

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

MAESTRÍA EN CONSULTORÍA EMPRESARIAL



**“CONSULTORÍA SOBRE LA REESTRUCTURACIÓN DOCUMENTAL BAJO LA
NORMA ISO 9001:2015 PARA EL SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS
(SEM), MINISTERIO DE SALUD, SAN SALVADOR”**

TRABAJO DