultados falsos positivos
- Efectos adversos por retraso en entrega de resultados
- Resultados perdidos
- Resultados de tinciones de gram versus resultados de cultivos
- Venopunciones innecesarias
- Unidades de sangre destruidas
- Entrega de sangre no cruzada por servicio
- Tiempos de espera de pacientes
- Muestras no identificadas/total de muestras recibidas
- Muestras descartadas por mala recopilación
- Reactivos insuficientes

Patología

18. Porcentaje biopsias/intervenciones quirúrgicas

19. Biopsias ambulatorias

20. Tiempos de espera de pacientes

ANEXO 2. INDICADORES GENERALES SUGERIDOS

21. Porcentaje de nuevos diagnósticos de neoplasia maligna

Enfermería

22. Caídas de pacientes
23. Cambios posturales
24. Preparación pre quirúrgica
25. Cumplimiento de indicaciones según requisitos
26. Reconocimiento precoz de síntomas de alarma
27. Satisfacción del paciente
28. Errores en la medicación
29. Cumplimiento de protocolos
30. Puntualidad en la administración de medicamentos
31. Procedimientos cancelados por mala preparación del paciente
32. Apariciones de úlceras por presión
33. Detección y reporte de infecciones nosocomiales
34. Eliminación inadecuada de agujas
35. Preparación inadecuada de medicamentos
36. Administración inadecuada de medicamentos
37. Personal de enfermería acorde a necesidades según pacientes
38. Venopunciones innecesarias
39. Fuga de pacientes
40. Incidente ocurrido en el hospital.
41. Lesión en el uso de medios de sujeción.
42. Incumplimiento por el personal de la política del hospital relacionada con los medios de sujeción de los pacientes.

Trabajo Social

43. Respuesta oportuna a servicios solicitados
44. Satisfacción del paciente
45. Trámites inadecuados

ANEXO 2. INDICADORES GENERALES SUGERIDOS

46. Respuestas de enfermería
47. Actividades educativas a pacientes
48. Requerimientos no realizados
49. Informes erróneos

50. Pérdida de documentos de pacientes

Terapia Respiratoria

- 51. Cumplimiento de protocolos
- 52. Incidentes con pacientes
- 53. Tratamientos o procedimientos no realizados
- 54. Solicitud no cumplida según lo solicitado
- 55. Puntualidad en la respuesta a solicitudes
- 56. Satisfacción del paciente
- 57. Satisfacción del médico
- 58. Complicaciones en la atención
- 59. Paros cardiorrespiratorios atendidos con éxito/total de paros atendidos
- 60. Reconocimientos de síntomas notificados al medico

Almacén

- 61. Artículos desabastecidos o agotados
- 62. Artículos o productos sobre abastecidos
- 63. Errores de almacenamiento
- 64. Perdida de equipos y/o materiales
- 65. Excedentes innecesarios
- 66. Existencia de artículos no utilizados en el hospital
- 67. Productos vencidos
- 68. Quejas de los usuarios
- 69. Porcentaje de cumplimiento de tarjetas de existencia
- 70. Eficacia del registro de existencias y cantidades consumidas
- 71. Promedio mensual de informes de existencias por servicio

ANEXO 2. INDICADORES GENERALES SUGERIDOS

- 73. Cumplimiento de normas de seguridad en el almacenamiento de productos

Oficina de Compras

74. Exactitud en el proceso de facturación.
75. Número de procesos terminados oportunamente/procesos solicitados por sección.
76. Tramites demorados
77. Tarifa de refacturación.
78. Puntualidad en la facturación a proveedores
79. Quejas del personal

Servicios de Limpieza

80. Tiempo para la limpieza del cuarto o salas de pacientes
81. Inspecciones de limpieza realizadas/programadas
82. Cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad.
83. Número de veces que es necesario limpiar de nuevo.
84. Período de tiempo entre la solicitud de servicios y el cumplimiento de los mismos.
85. Satisfacción del paciente y del personal.
86. Cumplimiento con las normas de salud.
87. Accidentes de los empleados.
88. Lesiones a terceros por humedad de pisos

Alimentación/Nutrición

89. Temperatura de los alimentos.
90. Pacientes que reciben dieta inadecuada.
91. Puntualidad en respuesta a las solicitudes.
92. Exactitud en el contenido de las bandejas.
93. Incidentes con los pacientes.
94. Cantidad de alimento que se desperdicia.

ç

ANEXO 2. INDICADORES GENERALES SUGERIDOS

96. Pacientes no intervenidos quirúrgicamente por recibir dieta no indicada.
97. Cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad.
98. Exactitud de las evaluaciones nutricionales.
99. Satisfacción del paciente.
100. Satisfacción del personal

101.Satisfacción del médico

INDICADORES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Anestesia

- 102. Selección apropiada de la anestesia.
- 103. Documentación de las visitas pre y posoperatorias.
- 104. Cumplimiento con los requisitos de la documentación.
- 105. Puntualidad en las visitas pre y posoperatorias.
- 106. Trauma inducido por la anestesia.
- 107. Fallecimientos durante el período peri-operatorio.
- 108. Cumplimiento de procedimientos de control de infecciones y medidas de seguridad.
- 109. Disponibilidad de tratamiento de emergencia.
- 110. Demoras en la intervención quirúrgica a causa del anesthesiólogo.
- 111. Reclamos por incompetencia profesional.
- 112. Cancelación de intervenciones quirúrgicas a causa del anesthesiólogo.
- 113. Otros Indicadores Clínicos Específicos Relacionados con la Anestesia
 - 113.1. Mortalidad dentro de un período específico de tiempo después de la anestesia.
 - 113.2. No se produce la recuperación de la anestesia general dentro de un período específico de tiempo.
 - 113.3. Lesión que se presenta en el cerebro o la médula espinal dentro de un período específico de tiempo después de la anestesia.
 - 113.4. Desarrollo de una deficiencia neurológica periférica dentro de un período específico de tiempo después de la anestesia.

ANEXO 2. INDICADORES GENERALES SUGERIDOS

- anestesia.
- 113.6. Lesión odontológica durante la anestesia.
- 113.7. Aspiración de contenido gástrico con desarrollo de resultados radiológicos típicos de neumonitis de aspiración, relacionado con la atención de anestesia.
- 113.8. Paro cardíaco temporalmente relacionado con la atención de anestesia.
- 113.9. Infarto del miocardio agudo clínicamente aparente relacionado temporalmente con la atención de anestesia.

- 113.10. Desarrollo de dolor de cabeza después de perforación dural relacionado con la atención de anestesia.
- 113.11. Falla, mal funcionamiento o desconexión del equipo.
- 113.12. Falla en la intubación.
- 113.13. Lesión de la tráquea.
- 113.14. Falla en la anestesia regional que requiere inducción de anestesia general.
- 113.15. Mortalidad relacionada con la atención de anestesia.
- 113.16. Lesión ocular durante la atención de anestesia.
- 113.17. Comienzo de hipertermia maligna.
- 113.18. Parto prolongado secundario a epidural.
- 113.19. Recuperación prolongada (72 horas) después de la anestesia general.
- 113.20. Reintubación en la sala de recuperación.
- 113.21. Canulación repetida.
- 113.22. Epidural repetida.
- 113.23. Paro respiratorio relacionado con la atención de anestesia.

Cirugía General

- 114. Cualquier procedimiento repetido durante la misma admisión.
- 115. Atelectasia después de la operación.
- 116. Lesión de cauterización.
- 117. Trombosis de vena profunda después de la operación.
- 118. Apéndice perforado por retraso en la cirugía.
- 119. Regreso a la sala de operaciones por lesión ocurrida después de la cirugía previa.

ANEXO 2. INDICADORES GENERALES SUGERIDOS

- 121. Infección del conducto urinario después de la operación.
- 122. Hematoma en herida.
- 123. Infección de herida
- 124. Correlación entre el diagnóstico pre y post quirúrgico

Cirugía Ambulatoria o Electiva

- 125. Todas las cancelaciones.

126. Cancelación/Surgió emergencia.
127. Cancelación/Petición del paciente.
128. Cancelación/Enfermedad del personal.
129. Cancelación/Enfermedad del paciente.
130. Infecciones postoperatorias.
131. Dado de alta contra asesoramiento médico (alta exigida).
132. Reacción a los medicamentos o transfusión.
133. Incidente ocurrido en el hospital/sala de operaciones.
134. Procedimiento diagnóstico invasivo repetido durante la misma admisión.
135. Separación o reparación no planificada de parte normal del cuerpo durante la cirugía (sin consentimiento).
136. Uso apropiado de sensibilidades al cultivo de sangre en el tratamiento de sepsis bacteriana.
137. Comisión de errores graves en la administración de los medicamentos que resultan en la muerte o en una morbilidad importante.
138. Desarrollo de infecciones relacionadas con el uso de dispositivos
139. Desarrollo de neumonía en pacientes post quirúrgicos
140. Empeoramiento de úlceras de presión (úlceras o escaras por decúbito).
141. Desarrollo de infecciones de heridas después de procedimientos quirúrgicos limpios o limpios-contaminados.
142. Admisiones no planificadas a un hospital después de cirugía ambulatoria o procedimientos específicos.
143. Readmisión no planificada al hospital poco después de una intervención quirúrgica realizada dentro del hospital.

14

ANEXO 2. INDICADORES GENERALES SUGERIDOS

- específicos ambulatorios realizados fuera del hospital.
145. Puntualidad en la profilaxis de antibióticos durante procedimientos quirúrgicos específicos.
 146. Amputaciones de "pie diabético" (indica mal seguimiento a nivel primario de atención).
 147. Utilización inadecuada de los antibiogramas en el tratamiento de la sepsis bacteriana.
 148. Mortalidad de pacientes después de procedimientos quirúrgicos específicos durante la hospitalización o dentro de un período de treinta días después de la admisión, si el fallecimiento ocurre en la institución donde el paciente fue transferido.

- 149. Mortalidad entre pacientes tratados en el hospital por lesiones ocurridas inmediatamente antes del tratamiento, cuando la muerte ocurre dentro de un período de treinta días después de la lesión o durante la hospitalización necesaria por la ocurrencia de la lesión.
- 150. Curación retrasada.
- 151. Sospecha de agresión o abuso sexual.

Medicina Interna

- 152. Infarto del miocardio agudo en pacientes con menos de 50 años de edad.
- 153. Dado de alta contra asesoramiento médico.
- 154. Incidente ocurrido en el hospital.
- 155. Lesión de órgano o parte del cuerpo durante procedimiento invasivo.
- 156. Dolor no identificable al ser admitido.
- 157. Procedimiento diagnóstico invasivo repetido en la misma admisión.
- 158. Sospecha de agresión o abuso sexual.
- 159. Monitor no disponible para paciente de cuidados especiales
- 160. Complicaciones no detectadas oportunamente
- 161. Indicaciones con dosis inadecuadas de fármacos
- 162. Edema agudo de pulmón iatrogénico

Pediatría y Neonatología

- 163. Paro cardíaco o respiratorio.
- 164. Problemas congénitos del recién nacido.

ANEXO 2. INDICADORES GENERALES SUGERIDOS

- 166. Neonato requiere oxígeno por más de veinticuatro horas después del nacimiento.
- 167. Neonato requiere antibióticos parenterales.
- 168. Error o reacción a los medicamentos.
- 169. Accesos neonatales.
- 170. Sepsis neonatal.
- 171. Neonato con anomalías importantes.
- 172. Lesiones en neonato.
- 173. Paciente dado de alta sin documentación de instrucciones ambulatorias.

- 174. Fototerapia por bilirrubinemia.
- 175. Hidratación parenteral versus hidratación oral.
- 176. Readmisión al hospital dentro de setenta y dos horas del alta.
- 177. Sospecha de agresión o abuso sexual.
- 178. Traslado a tercer nivel después de veinticuatro horas.
- 179. Resultado diagnóstico imprevisto/anómalo después de darse de alta al paciente.
- 180. Neumonías consecuentes a síndromes diarreicos (indica mal seguimiento a nivel primario de atención).

Indicadores Clínicos en la Atención Obstétrica

- 181. Inducción del parto por indicaciones clínicas que no sean diabetes, ruptura prematura de membranas, hipertensión inducida por el embarazo, gestación por término, retardo en el crecimiento intrauterino, enfermedad cardíaca, isoimmunización, muerte del feto o corioamnionitis con o sin operación cesárea.
- 182. Operación cesárea primaria por falta de progreso.
- 183. Parto vaginal exitoso o fallido después de la operación cesárea.
- 184. Parto por medio de operación cesárea planificada repetida de un niño con peso menor de 2 500 gramos o con enfermedad de la membrana hialina.
- 185. Nacimiento por parto inducido de un niño con peso menor de 2 500 gramos o con enfermedad de la membrana hialina.
- 186. Pre Eclampsia - Eclampsia.
- 187. Comienzo de tratamiento con antibióticos en el hospital veinticuatro horas o más después de parto

ANEXO 2. INDICADORES GENERALES SUGERIDOS

- 188. Pérdida excesiva de sangre de la madre, excepto por ruptura de placenta o placenta previa, según se manifiesta por la necesidad de una transfusión de glóbulos rojos, por hematocrito menor de 22, o hemoglobina menor de 7, o una caída de hematocritos de más de 11, o de hemoglobina de más de 3.5.
- 189. Estadía de la madre por más de cinco días después de parto vaginal o más de siete después de operación cesárea.
- 190. Readmisión de la madre dentro de los catorce días siguientes al parto.
- 191. Muerte de la madre dentro de un período hasta de cuarenta y dos días después del parto.
- 192. Muerte durante el parto en el hospital de feto con peso de 500 gramos o más.

193. Muerte perinatal de niño con peso de 500 gramos o más.
194. Parto de un niño con peso menor de 1,800 gramos, en un hospital sin UCIN.
195. Transferencia de un neonato a la UCIN de otro hospital.
196. Diagnóstico de síndrome de aspiración masiva.
197. Diagnóstico de traumatismo del nacimiento.
198. Neonato a término con convulsiones súbitas clínicamente aparentes antes de ser dado de alta del hospital.
199. Número de abortos en la emergencia (información sobre origen y residencia del paciente para comparación con programas comunitarios de planificación familiar).

Otros Eventos Obstétricos

200. Lesión a la vejiga durante la sección cesárea.
201. Pérdida de sangre de más de 1.000 CC.
202. Paro cardíaco/respiratorio, madre.
203. Tiempo de incisión de sección cesárea de más de treinta minutos.
204. Alumbramiento con ayuda de persona sin credenciales obstétricas.
205. Alumbramiento de niños muy prematuros en instituciones sin unidad de cuidados intensivos neonatales.
206. Diagnóstico del síndrome de aspiración de meconio en sala de recién nacidos.
207. Diagnóstico de tipos específicos de trauma al nacer.
208. Alta contra asesoramiento médico.

ANEXO 2. INDICADORES GENERALES SUGERIDOS

210. Monitor fetal no disponible durante el parto.
211. Lesión ocasionada por las pinzas.
212. Laceración de cuarto grado o extensión de episiotomía.
213. Recuento hematocrito de menos del 28 por ciento.
214. Enfermedad de la membrana hialina después de sección cesárea electiva repetida.
215. Inducción para especificaciones distintas de las especificadas con y sin sección cesárea posterior.
216. Mortalidad en el parto en hospital en ausencia de parto prematuro extremo o anomalías congénitas importantes.
217. Lesión en órgano o parte del cuerpo.

218. Transfusión de glóbulos rojos en el parto o después del parto excepto con abrupcio placenta o placenta previa.
219. Muerte fetal intrauterina (menos de veinte semanas/alumbramiento antesala de parto).
220. Parto con forceps alto.
221. Sepsis neonatal.
222. Peso del neonato inferior a 2.500 gramos.
223. Peso del neonato superior a 4.500 gramos.
224. Mortalidad perinatal en ausencia de alumbramiento prematuro extremo.
225. Hemorragia después del parto.
226. Infección después del parto.
227. Precipitación del parto.
228. Sección cesárea primaria (Revítese si no se hallan en el registro ninguno de los criterios siguientes):
- 228.1. Placenta previa
 - 228.2. Falta de proporción cefalopélvica
 - 228.3. Falta de progreso
 - 228.4. Compromiso fetal
 - 228.5. Herpes activa
 - 228.6. Presentación de nalgas
 - 228.7. Presentación de hombros
 - 228.8. Presentación de cara
 - 228.9. Muerte materna
229. Puntuación Apgar de 6 o menos a los 5 minutos
230. Duración prolongada de la permanencia materna después de indicaciones de parto vaginal o sección cesárea.
231. Tasas de partos vaginales o cesáreas pretendidas o conseguidas.
232. Resucitación con intubación de un niño nacido en tiempo normal.
233. Trauma importante al nacer (fracturas, palsias de los nervios, cefalohematomas).
234. Mortinato (más de 20 semanas).
235. Mortinato (más de 24 semanas o 500 gm).
236. Regreso no planificado a la sala de operaciones/sala de partos.
237. Complicaciones de la herida.
238. Hematoma de la vagina/vulva.

ANEXO 2. INDICADORES GENERALES SUGERIDOS

Ortopedia

- 239. Gangrena.
- 240. Falta de unión/unión defectuosa de fractura.
- 241. Infección de la herida.
- 242. Tiempo de estancia promedio
- 243. Tiempo de cirugía/tiempo de lesión
- 244. Cirugías retardadas
- 245. Cirugías suspendidas
- 246. Falta de material de osteosíntesis
- 247. Lesión ocasionada como resultado del tratamiento (férula, enyesado).

Rehabilitación

- 248. Incidentes de los pacientes.
- 249. Logro de las metas determinadas.
- 250. Medición de las metas de tratamiento.
- 251. Solicitud contra realización de tratamientos.

25

ANEXO 2. INDICADORES GENERALES SUGERIDOS

- 253. Cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y de seguridad.
- 254. Satisfacción paciente/médico.
- 255. Períodos de espera de los pacientes.
- 256. Visitas demoradas.
- 257. Pertinencia del programa de tratamiento.

Indicadores de eficiencia económica y social

- 258. Ingresos por servicio asistencial / activo circulante
- 259. Ingresos por servicio asistencial / activo fijo
- 260. Eficiencia (Diferencia gastos previsibles/reales)
- 261. Variación real de ingresos sobre total año anterior
- 262. Equilibrio (Diferencia variación ingresos/gastos ejercicio)
- 263. Costos por reprocesos

264. Costos por cirugías suspendidas

265. Costos por estancia inadecuada

266. Costos por estudios innecesarios

267. Costos por ausentismo de personal

268. Inversión en capacitación

268.1. Cursos o jornadas realizadas/programadas

268.2. Empleados capacitados/empleados programados

ANEXO 3. FODA HOSPITAL AMATEPEC CONSIDERANDO CRITERIOS DEL MODELO

CRITERIO	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liderazgo <ul style="list-style-type: none"> ○ Desarrollo de la misión, la visión y los valores, y su papel de modelo de referencia de una cultura de excelencia. ○ Compromiso personal con el desarrollo, puesta en práctica y mejora continua del sistema de gestión de la organización. ○ Implicación con clientes, asociados y 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existen misión y visión definidas por los empleados y la gerencia 2. Se ha formado un comité gerencial que realiza reuniones periódicas 3. La dirección local promueve las actividades de mejora con apoyo de comités 4. Hay gestiones coordinadas con colaboradores externos al hospital 5. 	<ol style="list-style-type: none"> 6. La misión y visión no se han generalizado a todos los empleados 7. Faltan programas de motivación y reconocimiento al personal de una forma sistematizada 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Existe apoyo de parte de la Dirección y Subdirección General en cuanto a políticas de calidad y mejora continua 9. Existe recurso humano que se ha incorporado a sistemas de formación en calidad de la atención en salud 	<ol style="list-style-type: none"> 10. El sindicato, en ocasiones, toma un papel antagónico con las actividades de mejora por considerarlas parte de un plan de privatización de la institución

representantes de la sociedad.				
○ Motivación, el apoyo y el reconocimiento al personal				

ANEXO 3. FODA HOSPITAL AMATEPEC CONSIDERANDO CRITERIOS DEL MODELO

CRITERIO	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Política y Estrategia <ul style="list-style-type: none"> ○ Están fundamentadas en las necesidades y expectativas, tanto presentes como futuras, de los actores. ○ Están fundamentadas en información procedente de medidas del rendimiento y de las actividades de 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las políticas y estrategias se revisan continuamente según los nuevos estándares de calidad acordados por los comités de mejora 2. Se revisan indicadores y se hacen proyecciones considerando el aprendizaje de experiencias previas 3. Se comunican cambios en la 	<ol style="list-style-type: none"> 4. No se hace revisión periódica de las expectativas de los clientes 5. Hay fallas en la comunicación de la estrategia a niveles operativos 		

<p>investigación, aprendizaje y creatividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se desarrollan, revisan y actualizan. ○ Se despliegan mediante un sistema de procesos claves. ○ Se comunican y ponen en práctica. 	<p>estrategia en comité gerencial</p>			
--	---------------------------------------	--	--	--

ANEXO 3. FODA HOSPITAL AMATEPEC CONSIDERANDO CRITERIOS DEL MODELO

CRITERIO	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal <ul style="list-style-type: none"> ○ Se planifican, gestionan y mejoran los recursos humanos. ○ Se identifican, 	<p>6. Se solicitan plazas considerando indicadores</p> <p>7. Se mantiene un programa formativo por área y multidisciplinario</p> <p>8. Se hacen gestiones para lograr el empoderamiento</p>	<p>11. Existe personal de reciente contrato que tiene debilidades en su formación</p> <p>12. No se ha</p>	<p>13. Empleados con estudios de especialización por cuenta propia</p> <p>14. Apoyo de Docencia para programas de</p>	<p>16. El personal, en su mayoría, no reconoce las prestaciones de la institución</p>

<p>desarrollan y mantienen los conocimientos y las capacidades del personal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se responsabiliza al personal y se le da autoridad. ○ La organización dialoga con su personal. ○ La organización remunera y reconoce a su personal y cuida de él. 	<p>de los recursos</p> <p>9. Existen programas de prevención de riesgos</p> <p>10. Inicio de especialización en Medicina Familiar</p>	<p>logrado el empoderamiento de todas las áreas y personas</p>	<p>formación</p> <p>15. Especialistas externos dispuestos a apoyar la formación del personal</p>	
--	---	--	--	--

ANEXO 3. FODA HOSPITAL AMATEPEC CONSIDERANDO CRITERIOS DEL MODELO

CRITERIO	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestión de 	17. Se cumplen normas de	22. Infraestructura	24. Probabilidad de	26. Frecuente

<p>Colaboradores y Recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Colaboradores externos. ○ Finanzas. ○ Edificios, equipos y materiales. ○ Tecnología. ○ Información y los conocimientos 	<p>protección a la propiedad intelectual</p> <p>18. Se tiene presupuesto propio</p> <p>19. Se logró conseguir aumento en el presupuesto asignado</p> <p>20. Existe disponibilidad de tecnología acorde a las necesidades del centro</p> <p>21.</p>	<p>limitada</p> <p>23. Falta de equipos necesarios para actividades de formación</p>	<p>transferencia de materiales de otros centros</p> <p>25. Convenios con agentes externos para la transmisión de información</p>	<p>desabastecimiento de materiales por licitaciones desiertas</p> <p>27. Dependencia de almacén central para obtener recursos</p> <p>28. Incremento de costos de servicios tecnológicos</p> <p>29. Incumplimiento de contratos con la institución de parte de empresas que proveen sistema</p>
---	--	--	--	--

				informático
--	--	--	--	-------------

ANEXO 3. FODA HOSPITAL AMATEPEC CONSIDERANDO CRITERIOS DEL MODELO

CRITERIO	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procesos <ul style="list-style-type: none"> ○ Diseño y gestión sistemáticos de los procesos. ○ Mejora de los procesos, innovando para satisfacer las necesidades de los clientes y para generar valor creciente para ellos. ○ Diseño y desarrollo de Productos y Servicios, basándose en las necesidades y expectativas del cliente. ○ Producción, distribución y servicio post-venta de 	<p>30. Se evalúan periódicamente procesos que afectan la calidad de atención</p> <p>31. Se determinan acciones de mejora en las reuniones de comités</p> <p>32. Se permite la creación de nuevos procesos</p>	<p>33. No se lleva control del cumplimiento de mejoras por unidad de tiempo</p> <p>34. Algunas mejoras limitadas por falta de recursos</p> <p>35. No se considera al cliente y familiares en opiniones y sugerencias abiertas</p>	<p>36. Apoyo de la Dirección General al promover gestiones de mejora</p> <p>37. Personal con becas de especialización</p>	<p>38. Falta de cumplimiento de agentes externos en la implementación de nuevos procesos</p>

<p>productos y servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> o La gestión de la relación con el cliente, intensificación y mejora. 				
---	--	--	--	--

ANEXO 3. FODA HOSPITAL AMATEPEC CONSIDERANDO CRITERIOS DEL MODELO

CRITERIO	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<p>Resultados en los clientes</p> <p>Medidas de percepciones</p> <p>Indicadores</p>	<p>39. La mayor parte de observaciones en buzones son felicitaciones</p> <p>40. Se lleva registro de quejas</p> <p>41. Se ha agilizado los trámites de cirugía ambulatoria</p> <p>42. Manejo de ingresos bajo cuidados progresivos</p>	<p>43. No se hacen encuestas de satisfacción</p> <p>44. El registro es hecho por atención al cliente, que no depende del hospital</p> <p>45. Existe personal que aun no maneja</p>	<p>48. Existe personal interesado en actividades de medición de expectativas del cliente</p>	<p>49. Existe personal que se opone a los cuidados progresivos</p>

		<p>adecuadamente e los cuidados progresivos</p> <p>46. No se miden costos por complicaciones</p> <p>47. No se miden costos por cirugías suspendidas</p>		
--	--	---	--	--

ANEXO 3. FODA HOSPITAL AMATEPEC CONSIDERANDO CRITERIOS DEL MODELO

CRITERIO	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<p>Resultados en el personal</p> <p>Medidas de percepciones</p> <p>Indicadores</p>	<p>50. Existe satisfacción de las actividades realizadas</p> <p>51. Se distribuye carga laboral</p> <p>52. Existe confianza en el programa de salud</p>	<p>53. No se realiza medición del clima laboral</p>	<p>54. Recurso nuevo abierto a sugerencias</p> <p>55. Flexibilidad de la Dirección local para promover proyectos</p>	<p>56. Influencia negativa del sindicato</p>
CRITERIO	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<p>Resultados en</p>	<p>57. Existen facilidades de trámites</p>	<p>58. No se ha</p>	<p>60. Apertura de atención</p>	<p>61. Zona de</p>

<p>la Sociedad</p> <p>Medidas de percepciones</p> <p>Indicadores</p>	<p>municipales en el hospital</p>	<p>comunicado a la población el programa</p> <p>59. Infraestructura limitada</p>	<p>infantil en emergencia y hospitalización</p>	<p>alto riesgo delincuencia al</p> <p>62. Zona de alto tráfico vehicular</p>
<p>CRITERIO</p>	<p>FORTALEZAS</p>	<p>DEBILIDADES</p>	<p>OPORTUNIDADES</p>	<p>AMENAZAS</p>
<p>Rendimiento Final en la organización</p> <p>Resultados clave</p> <p>Indicadores clave</p>	<p>63. Convenios con la municipalidad y otras asociaciones</p> <p>64. Reconocimiento de autoridades sobre la gestión de calidad comparado con otros centros</p>	<p>65. No se miden indicadores claves resultantes de los convenios</p>	<p>66. Apertura de parte de otras asociaciones para hacer alianzas</p> <p>Hospital con presupuesto propio para su gestión de recursos</p>	

ANEXO 4. TABLAS SUGERIDAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

1. TABLA DE EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES PROGRAMADOS

Sirve para medir indicadores para cada dependencia, para su manejo se sugiere la siguiente tabla, con algunos ejemplos:

Nombre del indicador	Definición	Fórmula	Estándar propuesto	Meta alcanzada	% alcanzado	Responsable
Estancia media por proceso	Monitoreo continuo de la estancia media de las cinco enfermedades más prevalentes	<i>Numero de días de estancia por paciente</i>	A determinar		(Meta alcanzada/Estándar propuesto) x 100	
Uso inapropiado de la hospitalización	Monitoreo continuo del uso inapropiado de camas, usando el Protocolo sobre el uso adecuado de cama hospitalaria	<i>(Ingresos inadecuados/total ingresos) x 100</i> <i>(Pacientes con estancia inadecuada/Pacientes ingresados) x 100.</i>	A determinar			
Reingresos	Monitorización continua de los reingresos	$(\text{Reingresos}/\text{Pacientes ingresados}) \times 100$				
Tratamientos empíricos	Vigilancia del porcentaje de tratamientos empíricos	$(\text{Tratamiento ATB } >5 \text{ días sin confirmación microbiológica} / \text{enfermos que reciben antibióticos}) \times 100$	Menor del 50%			
Satisfacción del paciente	Conocer la satisfacción de los pacientes y/o sus familiares a través de la encuesta de post hospitalización	$\text{N}^\circ \text{ de puntos obtenidos}/\text{n}^\circ \text{ máximo de puntos posibles}$	Mayor del 90%			

ANEXO 4. TABLAS SUGERIDAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

Nombre del indicador	Definición	Fórmula	Estándar propuesto	Meta alcanzada	% alcanzado	Responsable
Docencia a residentes	Evaluar la calidad percibida de la docencia por los médicos residentes, mediante una encuesta	Índice de calidad percibida, N° de puntos obtenidos/n° máximo de puntos posibles	Mayor del 90%			
Producción científica del hospital	Evaluación del impacto del hospital en la investigación dentro de la institución	(N° de publicaciones por el hospital/N° publicaciones por el ISSS) x 100				
Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera	Grado de satisfacción de los usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) por el tiempo de espera transcurrido entre el momento en que se <i>solicitó</i> la atención y el momento en que inició la atención de urgencias.	$\frac{\text{Número de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en urgencias}}{\text{Total de usuarios entrevistados}} \times 100$	Mayor del 85%			
Porcentaje de usuarios satisfechos con el trato recibido en Urgencias.	Grado de satisfacción que manifiestan los usuarios por el trato recibido en el Hospital.	$\frac{\text{Número de usuarios que manifestaron haber recibido buen trato en el Hospital}}{\text{Total de usuarios entrevistados}} \times 100$				
			Promedio programado	Promedio realizado	% de éxito (nota global)	

ANEXO 4. TABLAS SUGERIDAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

2. TABLA PARA EL MANEJO DE UN PROGRAMA ESPECÍFICO, EJEMPLO: GESTIÓN DE QUEJAS

CRITERIO	SI	NO	NO APLICA	VALOR (SI = 1, NO = 2, NO APLICA = 0)
Existe un servicio o equipo responsable de la gestión de reclamos y quejas				
Se ha cumplido con respuesta escrita en tiempo menor de 30 días				
Se evalúan las causas de quejas mas frecuentes y se lleva estadística				
Existe un protocolo para las respuestas y se cumplen los criterios establecidos en el manual, en el documento entregado al paciente o familiar				
Se analiza junto con los implicados y luego mediante análisis del comité, si aplica o no el reclamo presentado				
Se llevan a cabo medidas para disminuir los reclamos y se hace del conocimiento de los implicados				
	VALOR OBTENIDO			

Para medir, se suma el resultado obtenido; en este ejemplo de cero a 6, es adecuado, mayor de 6 debe mejorarse; al dividir el valor obtenido entre 6, se saca el porcentaje de cumplimiento.

ANEXO 4. TABLAS SUGERIDAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

3. TABLA PARA LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UN COMITÉ ESPECIFICO, EJEMPLO:
FARMACOTERAPIA

1. EVALUACIÓN DE REUNION

CRITERIO	SI	NO	NO APLICA	VALOR (SI = 1, NO = 2, NO APLICA = 0)
La reunión se realiza en la fecha programada				
Hay asistencia con puntualidad de más del 50% más uno de los integrantes del comité				
Se tiene lista de los puntos de agenda a tratar en la reunión por parte del coordinador				
Se hace lectura del acta anterior, se presenta el documento escrito y se firma en la reunión				
Se divulgaron los acuerdos del acta firmada previamente a todas las disciplinas interesadas				
Se ha evidenciado el cumplimiento de los acuerdos por parte del personal implicado				
Se cumple con el tiempo establecido para la reunión				
Se dan a conocer los nuevos acuerdos alcanzados a los integrantes				
Se designa a los responsables de la divulgación de los acuerdos alcanzados				
Se entrega copia de esta hoja de evaluación a la Dirección local al finalizar la reunión				
	VALOR OBTENIDO			

ANEXO 4. TABLAS SUGERIDAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

4. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LOS COMITÉS

CRITERIO	PROGRAMADO	REALIZADO	% ALCANZADO
Reuniones			(realizado/programado)x 100
Evidencia de existencia de actas			
Evidencia de diseño de plan de trabajo escrito			
Proyectos de mejora			
Evidencia de reportes escritos de inspecciones realizadas			
Evidencia de mejoras realizadas			
Porcentaje de proyectos cumplidos en el tiempo programado*			
Evidencia de actividades de seguimiento de la aplicación de normas			
Presentación de informe anual de actividades			
Promedio de notas obtenidas en evaluación de reuniones			
PROMEDIO = NOTA ALCANZADA POR EL COMITÉ			

* SE DEBEN SUMAR SOLAMENTE LOS PROYECTOS PLANIFICADOS A LA FECHA DE LA EVALUACIÓN.

ANEXO 4. TABLAS SUGERIDAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

5. HOJA DE SEGUIMIENTO A PROYECTOS DE MEJORA POR COMITÉ

ACUERDO O PROYECTO DE MEJORA REALIZAR	PRIORIDAD	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA	FECHA REALIZADA	DÍAS DE RETRASO	OBSERVACIONES

Evaluación: Acuerdos realizados hasta la fecha de medición / Acuerdos programados a esa fecha X 100

6. CIRUGIA AMBULATORIA

Meta: realizar cirugía dentro de los 30 días siguientes al diagnóstico

NO AFILIACIÓN	NOMBRE	FECHA DE DIAGNOSTICO	FECHA DE EVALUACIÓN PRE QUIRÚRGICA	FECHA DE CIRUGÍA	CAUSA DE SUSPENSIÓN DE CIRUGIA	OBSERVACIONES
Puntaje obtenido			Suma de puntos dividido entre total de pacientes			

Codificación de puntos para cirugías suspendidas:

- | | |
|----------------------------|---------------------------------|
| 0= no se presentó | 4: Médico ausente |
| 1: Error de personal | 5: Cirugía anterior se complicó |
| 2: Error de esterilización | 6: Requisitos incompletos |
| 3: Falta de medicamentos | |

ANEXO 4.TABLAS SUGERIDAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

7. TABLA DE PUNTUACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE SERVICIOS O DEPARTAMENTOS

➤ Farmacia

Indicador	Programado	Realizado	Porcentaje de cumplimiento	Prioridad	Factor de corrección	Valor
Recetas despachadas por paciente de emergencia						
Recetas despachadas por paciente hospitalizado						
Recetas no despachadas (demanda insatisfecha)						
Medicamento vencido						
Tiempo de despacho para paciente en emergencia						
Tiempo de despacho para paciente hospitalizado						
Promedio de medicamentos/alta						
Reuniones del comité de farmacoterapia						
Porcentaje de medicamentos despachados incorrectamente						
Unidades incorrectas por medicamento						
Promedio de errores en el etiquetado						

ANEXO 4.TABLAS SUGERIDAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

➤ Laboratorio

Indicador	Programado	Realizado	Porcentaje de cumplimiento	Prioridad	Factor de corrección	Valor
Porcentaje de hemocultivos contaminados						
Porcentaje de urocultivos contaminados						
Porcentaje de resultados falsos positivos						
Porcentaje de hemocultivos positivos						
Porcentaje de solicitudes por paciente en emergencia						
Porcentaje de solicitudes por paciente en hospitalización						
Porcentaje de solicitudes por paciente ambulatorio						
Porcentaje de solicitudes por servicio clínico						
Numero de hemoderivados/paciente transfundido						
Porcentaje de cultivos positivos a micobacterias						

ANEXO 4. TABLAS SUGERIDAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

3. Enfermería

Indicador	Programado	Realizado	Porcentaje de cumplimiento	Prioridad	Factor de corrección	Valor
Escaras durante el ingreso						
Caídas						
Muertes						
Pacientes que se retiran sin atención						
Pacientes que se quejan						
Pacientes que felicitan						
Tiempo de espera para consulta						
Tiempo de espera para ingreso a hospitalización						
Medicamento erróneo						
Paciente con dieta asistida no cumplida						
Paciente con higiene en cama no cumplida						
Quejas de maltrato						

ANEXO 4.TABLAS SUGERIDAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

8. TABLA DE EVALUACION DE RIESGOS PARA PRIORIZAR PROBLEMAS

Problema	Nº de pacientes afectados	Riesgo que comporta el problema	Costo diferencial del problema	Influencia externa	Total
1	++	+++	++	++	
2	++	++	+++	+	
3	+++	+++	+	+++	
4	+++	+++	+++	++	

2. Pacientes afectados:

- +++ Todos los pacientes.
- ++ A un número muy importante de pacientes.
- + A un número pequeño de pacientes.
- 0 Prácticamente a ningún paciente.

0 Riesgo.-

- 3. +++ Gran riesgo, el problema es muy grave para los pacientes.
- 4. ++ Riesgo moderado, pero sigue siendo un problema grave.
- 5. + Riesgo pequeño.
- Riesgo prácticamente nulo

4. Costo de la solución

- +++ No representa ningún costo o el costo queda neutralizado porque evita gastos que antes se producían.
- ++ Representa algún costo que lo asume el servicio
- + Representa un costo importante que debe ser asumido por el hospital, sin un presupuesto adicional.
- 0 Representa un costo tan importante que necesita un programa especial a nivel nacional.

ANEXO 4.TABLAS SUGERIDAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

1. Influencia externa.-

1. +++ La solución solo depende del servicio.
2. ++ La solución depende del servicio y del hospital.
3. + Depende del servicio, hospital y la institución.
4. 0 Depende de una planificación de salud educativa y social a nivel de gobierno.

9. TABLA PARA LA GESTION DE BUZONES DE SUGERENCIAS

SERVICIO: _____ SEMANA: _____ FECHA: _____

SUGERENCIA O QUEJA	FORMA DE RECEPCIÓN DE QUEJA	TIPO	ACCIÓN O RESPUESTA	TIPO DE RESPUESTA	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE DE RESPUESTA	FECHA DE RESPUESTA REAL

FORMA DE RECEPCIÓN:

1. Carta a la dirección
2. Verbal
3. Telefónica
4. Buzón de sugerencia

ANEXO 4.TABLAS SUGERIDAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

TIPO DE SUGERENCIA O QUEJA:

- A) Instalaciones físicas (accesos inadecuados, barreras físicas, condiciones ambientales inadecuadas, falta de mobiliario o equipos, espacios estrechos, falta de privacidad, falta de facilidades)
- B) Información (insuficiente, incompleta, nula, confusa)
- C) Calidad de atención (falta de amabilidad, desinterés, autoritarismo, trato no equitativo, falta de apoyo oportuno)
- D) Procesos o Servicio (Tiempo de espera prolongado, incoordinación entre servicios o departamentos, falta de personal, tramites engorrosos, solicitud de documentación innecesaria, incumplimiento de horarios, cirugía suspendida, estudio no realizado, referencia inadecuada)
- E) Insumos no farmacológicos (muletas, vendas, otros)
- F) Fármacos

INFORME ESTADÍSTICO:

1. Número de quejas en general y por dependencia por mes
2. Quejas respondidas en tiempo establecido/ Total de quejas recibidas
3. Clasificación de quejas e impacto de las respuestas
4. Impacto económico
5. Mejoras o disminución de la satisfacción del cliente detectada por cuestionarios
6. Clientes satisfechos con la respuesta brindada
7. Evidencia de mejoras realizadas (cuando aplica)

ANEXO 4. TABLAS SUGERIDAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

FORMATO SUGERIDO PARA LA GESTIÓN DE QUEJAS

Los datos que usted anote serán manejados bajo estricta confidencialidad; sin embargo puede anotar los requerimientos solicitados según usted considere convenientes:

Nombre: _____ No de Afiliación: _____

No de teléfono: _____ E- mail: _____

DATOS DE LA DEPENDENCIA EN DONDE SE ORIGINA LA QUEJA O SUGERENCIA:

Dependencia o servicio en donde usted fue atendido: _____

Fecha de atención e incidente: _____ Hora: _____

Motivo de la queja, sugerencia o felicitación: _____

¿Desea que le enviemos respuesta sobre la gestión realizada para la solución a su demanda?

Si: _____

No: _____

Marque el medio que usted considera conveniente para que le demos respuesta:

Carta: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección (si solicita respuesta por carta): _____

Firma: _____

En caso usted solicite respuesta, se le enviará en un plazo no mayor de 30 días; si a dicho plazo no ha recibido respuesta, comuníquese al numero de teléfono _____ para reclamos.

ESPACIO PARA LA OFICINA DE QUEJAS:

Código de incidente: _____

Se trata de una falta relacionada a nuestro portafolio de servicios:

Si: _____

No: _____

ANEXO 5.TABLA PARA LA APLICACIÓN DEL REDER, AUTOEVALUACIÓN MODELO EFQM

CRITERIO 1. LIDERAZGO

La forma en que el equipo directivo desarrolla y facilita que se alcance la misión y la visión, desarrolla los valores necesarios para el éxito a largo plazo, los materializa mediante acciones y comportamientos adecuados, y se compromete personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la organización se desarrolla y se pone en práctica								
1a. Desarrollo de la misión, visión y valores por parte de los líderes, que actúan como modelo de referencia dentro de una cultura de Excelencia	No se planificó o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Los líderes han desarrollado la misión, visión y valores asegurando que se implanta un proceso de desarrollo, ejecución y actualización de la estrategia								
La misión y la visión se orientan adecuadamente a la institución y las expectativas de su población blanco								
La misión y la visión se han revisado en los últimos dos años								
Se implican personal y activamente en actividades de mejora estableciendo prioridades y asegurando que las propuestas sean realidades en los plazos propuestos								
Forman parte activa del Comité de Calidad								
Se implican en la atención al cliente mediante recorridos en los diversos servicios y entrevistas a clientes internos y externos								
Establecen un sistema de información de las actividades de los distintos comités de mejora a todos los empleados, socios y la sociedad asegurando su divulgación efectiva								
Los líderes estimulan el empoderamiento de su recurso								
Se interesan en incentivar al personal que cumple los objetivos institucionales								
Han diseñado estándares que miden el impacto de la gestión de los distintos comités de mejora del hospital								
Aseguran el cumplimiento de los indicadores y estándares diseñados								
Aseguran mejoras continuas en los procesos								
1b. Implicación personal de los líderes para garantizar el desarrollo,	No se planificó	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado en	VALOR	MEDIA	TOTAL

ANEXO 5. TABLA PARA LA APLICACIÓN DEL REDER, AUTOEVALUACIÓN MODELO EFQM

CRITERIO 2. POLÍTICAS

Cómo materializa la organización su misión y visión mediante una estrategia claramente enfocada hacia los actores, apoyada por políticas, planes, objetivos, metas y procesos adecuados								
2a. Políticas fundamentadas en las necesidades presentes y futuras de los clientes	No se planificó o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Existen métodos de identificación de necesidades de salud de la población objetivo								
Hay programas preventivos orientados sobre la base de su perfil epidemiológico								
Existe interés en conocer las expectativas, opiniones y sugerencias del cliente								
Se obtiene información reciente de avances científicos y tecnológicos del sector sanitario, incluyendo actividades de competencia y el impacto de nuevas tecnologías								
Existen indicadores económicos y de rendimiento								
Se tiene reporte de indicadores de otras organizaciones consideradas mejores para comparación y mejora								
Se considera legislación medioambiental y social en la gestión								
Verifican cumplimiento de programas e indicadores propuestos								
2b. Políticas fundamentadas en información procedente de medidas del rendimiento y actividades de investigación	No se planificó o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Programas de investigación de expectativas del cliente sobre las estrategias planificadas y su impacto en la atención								

ANEXO 5.TABLA PARA LA APLICACIÓN DEL REDER, AUTOEVALUACIÓN MODELO EFQM

Evaluación y mejora periódica de la efectividad del esquema de procesos clave de la organización								
Revisión de la estrategia y correcciones cuando es requerido								
2e. Comunicación y puesta en práctica de la política	No se planificó o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Divulgación de la estrategia al cliente interno y externo de manera que existan expectativas y se promueva la opinión								
Revisión periódica de la implantación y seguimiento de la estrategia en todos los niveles de la organización								
Corrección oportuna de deficiencias e implementación de mejoras								
Total criterio 2								

CRITERIO 3. RECURSOS HUMANOS

Cómo gestiona y desarrolla la organización los conocimientos de las personas que la constituyen y libera todo su potencial, tanto individualmente como en equipo y en el conjunto de la organización								
3a. Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos	No se planificó o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Planificación del personal en cuanto a número, tipo, especialización u otras coherente con la estrategia								
Sistema de contratación con criterios de transparencia y equidad de acuerdo normativas institucionales								

ANEXO 5.TABLA PARA LA APLICACIÓN DEL REDER, AUTOEVALUACIÓN MODELO EFQM

Implicación del recurso humano en las decisiones a tomar para mejorar sus debilidades								
Sistemas de rotación efectiva del recurso humano potencializando su conocimiento								
3d. Dialogo de la organización con su personal	No se planificó o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Revisión periódica de la efectividad del sistema de comunicación								
Implementación de mejora o actualización del sistema de comunicación sobre la base de resultados de investigación								
Sistema para acceder y compartir las mejores practicas y el conocimiento dentro de la organización								
Programa de toma de opiniones del personal sobre las gestiones realizadas								
3e. Remuneración, reconocimiento y cuidado del personal	No se planificó o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Mejora y actualización anual del sistema de reconocimientos								
Fomento de concienciación e implicación del personal en temas de higiene, seguridad y medio ambiente								
Sistema de beneficios sociales e interrelaciones entre disciplinas diferentes								
Beneficios adicionales para empleados (transporte, flexibilidad horaria, actividades culturales y otras)								
Total criterio 3								

ANEXO 5.TABLA PARA LA APLICACIÓN DEL REDER, AUTOEVALUACIÓN MODELO EFQM

CRITERIO 5. PROCESOS

Cómo diseña, gestiona, y mejora la organización sus procesos con objeto de apoyar su política y su estrategia, y para generar valor de forma creciente para sus clientes y sus otros actores								
5a. Diseño y gestión sistemática de los procesos	No se planificó o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Utiliza una metodología adecuada y participativa para definir y estabilizar sus procesos (reducir su variabilidad)								
Resuelve los problemas de coordinación entre servicios o unidades para facilitar su gestión efectiva, respondiendo a criterios de continuidad asistencial								
Comprueba la estabilidad de los procesos en relación con los indicadores de eficiencia y satisfacción del cliente								
Aplica la gestión de procesos estandarizados en base al sistema sanitario								
Revisa periódicamente sus procesos de atención e introduce mejoras orientadas al servicio al cliente								
Informa al personal oportunamente de las modificaciones en los procesos evitando inconformidades o correcciones posteriores								
5b. Mejora e innovación de los procesos para mejorar la satisfacción del cliente y generar valor agregado a los mismos	No se planificó o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Facilita metodologías para mejora de procesos (herramientas o diagramas)								

ANEXO 5.TABLA PARA LA APLICACIÓN DEL REDER, AUTOEVALUACIÓN MODELO EFQM

Detección y eliminación de procesos innecesarios que retardan la atención (reprocesos)								
5e. Relaciones con sus clientes; intensificación y mejora	No se planificó o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Tiene métodos para averiguar las necesidades y expectativas de los clientes (sugerencias, quejas, felicitaciones)								
Usa diversos métodos de recogida de datos sobre la satisfacción del cliente de manera sistemática								
Revisión periódica de indicadores relacionados con los clientes (demoras, cancelaciones de procedimientos, falta de suministros, etc.)								
Implicación y búsqueda de solución a las preocupaciones, necesidades y expectativas del cliente								
Total criterio 5								

CRITERIO 6. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Lo que consigue la organización en relación con sus clientes externos								
6a. Resultados Clave	No se planificó o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Facilidades de acceso al sistema sanitario (recurso médico, especialistas, estudios especializados)								
Equidad, trato personal, cortesía								
Calidad técnica (prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación)								

ANEXO 5.TABLA PARA LA APLICACIÓN DEL REDER, AUTOEVALUACIÓN MODELO EFQM

Conocimiento del organigrama funcional por todos los empleados								
Eficacia del departamento de recursos humanos								
Comunicación efectiva								
Rapidez de respuesta a inquietudes								
Evaluación de la formación, diseño de programa								
Entrevistas personales dirigidas a problemas en la atención al cliente								
Actividades de ocio								
Trabajo en equipo								
Reconocimiento individual y en equipo								
implicación en equipos de mejora								
Índice de respuesta a encuestas de empleados								
Huelgas								
Demandas, quejas o sugerencias propias o a través del sindicato								
Tendencias en la selección del personal								
Monotonía en el trabajo								
Absentismo								
Análisis de baja por enfermedad o accidentes								
TOTAL CRITERIO 7								

ANEXO 5. TABLA PARA LA APLICACIÓN DEL REDER, AUTOEVALUACIÓN MODELO EFQM

CRITERIO 8. IMPACTO EN LA SOCIEDAD

Lo que consigue la organización en relación con su entorno social: local, nacional e internacional								
8a. Resultados Clave	No se planificó o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Difusión de información relevante para la comunidad								
Relaciones con autoridades legales, sanitarias o municipales								
Apoyo a actividades de otras organizaciones								
Participación en sistemas de formación profesional								
Control seguro de emisiones al medioambiente								
Medidas para reducir el consumo de agua								
Medidas para reducir el consumo energético eléctrico								
Medidas del impacto en la salud laboral de las empresas								
8b. Indicadores	No se planificó o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Asociaciones de pacientes								
Biblioteca y sistema de información al público								
Apoyo a la actividad docente universitaria o de post grado (estudios, tesis, asesoría, etc.)								
Programas de actividades educativas saludables								
Felicitaciones y premios recibidos								
TOTAL CRITERIO 8								

ANEXO 5. TABLA PARA LA APLICACIÓN DEL REDER, AUTOEVALUACIÓN MODELO EFQM

CRITERIO 9. IMPACTO EN EL HOSPITAL

Lo que consigue la organización en relación con su rendimiento final planificado									
9a. Resultados Clave	No se planificó o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL	
Resultados (perdidas y ganancias) o desviaciones respecto al presupuesto planificado									
Costos por procesos (atención de pacientes) respecto a la media o previsiones									
Costo comparativo con hospitales similares									
Costos de consultas, urgencias no ingresadas, complicaciones u hospital de día									
Desviaciones del gasto de funcionamiento de farmacia y material sanitario									
Gastos de personal									
Costo por porcentaje de estancias evitables, porcentaje de reingresos y de reintervenciones									
Costos por prescripción inadecuada de medios diagnósticos y terapéuticos (estudios negativos o estudios positivos no evaluados oportunamente)									
Costos administrativos financieros (compras, facturación a terceros)									
Costos por falta de mantenimiento preventivo									
Costos por reprocesos									
9b. Indicadores	No se planificó o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL	

ANEXO 5. TABLA PARA LA APLICACIÓN DEL REDER, AUTOEVALUACIÓN MODELO EFQM

	se realizó	25% del total	hasta 50% del total	hasta 75% del total	un 100%			
Análisis de indicadores de resultados								
Costo real de consulta médica de emergencia y hospitalización								
Costo real de estudios de laboratorio								
Costo real de estudios de gabinete o radiológicos								
Costo real de farmacia								
Costos de no calidad								
Costos por traslado de pacientes (ambulancias, recurso, etc.)								
Costos de personal (sustituciones, ausentismo, etc.)								
Costos por programas de formación y facilidades de estudio y desarrollo profesional								
TOTAL CRITERIO 9								

CONSIDERACIONES PARA EL ARCHIVO EN EXCEL:

- a) En cada fila debe anotar una "X" en solamente una de las casillas, según el porcentaje realizado; debiendo utilizar el mismo sistema en cada literal evaluado
- b) La tabla ofrece automáticamente el Valor (de cero hasta cuatro veces el número anotado, como máximo), la media (Valor entre número anotado), el Total de cada literal (resultado similar al porcentaje marcado como alcanzado) y el puntaje total del subcriterio
- c) Se obtiene automáticamente el perfil EFQM con barras de color bajo el número correspondiente
- d) Se ha diseñado en Excel 2007, en versiones anteriores difiere el resultado del gráfico obtenido por lo que no se obtiene un color de celda, sino una "X" con el color con el que se ha configurado el riesgo.

ANEXO 6.EL PERFIL DE AUTOEVALUACIÓN, MODELO EFQM

PERFIL GENERAL DE AUTOEVALUACION EFQM																				
CRITERIO	SUBCRITERIO	% DE SUBCRITERIO	PROMEDIO DIF	5	10	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	100	PUNTAJE GLOBAL DEL CRITERIO
LIDERAZGO																				
100	1A																			
	1B																			
	1C																			
	1D																			
SUMA																				
DIVIDIR ENTRE 4																				X 1.0
POLITICAS																				
90	2A																			
	2B																			
	2C																			
	2D																			
	2E																			
SUMA																				
DIVIDIR ENTRE 5																				X 0.9
RECURSOS HUMANOS																				
80	3A																			
	3B																			
	3C																			
	3D																			
	3E																			
SUMA																				
DIVIDIR ENTRE 5																				X 0.8
CONVENIOS Y ALIANZAS																				
90	4A																			
	4B																			
	4C																			
	4D																			
	4E																			
SUMA																				
DIVIDIR ENTRE 5																				X 0.9
PROCESOS																				
140	5A																			
	5B																			
	5C																			
	5D																			
	5E																			
SUMA																				
DIVIDIR ENTRE 5																				X 1.4
SATISFACCION DEL USUARIO																				
200	6A																			
	X 0.75																			
	6B																			
	X 0.25																			
SUMA																				X 2.0
SATISFACCION DEL EMPLEADO																				
90	7A																			
	X 0.75																			
	7B																			
	X 0.25																			
SUMA																				X 0.9
IMPACTO EN LA SOCIEDAD																				
60	8A																			
	X 0.25																			
	8B																			
	X 0.75																			
SUMA																				X 0.6
IMPACTO EN EL HOSPITAL																				
150	9A																			
	X 0.5																			
	9B																			
	X 0.5																			
SUMA																				X 1.5
SUMA																				

ANEXO 7. LISTA DE CHEQUEO PARA INSPECCIÓN DE SEGURIDAD E
HIGIENE OCUPACIONAL

GUÍA DE INSPECCIÓN DE AMBIENTES DE TRABAJO

DEPENDENCIA: _____ FECHA: _____

OBSERVADOR: _____

INSTRUCCIONES: Conteste cada pregunta de acuerdo a sus observaciones, indicando la existencia o no del factor evaluado; en caso no deba existir tal condición en dicha dependencia, marque la sección NA (No aplica).

No.	CONCEPTO	SI	NO	NA
1	INFRAESTRUCTURA			
1.1	La dependencia está identificada adecuadamente y sin generar confusión			
1.2	Existe acceso adecuado y seguro			
1.3	El local posee acceso adecuado y fácil para minusválidos			
1.4	Las dimensiones de los locales permiten trabajar sin riesgo			
1.5	Las puertas transparentes poseen señalización a la altura de la vista			
1.6	Existen señalizaciones de seguridad visibles, adaptadas a normas y con localización adecuada			
1.7	Las zonas o áreas de acceso restringido están adecuadamente señalizadas y protegidas			
1.8	Las paredes se encuentran limpias			
1.9	Las paredes tiene solidez adecuada			
1.10	Las salidas y pasillos permanecen libres y sin obstáculos			
1.11	Los pisos poseen condiciones de seguridad contra caídas			
1.12	Las salidas de emergencia desembocan en lugar seguro y están señalizadas			
1.13	Las salidas de emergencia son de fácil apertura, están libres y sin obstáculos			
1.14	Existen luces de emergencia			
1.15	Las vías de circulación o desplazamiento poseen condiciones de seguridad			
1.16	Los equipos de carga poseen señalizado la carga que soportan			

ANEXO 7.LISTA DE CHEQUEO PARA INSPECCIÓN DE SEGURIDAD E
HIGIENE OCUPACIONAL

1.17	Los equipos de carga poseen condiciones de seguridad estructural			
1.18	Se dispone de vestuarios adecuados para el personal			
1.19	Existen sillas en cantidad suficiente para trabajadores			
1.20	Existen sillas en cantidad suficiente para visitantes			
1.21	El mobiliario posee condiciones de confort para los empleados			
1.22	El mobiliario se adapta a los equipos informáticos			
1.23	Existe sistema de mantenimiento preventivo de equipos y herramientas			
1.24	Existen duchas adecuadas			
1.25	Existen lavamanos en cantidad suficiente y acceso adecuado			
1.26	Poseen retretes en cantidad suficiente			
1.27	Los retretes poseen condiciones de higiene adecuadas			
1.28	En los servicios sanitarios hay papel, jabón y materiales para el secado de manos			
1.29	Se protege a los empleados de inclemencias climatológicas			
1.30	Existe provisión adecuada de equipos de protección personal			
1.31	Los materiales se almacenan de forma segura			
1.32	Los estantes cumplen condiciones de seguridad			
1.33	Los materiales se estiban adecuadamente y sin riesgo de caída o deterioro			
1.34	Poseen escaleras de mano con condiciones de seguridad y altura adecuada a las tareas y se evidencia que el personal hace uso adecuado de las mismas durante las tareas en que son requeridas			
2	EQUIPOS ELÉCTRICOS Y DE EXTINCIÓN			
No.	CONCEPTO	SI	NO	NA
2.1	Las instalaciones eléctricas no generan riesgo de incendio o explosión			
2.2	Las instalaciones eléctricas poseen mantenimiento adecuado			

ANEXO 7. LISTA DE CHEQUEO PARA INSPECCIÓN DE SEGURIDAD E
HIGIENE OCUPACIONAL

2.3	Existen extintores en cantidad suficiente			
2.4	Los medios de extinción están ubicados y señalizados conforme a normas			
2.5	Los extintores se adaptan a los riesgos probables			
2.6	Los extintores poseen sistema de inspección y mantenimiento adecuado			
2.7	Poseen detectores de humos			
2.8	Poseen sistemas de rocío automático			
3	NORMAS			
3.1	Existe Comité de Calidad			
3.2	Existe un Comité de Seguridad e Higiene			
3.3	Se cuenta con un Plan de Emergencia			
3.4	Se dispone de aire limpio y libre de olores molestos			
3.5	La iluminación es adecuada, no genera sombras ni deslumbramientos			
3.6	Los niveles de temperatura son aceptables para el organismo			
3.7	Se encuentran libres de sonidos molestos			
3.8	Poseen extractores de capacidad adecuada, poseen mantenimiento preventivo			
3.9	Se dispone de agua potable accesible para empleados			
3.10	Se dispone de agua potable accesible para visitantes			
3.11	Los recipientes de agua potable poseen vasos desechables			
3.12	Los recipientes de agua potable están limpios y con funcionamiento adecuado			
3.13	Los muebles de trabajo se encuentran ordenados y limpios			
3.14	Las ventanas se encuentran limpias			
3.15	Los pisos se encuentran limpios			
3.16	Se encuentran protegidos contra contaminantes químicos			
3.17	Existen cartillas de seguridad de cada químico			
3.18	Existe programa preventivo de riesgos por escape o explosión de químicos			
3.19	Existen normas de almacenamiento seguro de químicos			
3.20	Existen normas de seguridad para el trasegado de químicos			

ANEXO 7. LISTA DE CHEQUEO PARA INSPECCIÓN DE SEGURIDAD E
HIGIENE OCUPACIONAL

3.21	Se cumplen normas de inmunización laboral			
3.22	Existe programa de salud laboral			
3.23	Existen locales adecuados para la ingesta de alimentos			
3.24	Existe programa de capacitaciones			
4	HÁBITOS DE TRABAJO			
4.1	El personal que labora en zonas de acceso peligroso posee condiciones de prevención de riesgos			
4.2	El personal evita la ingestión de alimentos en el lugar de trabajo			
4.3	El personal evita fumar dentro del lugar de trabajo			
4.4	Existe separación adecuada de desechos comunes y bioinfecciosos			
4.5	Se realiza depuración adecuada de desechos			
4.6	Los empleados utilizan equipos de protección durante sus tareas			
4.7	Los empleados utilizan ropa de trabajo adecuada a las normas de la institución			
4.8	Los empleados se encuentran debidamente identificados			
4.9	Se usan dosímetros durante las tareas			
4.10	Se siguen normativas de seguridad para personas ajenas al local			
4.11	El personal posee comportamiento adecuado durante sus labores			
4.12	El personal conoce de normas internas			
4.13	El personal sabe manipular extintores			
4.14	El personal adapta posturas seguras durante sus tareas			
5	ENTORNO FÍSICO			
5.1	El acceso para vehículos es adecuado			
5.2	Las vías de acceso de vehículos tienen condiciones de seguridad			
5.3	Las vías de acceso vehicular están señalizadas			

ANEXO 7. LISTA DE CHEQUEO PARA INSPECCIÓN DE SEGURIDAD E
HIGIENE OCUPACIONAL

5.4	Existe espacio adecuado para la demanda de vehículos			
5.5	Existe iluminación adecuada en parqueos y vías de circulación			
5.6	Los vehículos de la institución poseen extintor de incendios			
5.7	Los vehículos poseen mantenimiento preventivo			
5.8	Los cafetines poseen condiciones de higiene adecuada			
5.9	El personal de cafeterías posee condiciones de higiene adecuada			
5.10	Los cafetines poseen accesos adecuados para discapacitados			
5.11	Los cafetines poseen lavamanos			
5.12	Los cafetines poseen agua potable			
5.13	Las cafeterías poseen adecuada disposición y depuración de desechos			
5.14	El personal de cafetines está inmunizado			
5.15	El personal de cafetines poseen exámenes de laboratorio actualizados			
5.16	El control de viabilidad de alimentos es adecuado			
5.17	El personal de cafetines ha sido capacitado en manipulación adecuada de alimentos			

Sistema de evaluación:

- Se suman todas las respuestas positivas, negativas y las que no aplican por cada ámbito evaluado
- Se realiza la siguiente fórmula: Nivel de Seguridad e Higiene = $(P + N) - NA /$ Total de preguntas, donde:
 - a. P es igual a respuestas afirmativas
 - b. N es igual a respuestas negativas
 - c. NA corresponde a las dificultades que no aplican para el lugar inspeccionado

ANEXO 7.LISTA DE CHEQUEO PARA INSPECCIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE OCUPACIONAL

- d. El valor obtenido puede multiplicarse por 100 para obtener porcentaje de cumplimiento
- El valor obtenido corresponde al Nivel de Seguridad e Higiene de una dependencia, oficina o servicio
 - El formato sugerido permite comparar dependencias distintas
 - Permite determinar áreas con deficiencias en seguridad e higiene ocupacional y utilizarse como lista de chequeo a la que pueden agregarse otros componentes, de acuerdo a la complejidad del centro a evaluar

ANEXO 8. PREGUNTAS SUGERIDAS PARA EVALUAR CRITERIOS

Se sugieren las siguientes preguntas, pueden definirse para ser abiertas o cerradas e incluso pedir información adicional que explique la respuesta brindada:

Criterio 1. Liderazgo

- ¿Ha colaborado usted en la definición de la misión y visión de su centro de atención?
- ¿Conoce usted y aplica la misión y visión de la institución y de su centro de atención?
- ¿En su comité, unidad o departamento tienen plan de trabajo?
- ¿Tienen documentos con propuestas de mejora de la atención?
- ¿Posee su unidad un programa de reconocimientos o incentivos al personal?
- ¿Se aseguran que la información llegue a todos los niveles de la organización?
- ¿Su misión y visión están orientadas al servicio al cliente?
- Mencione los comités con los que cuenta su empresa
- ¿Cuentan con un programa de respuesta ante siniestros en todos los servicios y departamentos del hospital, incluidas la ruta y acciones para la evacuación de pacientes y de personal?
- ¿Cuentan con un director, equipo o comité como órgano de mayor jerarquía, con representación de las áreas clave, que funcione de forma efectiva y ágil en la toma de decisiones estratégicas del hospital?
- ¿En el hospital se reconocen y divulgan los derechos y obligaciones del paciente?
- ¿Asegura que los médicos den información completa, al ingresar los pacientes, sobre su padecimiento y de todo procedimiento diagnóstico o terapéutico que entrañe un alto riesgo?
- ¿Asegura que los médicos brinden al paciente, a su egreso, información completa sobre su tratamiento y cuidado en el hogar, así como las citas posteriores, según los casos?
- ¿Asegura que se otorga un trato digno y se respeta la confidencialidad y seguridad del paciente durante su estancia en el hospital, según su padecimiento?
- ¿En todos los casos se solicita el consentimiento del paciente o de sus familiares para el tratamiento?
- ¿Tienen programas para mejorar la atención a pacientes con discapacidades?
- ¿Cuenta con programas que permitan la contestación de reclamaciones en un plazo menor de 30 días?

ANEXO 8. PREGUNTAS SUGERIDAS PARA EVALUAR CRITERIOS

- ¿Existen mecanismos que permiten a los empleados accesibilidad a la gerencia y brindar opiniones?
- ¿Se estimula el desarrollo de planes y programas por parte de los empleados?
- ¿Existe un programa de reconocimientos a las personas y equipos que promueven mejoras en la gestión de calidad?

Criterio 2: Políticas y Estrategias

- ***¿En el Hospital se realizan actividades para conocer cuales son las expectativas y sugerencias del cliente?***
- ¿Desarrolla el Hospital estrategias que vayan orientadas hacia los resultados de sus clientes.
- ¿Cómo se evalúa y revisa actualmente la efectividad de las estrategias y planes?
- ¿Sabe usted que se hace en el Hospital para conocer las necesidades de salud del paciente?
- ¿Cuenta el Hospital con una normativa y legislación en temas medioambientales y sociales?
- ¿Se elaboran “mapas de procesos” que permitan visualizar la forma en que las personas desempeñan su trabajo para conseguir los objetivos propuestos?

Criterio 3. Recursos Humanos

- ¿Como se definen las competencias del recurso humano que labora en el Hospital?
- ¿Como se determinan las necesidades de entrenamiento del Recurso Humano?
- ¿Quien selecciona el Recurso Humano? ¿Cómo se convoca a este?
- ¿Existe un mecanismo claro para las promociones de puesto dentro del Hospital?
- ¿Se realiza una evaluación de desempeño? ¿Cual es su periodicidad?
- ¿Cómo se mide la satisfacción del Recurso Humano?
- ¿Le facilita sus trámites administrativos alguna dependencia del hospital?

ANEXO 8. PREGUNTAS SUGERIDAS PARA EVALUAR CRITERIOS

- ¿Es incorporado a actividades de capacitación?
- ¿Conoce usted sus derechos y obligaciones como empleado?
- ¿Le informan de las tasas de ausentismo, causas y métodos para disminuirlas?

Criterio 4. Colaboradores y Recursos

- ¿Cuenta el hospital con programas de coordinación de actividades de formación con otros centros, unidades o entidades?
- ¿Brinda apoyo en la atención sanitaria de otros centros de la institución?
- ¿Realiza gestión de recursos con colaboradores externos o proveedores con el objetivo de evitar el desabastecimiento?
- ¿Posee sistemas de aseguramiento de la capacidad técnica y seguridad de recursos subcontratados?
- ¿Cuenta con un programa de pago oportuno a proveedores?
- ¿Lleva registro de los costes directos e indirectos por ingresos, complicaciones, muerte, aumento de estancia hospitalaria?
- ¿Tiene programación del porcentaje de cumplimiento del presupuesto por trimestre?
- ¿Informa adecuadamente, a las distintas unidades, del seguimiento presupuestario?
- ¿Mide la efectividad del presupuesto en base a recursos obtenidos y gastos generados?
- ¿Negocia con proveedores plazos de pago efectivo?
- ¿Cuenta con instalaciones adecuadas, en tamaño, cantidad y distribución, al tipo de servicios y al volumen de pacientes que atiende el hospital?
- ¿Se cuenta con adecuada climatización de las áreas de pacientes y empleados?
- ¿Cuenta con mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones físicas y equipos en todo el hospital?
- ¿Tiene programas de seguridad de sus activos?
- ¿Ha desarrollado un programa de prevención de riesgos laborales?

ANEXO 8. PREGUNTAS SUGERIDAS PARA EVALUAR CRITERIOS

- ¿Cuenta con planta de emergencia para el suministro de energía eléctrica, por lo menos en las áreas críticas?
- ¿Cuenta con la cantidad de equipo médico y de apoyo adecuados para brindar los servicios que ofrece el hospital?
- ¿Almacena, maneja y controla, de acuerdo con su tipo, todos los insumos médicos y no médicos?
- ¿Posee sistemas de control de inventarios y equipos que eviten el desabastecimiento o excesos?
- ¿Cuenta con medicamentos suficientes para garantizar la atención que ofrece el hospital?
- ¿Posee programas de control de uso adecuado de antibióticos, estupefacientes o psicotrópicos, de acuerdo con las disposiciones legales y administrativas aplicables?
- ¿Realiza los procedimientos, en las áreas de hospitalización, con la mayor seguridad para el paciente?
- ¿Cuenta con procedimientos y medios adecuados y suficientes para trasladar a los pacientes que lo requieran?
- ¿Posee aparcamientos suficientes para empleados y visitantes?
- ¿Poseen programas de eliminación de barreras a discapacitados?
- ¿Cuenta con la cantidad y calidad tecnológica adecuada de equipo de cómputo y sistemas informáticos para apoyar los servicios que ofrece el hospital?
- ¿Se promueve la inclusión de nuevas tecnologías que mejoren la atención del paciente y las actividades del empleado?
- ¿Garantiza el servicio de unidades de apoyo diagnóstico durante todo el proceso de atención, las 24 horas del día, todos los días del año?
- ¿Las camas de hospitalización cuentan con dispositivos de llamada electrónicos?
- ¿Las camas de hospitalización cuentan con dispositivos de accionamiento para el cambio de posturas?
- ¿Implanta medidas de gestión electrónica para facilitar la atención a los pacientes?
- ¿Protege y potencia la propiedad intelectual?

ANEXO 8. PREGUNTAS SUGERIDAS PARA EVALUAR CRITERIOS

Criterio 5: Procesos

- ¿En el Hospital se utiliza algún tipo de metodología adecuada para definir procesos?
- ¿Existen problemas de coordinación entre unidades, con clientes externos y con proveedores para facilitar la gestión efectiva de los procesos?
- ¿A la hora de evaluar procesos, se definen la eficiencia y la satisfacción del cliente?
- ¿Se estimula la creatividad e innovación de los empleados y otros grupos para mejorar los procesos?
- ¿Se han realizado cambios estructurales y/o organizativos, para mejorar los procesos o utilizar nuevos diseños?
- ¿El Hospital cuenta con unidades de atención al cliente?
- ¿El Hospital presta servicios de atención a sus clientes acorde con sus necesidades?
- ¿Se utilizan encuestas y otras formas de recolección de datos para indagar en cuales son las necesidades y expectativas de los clientes?
- ¿Cuenta el Hospital en su área de atención al cliente con funciones básicas, como las que se describen a continuación?
 - a) Garantizar la información del cliente
 - b) Realizar estudios de satisfacción
 - c) Recoger y contestar quejas, reclamaciones y sugerencias
 - d) Gestionar, tramitar y canalizar requerimientos del usuario

Criterio 6. Satisfacción del Cliente

- ¿Existen formas de medición su satisfacción como cliente?
- ¿Cuenta el Hospital con infraestructura para hacer cómoda y placentera su estadía mientras espera la consulta o si se encuentra hospitalizado?
- ¿Cuenta el Hospital con personal capacitado para proveer un servicio de calidad?
- ¿Cuenta el Hospital con un mecanismo para controlar los reclamos, sugerencias, felicitaciones?

ANEXO 8. PREGUNTAS SUGERIDAS PARA EVALUAR CRITERIOS

- ¿Se lleva un control del flujo de pacientes, se controlan las demoras y las esperas?
- ¿Se siente usted satisfecho con la atención recibida?
- ¿Sugeriría usted este hospital a otras personas que necesiten sus servicios?
- En caso haya necesidad de nueva consulta, ¿Acudiría de nuevo a este hospital?
- ¿Se siente usted satisfecho con:
 - Tiempos de espera?
 - Atención recibida?
 - Medicamentos e insumos?
 - Estudios realizados?
 - Información recibida?

Criterio 7. Satisfacción del Personal

- ¿Realizan en el hospital mediciones del impacto de las acciones en los empleados, considerando los siguientes aspectos?:
 - Motivación:
 - Reconocimientos Si NO
 - Sistemas de promoción Si NO
 - Formación y desarrollo Si NO
 - Igualdad de oportunidades Si NO
 - Delegación y Asunción de responsabilidades Si NO
 - Establecimiento de objetivos y evaluación del desempeño Si NO
 - b) Satisfacción
 - Prestaciones Si NO
 - Seguridad laboral Si NO
 - Gestión de la empresa Si NO
 - Política de seguridad medioambiental Si NO
 - Instalaciones y servicios Si NO
 - Condiciones de seguridad e higiene Si NO

ANEXO 8. PREGUNTAS SUGERIDAS PARA EVALUAR CRITERIOS

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ▪ Papel del centro en la comunidad y sociedad | Si <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Tecnología y medios disponibles | Si <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| a) Relaciones interpersonales (Clima laboral) | Si <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ C) Otros | | |
| a) Tasas de disminución de ausentismo | Si <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| b) Cobertura de inmunizaciones | Si <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| c) Mantenimiento de programas de salud | Si <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Criterio 8. Impacto en la Sociedad

- ¿Cómo se obtiene la percepción del Hospital por parte de la sociedad?
- Encuestas
- Informes
- Representantes sociales
- Reuniones públicas
- ¿El Hospital utiliza medidas internas para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento?
- ¿El Hospital tiene alguna participación en la formación de profesionales?
 - Técnicos
 - Diplomados
 - Especialistas
 - Residentes
- a) ¿El Hospital realiza campañas que vayan en pro del bienestar social?
- b) ¿Participa el Hospital en la promoción y prevención de actividades educativas saludables?

ANEXO 8. PREGUNTAS SUGERIDAS PARA EVALUAR CRITERIOS

Criterio 9. Impacto en el Hospital

- a) ¿Cómo se mide la eficiencia y eficacia de la gestión del hospital?
- b) ¿Cómo se controlan los resultados del hospital, financieros y no financieros?
- c) ¿Se cuenta con un consolidado de pérdidas y ganancias con relación al presupuesto, considerando los gastos del mismo mes del año anterior?
- d) ¿Se evidencia que se controlan las enfermedades o padecimiento recurrentes?
- e) ¿Cuales son los indicadores de gestión Hospitalaria?
- f) ¿Obtiene el hospital felicitaciones de diversas entidades por alguna gestión realizada?
- g) ¿Ha aumentado la satisfacción del cliente interno y externo según las encuestas?
- h) ¿Han disminuidos los costos por ausentismo injustificado del personal?
- i) ¿Se mide la disminución de costos por disminución de estancias inadecuadas?
- j) Se lleva registro de ahorro, mediante sistemas de control adecuado de:
 - a. Consumos de energía
 - b. Consumo de agua
 - c. Consumo de combustible
 - d. Quejas

La forma en que el equipo directivo desarrolla y facilita que se alcance la misión y la visión, desarrolla los valores necesarios para el éxito a largo plazo, los materializa mediante acciones y comportamientos adecuados, y se compromete personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la organización se desarrolla y se pone en práctica

1a. Desarrollo de la misión, visión y valores por parte de los líderes, que actúan como modelo de referencia dentro de una cultura de Excelencia	No se planificó, o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Los líderes han desarrollado la misión, visión y valores asegurando que se implanta un proceso de desarrollo, ejecución y actualización de la estrategia						0	0.00	0.00
La misión y la visión se orientan adecuadamente a la institución y las expectativas de su población blanco						0	0.00	0.00
La misión y la visión se han revisado en los últimos dos años						0	0.00	0.00
Se implican personal y activamente en actividades de mejora estableciendo prioridades y asegurando que las propuestas sean realidades en los plazos propuestos						0	0.00	0.00
Forman parte activa del Comité de Calidad						0	0.00	0.00
Se implican en la atención al cliente mediante recorridos en los diversos servicios y entrevistas a clientes internos y externos						0	0.00	0.00
Establecen un sistema de información de las actividades de los distintos comités de mejora a todos los empleados, socios y la sociedad asegurando su divulgación efectiva						0	0.00	0.00
Los líderes estimulan el empoderamiento de su recurso						0	0.00	0.00
Se interesan en incentivar al personal que cumple los objetivos institucionales						0	0.00	0.00
Han diseñado estándares que midan el impacto de la gestión de los distintos comités de mejora del hospital						0	0.00	0.00
Aseguran el cumplimiento de los indicadores y estándares diseñados						0	0.00	0.00
Aseguran mejoras continuas en los procesos						0	0.00	0.00
1b. Implicación personal de los líderes para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización								
Los familiares de pacientes son parte importante en la toma de opiniones por parte de los líderes						0	0.00	0.00
Se consideran las normativas correspondientes en las acciones de salud diaria para la aplicación en programas de atención a clientes internos y externos						0	0.00	0.00
Se mantienen sistemas de comunicación adecuada con proveedores que permiten la mejora conjunta						0	0.00	0.00
Existe apoyo a actividades de otras asociaciones o instituciones						0	0.00	0.00
Hay programas de apoyo a colegios o asociaciones profesionales que permitan la difusión de conocimientos						0	0.00	0.00
Se mantienen programas de mejora con instituciones que inciden en la atención al cliente						0	0.00	0.00
1c. Implicación de los líderes con clientes, partners y representantes de la sociedad								

Existen métodos de comunicación efectiva con el recurso humano, se escucha y responde a los empleados del Hospital						0	0.00	0.00
Se estimula a los empleados y se proveen recursos para que cumplan sus objetivos y metas						0	0.00	0.00
Se implican en la corrección de deficiencias encontradas en forma oportuna						0	0.00	0.00
Se destina al personal de tiempo necesario para actividades en las que haya discusión de sus necesidades y formas de mejora						0	0.00	0.00
Existen formas de incentivar a las personas y equipos para que se esfuercen en mejorar continuamente y aportar opiniones que apoyen las metas organizacionales						0	0.00	0.00
Se mantiene un programa de formación continua que identifique, mediante diversas herramientas, las necesidades de mejora del personal						0	0.00	0.00
Se lleva un registro del porcentaje de cumplimiento de las expectativas del cliente externo						0	0.00	0.00
Se analizan las sugerencias recibidas y se controla el cumplimiento de las recomendaciones						0	0.00	0.00
Se mantienen recursos materiales suficientes que permitan la realización de actividades de formación						0	0.00	0.00
Existen instalaciones que permitan tiempo, recursos y materiales para revisión y actualización de conocimientos						0	0.00	0.00
1d. Motivación, apoyo y reconocimiento de las personas de la organización por parte de los líderes								
Se incentiva al recurso humano que desarrolla actividades de superación personal que permiten desarrollo organizacional						0	0.00	0.00
Se han establecido programas de apoyo a la gestión de actividades propuestas para la mejora de la atención al cliente						0	0.00	0.00
Se permite el desarrollo del recurso humano mediante facilidades de obtención de información y tiempo						0	0.00	0.00
Existen métodos de identificación de recurso humano que cumpla requisitos para aspirar a puestos superiores cuando sea requerido						0	0.00	0.00
Se detecta personas clave que apoyen la gestión de calidad organizacional						0	0.00	0.00
Se hacen evaluaciones periódicas de las actividades detectando necesidades de mejora						0	0.00	0.00
Se mantiene un sistema de comunicación de debilidades y fortalezas en la gestión diaria						0	0.00	0.00
Se han establecido métodos de trabajo en equipo para las actividades de mejora						0	0.00	0.00
Se lleva registro del cumplimiento de propuestas de mejora						0	0.00	0.00
Se considera la resolución efectiva y medida de cumplimiento de las necesidades del cliente interno						0	0.00	0.00
Total criterio 1								

Cómo materializa la organización su misión y visión mediante una estrategia claramente enfocada hacia los actores, apoyada por políticas, planes, objetivos, metas y procesos adecuados

2a. Políticas fundamentadas en las necesidades presentes y futuras de los clientes	No se planificó, o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Existen métodos de identificación de necesidades de salud de la población objetivo						0	0.00	0.00
Hay programas preventivos orientados sobre la base de su perfil epidemiológico						0	0.00	0.00
Existe interés en conocer las expectativas, opiniones y sugerencias del cliente						0	0.00	0.00
Se obtiene información reciente de avances científicos y tecnológicos del sector sanitario, incluyendo actividades de competencia y el impacto de nuevas tecnologías						0	0.00	0.00
Existen indicadores económicos y de rendimiento						0	0.00	0.00
Se tiene reporte de indicadores de otras organizaciones consideradas mejores para comparación y mejora						0	0.00	0.00
Se considera legislación medioambiental y social en la gestión						0	0.00	0.00
Se verifica el cumplimiento de programas e indicadores propuestos						0	0.00	0.00
2b. Políticas fundamentadas en información procedente de medidas del rendimiento y actividades de investigación								
Programas de investigación de expectativas del cliente sobre las estrategias planificadas y su impacto en la atención						0	0.00	0.00
Diseño de programas orientados a la satisfacción del cliente sobre la base de la estrategia planeada						0	0.00	0.00
Formación del recurso humano sobre la base de deficiencias en la atención y necesidades de la organización						0	0.00	0.00
Evaluación del aprendizaje obtenido por el recurso humano y el impacto en la calidad de atención						0	0.00	0.00
2c. Desarrollo, revisión y actualización de la política y estrategia								
Se elabora el plan estratégico a partir de la información relevante con carácter participativo y un adecuado nivel de comunicación e integración de todo el personal						0	0.00	0.00
Se desarrollan escenarios alternativos e identifican factores críticos de éxito						0	0.00	0.00
Se evalúa y revisa la relevancia y efectividad de su estrategia cada trimestre						0	0.00	0.00
Se analiza la incorporación de nuevos indicadores en la gestión						0	0.00	0.00
2d. Despliegue de la política mediante un sistema de procesos clave								
Despliegue de la estrategia materializándola en objetivos y acciones concretas						0	0.00	0.00
Desarrollo de un plan de comunicación de la estrategia para todos los niveles de la organización						0	0.00	0.00
Evaluación periódica de la efectividad de la estrategia						0	0.00	0.00

Evaluación y mejora periódica de la efectividad del esquema de procesos clave de la organización						0	0.00	0.00
Revisión de la estrategia y correcciones cuando es requerido						0	0.00	0.00
2e. Comunicación y puesta en práctica de la política								
Divulgación de la estrategia al cliente interno y externo de manera que existan expectativas y se promueva la opinión						0	0.00	0.00
Revisión periódica de la implantación y seguimiento de la estrategia en todos los niveles de la organización						0	0.00	0.00
Corrección oportuna de deficiencias e implementación de mejoras						0	0.00	0.00
Total criterio 2								

Mejora y actualización anual del sistema de reconocimientos						0	0.00	0.00
Fomento de concienciación e implicación del personal en temas de higiene, seguridad y medio ambiente						0	0.00	0.00
Sistema de beneficios sociales e interrelaciones entre disciplinas diferentes						0	0.00	0.00
Beneficios adicionales para empleados (transporte, flexibilidad horaria, actividades culturales y otras)						0	0.00	0.00
Total criterio 3								

Cómo planifica y gestiona la organización sus colaboradores externos y sus recursos internos para apoyar su política y su estrategia, y el funcionamiento eficaz de sus procesos.

4a. Colaboradores externos	No se planificó, o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Establece alianzas clave con organizaciones cuya cultura es compatible a la organización y objetivos						0	0.00	0.00
Desarrolla estrategias conjuntas con sus aliados para maximizar el valor añadido al cliente						0	0.00	0.00
Colaboración conjunta en la formación y mejora de los procesos						0	0.00	0.00
Apoyo mutuo en el desarrollo de las estrategias y objetivos organizacionales						0	0.00	0.00
Apoyo técnico a empresas e instituciones mediante personal capacitado						0	0.00	0.00
4b. Finanzas								
Evaluación periódica de sus inversiones en función de su efectividad						0	0.00	0.00
Gestión de la prevención de riesgos a los recursos económicos y financieros						0	0.00	0.00
Métodos de medición del impacto de sus inversiones en las expectativas del cliente						0	0.00	0.00
Medición del impacto de las inversiones en el desarrollo del recurso humano						0	0.00	0.00
Medición de los costes directos e indirectos en el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos y materiales						0	0.00	0.00
4c. Equipos, edificios y materiales								
Medidas de racionalización del consumo de equipos y materiales						0	0.00	0.00
Gestión y optimización de la utilización de sus activos (quirófanos, instalaciones, aparataje, etc.)						0	0.00	0.00
Gestión del mantenimiento preventivo y el uso de activos para mejorar el rendimiento total de su ciclo de vida						0	0.00	0.00
Gestiona la seguridad de sus activos						0	0.00	0.00
Tiene un plan de gestión de residuos y conserva los recursos globales no renovables						0	0.00	0.00
Desarrollo y mantenimiento de un plan de higiene y seguridad ocupacional						0	0.00	0.00
Desarrollo del plan de prevención de riesgos ocupacionales buscando el impacto en sus clientes y empleados						0	0.00	0.00
Desarrollo de programas de evaluación del impacto de sus actividades						0	0.00	0.00
4d. Tecnología								
Evalúa el coste-efectividad de los sistemas de tecnología implementados periódicamente						0	0.00	0.00
Gestiona la información y el conocimiento para apoyar la estrategia capacitando a su personal para su utilización						0	0.00	0.00
El personal tiene acceso a la información necesaria para que su gestión y actividades estén basadas en información real						0	0.00	0.00
Garantiza la adecuada cumplimentación y gestión de la historia clínica						0	0.00	0.00

Implementa en sus sistemas métodos de información estadística de sus actividades, gestión e impacto						0	0.00	0.00
Evalúa sus indicadores fijando metas a alcanzar y proponiendo nuevos indicadores para la mejora de la calidad de atención						0	0.00	0.00
4e. Información y conocimiento								
Facilita el acceso a información de fuentes externas para la toma de decisiones (encuestas de satisfacción, bases de datos de información y documentales, etc.)						0	0.00	0.00
Potencia y protege la propiedad intelectual						0	0.00	0.00
Crea un clima de innovación en la organización y aprovecha el conocimiento del personal						0	0.00	0.00
Establece métodos de comunicación bidireccional para la gestión de la información y conocimiento						0	0.00	0.00
Total criterio 4								

Cómo diseña, gestiona, y mejora la organización sus procesos con objeto de apoyar su política y su estrategia, y para generar valor de forma creciente para sus clientes y sus otros actores

5a. Diseño y gestión sistemática de los procesos	No se planificó, o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Utiliza una metodología adecuada y participativa para definir y estabilizar sus procesos (reducir su variabilidad)						0	0.00	0.00
Resuelve los problemas de coordinación entre servicios o unidades para facilitar la gestión efectiva de los procesos, respondiendo a criterios de continuidad asistencial						0	0.00	0.00
Comprueba la estabilidad de los procesos en relación con los indicadores de eficiencia y satisfacción del cliente						0	0.00	0.00
Aplica la gestión de procesos estandarizados en base al sistema sanitario						0	0.00	0.00
Revisa periódicamente sus procesos de atención e introduce mejoras orientadas al servicio al cliente						0	0.00	0.00
Informa al personal oportunamente de las modificaciones en los procesos evitando inconformidades o correcciones posteriores						0	0.00	0.00
5b. Mejora e innovación de los procesos para mejorar la satisfacción del cliente y generar valor agregado a los mismos								
Facilita metodologías para mejora de procesos (herramientas o diagramas)						0	0.00	0.00
Estimula la creatividad e innovación de los empleados para mejorar los procesos						0	0.00	0.00
Realiza cambios estructurales u organizativos para mejorar los procesos o utilizar nuevos diseños						0	0.00	0.00
Implanta mejoras comunicando al personal sanitario cuando es preciso						0	0.00	0.00
Revisa los cambios y comprueba su efectividad						0	0.00	0.00
Diseña nuevos servicios que satisfagan al cliente						0	0.00	0.00
Ha implementado un sistema de gestión de quejas y reclamos						0	0.00	0.00
5c. Diseño de productos y servicios basado en las necesidades de los clientes								
Métodos de información al recurso humano sobre las modificaciones y consultas de opinión						0	0.00	0.00
Revisión periódica de insatisfacción para ofrecer mejoras						0	0.00	0.00
Control de sistemas de aprovisionamiento de proveedores y mejora de relaciones						0	0.00	0.00
Sistemas de información al cliente sobre la respuesta a sus demandas y mejora continua						0	0.00	0.00
5d. Producción, distribución y servicio post venta de productos y servicios								
Implementación de mecanismos de mejora de relaciones cliente-proveedor						0	0.00	0.00
Formación del recurso humano en la adecuada satisfacción del cliente						0	0.00	0.00
Identificación de procesos clave que afecten la calidad de atención						0	0.00	0.00

Detección y eliminación de procesos innecesarios que retardan la atención (reprocesos)						0	0.00	0.00
5e. Relaciones con sus clientes; intensificación y mejora								
Tiene métodos para averiguar las necesidades y expectativas de los clientes (sugerencias, quejas, felicitaciones)						0	0.00	0.00
Usa diversos métodos de recogida de datos sobre la satisfacción del cliente de manera						0	0.00	0.00
Revisión periódica de indicadores relacionados con los clientes (demoras, cancelaciones de procedimientos, falta de suministros, etc.)						0	0.00	0.00
Implicación y búsqueda de solución a las preocupaciones, necesidades y expectativas del cliente						0	0.00	0.00
Total criterio 5								

Lo que consigue la organización en relación con sus clientes externos								
6a. Resultados Clave	No se planificó, o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Facilidades de acceso al sistema sanitario (recurso médico, especialistas, estudios especializados)						0	0.00	0.00
Equidad, trato personal, cortesía						0	0.00	0.00
Calidad técnica (prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación)						0	0.00	0.00
Condiciones de orden, limpieza e infraestructura considerando acomodaciones adicionales (clima, televisión, comunicación telefónica, etc.)						0	0.00	0.00
Tiempo de respuesta en la prestación de servicios						0	0.00	0.00
Continuidad en cuidados cuando es necesario						0	0.00	0.00
Presencia e identificación del personal, empatía						0	0.00	0.00
Información al cliente sobre su enfermedad, derechos y obligaciones						0	0.00	0.00
Claridad y sencillez en la documentación y resultados						0	0.00	0.00
Resolución de problemas						0	0.00	0.00
Confiabilidad en la atención brindada						0	0.00	0.00
Seguridad en el servicio y calidad prestada						0	0.00	0.00
6b. Indicadores								
Cobertura en medios de comunicación cuando es necesario informar al cliente						0	0.00	0.00
Gestión del servicio de atención al cliente, tiempo de respuesta, satisfacción						0	0.00	0.00
Información para pacientes y familiares						0	0.00	0.00
Medición de fidelidad (cambio de hospital por inconformidad)						0	0.00	0.00
Altas voluntarias o exigidas debido a insatisfacción en la atención brindada						0	0.00	0.00
Demoras y listas de espera en atención médica o procedimientos						0	0.00	0.00
Cancelación de procedimientos						0	0.00	0.00
Total criterio 6								

Lo que consigue la organización en relación con su personal								
7a. Resultados Clave	No se planificó, o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Considera la toma de opinión del personal						0	0.00	0.00
Sistemas de promoción						0	0.00	0.00
Formación y desarrollo						0	0.00	0.00
Oportunidad de aprendizaje y logro de objetivos						0	0.00	0.00
Igualdad de oportunidades						0	0.00	0.00
Delegación y asunción de responsabilidades						0	0.00	0.00
Establecimiento de objetivos y evaluación del desempeño						0	0.00	0.00
Retribuciones económicas acordes a sus responsabilidades						0	0.00	0.00
Condiciones de empleo (seguridad)						0	0.00	0.00
Condiciones de seguridad e higiene						0	0.00	0.00
Tecnología y medios disponibles						0	0.00	0.00
Relaciones interpersonales						0	0.00	0.00
Gestión de la empresa						0	0.00	0.00
Políticas e impacto medioambiental del centro						0	0.00	0.00
Instalaciones y servicios						0	0.00	0.00
7b. Indicadores								
Incentivos o reconocimientos						0	0.00	0.00
Conocimiento del organigrama funcional por todos los empleados						0	0.00	0.00
Eficacia del departamento de recursos humanos						0	0.00	0.00
Comunicación efectiva						0	0.00	0.00
Rapidez de respuesta a inquietudes						0	0.00	0.00
Evaluación de la formación, diseño de programa						0	0.00	0.00
Entrevistas personales dirigidas a problemas en la atención al cliente						0	0.00	0.00
Actividades de ocio						0	0.00	0.00
Trabajo en equipo						0	0.00	0.00
Reconocimiento individual y en equipo						0	0.00	0.00
implicación en equipos de mejora						0	0.00	0.00
Índice de respuesta a encuestas de empleados						0	0.00	0.00
Huelgas						0	0.00	0.00
Demandas, quejas o sugerencias propias o a través del sindicato						0	0.00	0.00
Tendencias en la selección del personal						0	0.00	0.00
Monotonía en el trabajo						0	0.00	0.00
Absentismo						0	0.00	0.00
Análisis de baja por enfermedad o accidentes						0	0.00	0.00
Total criterio 7								

Lo que consigue la organización en relación con su entorno social: local, nacional e internacional								
8a. Resultados Clave	No se planificó, o no se	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
Difusión de información relevante para la comunidad						0	0.00	0.00
Relaciones con autoridades legales, sanitarias o municipales						0	0.00	0.00
Participación de apoyo a actividades de otras organizaciones						0	0.00	0.00
Participación en sistemas de formación profesional						0	0.00	0.00
Control seguro de emisiones al medioambiente						0	0.00	0.00
Medidas para reducir el consumo de agua						0	0.00	0.00
Medidas para reducir el consumo energético eléctrico						0	0.00	0.00
Medidas del impacto en la salud laboral de las empresas						0	0.00	0.00
8b. Indicadores								
Asociaciones de pacientes						0	0.00	0.00
Biblioteca y sistema de información al público						0	0.00	0.00
Apoyo a la actividad docente universitaria o de post grado (estudios, tesis, asesoría, etc.)						0	0.00	0.00
Programas de actividades educativas saludables						0	0.00	0.00
Felicitaciones y premios recibidos						0	0.00	0.00
Total criterio 8								

Lo que consigue la organización en relación con su rendimiento final planificado								
	No se planificó, o no se realizó	Realizado hasta 25% del total	Realizado hasta 50% del total	Realizado hasta 75% del total	Realizado en un 100%	VALOR	MEDIA	TOTAL
9a. Resultados Clave								
Resultados (perdidas y ganancias) o desviaciones respecto al presupuesto planificado						0	0.00	0.00
Costos por procesos (atención de pacientes) respecto a la media o previsiones						0	0.00	0.00
Costos de consultas, urgencias no ingresadas, complicaciones u hospital de día						0	0.00	0.00
Desviaciones del gasto de funcionamiento de farmacia y material sanitario						0	0.00	0.00
Gastos de personal						0	0.00	0.00
Costo por porcentaje de estancias evitables, porcentaje de reingresos y de reintervenciones						0	0.00	0.00
Costos por prescripción inadecuada de medios diagnósticos y terapéuticos (estudios negativos o estudios positivos no evaluados oportunamente)						0	0.00	0.00
Costos administrativos financieros (compras, facturación a terceros)						0	0.00	0.00
Costos por falta de mantenimiento preventivo						0	0.00	0.00
Costos por reprocesos						0	0.00	0.00
9b. Indicadores								
Análisis de indicadores de resultados						0	0.00	0.00
Costo real de consulta médica de emergencia y hospitalización						0	0.00	0.00
Costo real de estudios de laboratorio						0	0.00	0.00
Costo real de estudios de gabinete o radiológicos						0	0.00	0.00
Costo real de farmacia						0	0.00	0.00
Costos de no calidad						0	0.00	0.00
Costos por traslado de pacientes (ambulancias, recurso, etc.)						0	0.00	0.00
Costos de personal (sustituciones, ausentismo, etc.)						0	0.00	0.00
Costos por programas de formación y facilidades de estudio y desarrollo profesional						0	0.00	0.00
Total criterio 9								

PERFIL GENERAL DE AUTOEVALUACIÓN EFQM

CRITERIO	SUBCRITERIO	% DE CADA SUBCRITERIO	PROMEDIO DEL CRITERIO	5	10	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	100	PUNTAJE GLOBAL DEL CRITERIO	
LIDERAZGO																					
100	1A	0	0.00																		
	1B	0																			
	1C	0																			
	1D	0																			
SUMA		0.00																			
Dividir entre 5		0.00																		x 1,0	0.00
POLITICAS																					
90	2A	0	0.00																		
	2B	0																			
	2C	0																			
	2D	0																			
	2E	0																			
SUMA		0.00																			
Dividir entre 5		0.00																		x 0,9	0.00
RECURSOS HUMANOS																					
80	3A	0	0.00																		
	3B	0																			
	3C	0																			
	3D	0																			
	3E	0																			
SUMA		0.00																			
Dividir entre 5		0.00																		x 0,8	0.00
GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES																					
90	4A	0	0.00																		
	4B	0																			
	4C	0																			
	4D	0																			
	4E	0																			
SUMA		0.00																			
Dividir entre 5		0.00																		x 0,9	0.00
PROCESOS																					
140	5A	0	0.00																		
	5B	0																			
	5C	0																			
	5D	0																			
	5E	0																			
SUMA		0.00																			
Dividir entre 5		0.00																		x 1,4	0.00

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE													
200	6A	0	0.00										
	Multiplicar por 0,75	0.00											
	6B	0											
	Multiplicar por 0,25	0.00											
	SUMA	0.00		x 2,0									0.00
SATISFACCIÓN DEL PERSONAL													
90	7A	0	0.00										
	Multiplicar por 0,75	0.00											
	7B	0											
	Multiplicar por 0,25	0.00											
	SUMA	0.00		x 0,9									0.00
IMPACTO EN LA SOCIEDAD													
60	8A	0	0.00										
	Multiplicar por 0,25	0.00											
	8B	0											
	Multiplicar por 0,75	0.00											
	SUMA	0.00		x 0,6									0.00
IMPACTO EN EL HOSPITAL													
150	9A	0	0.00										
	Multiplicar por 0,5	0.00											
	9B	0											
	Multiplicar por 0,5	0.00											
	SUMA	0.00		x 1,5									0.00

SUMA	0.00
-------------	-------------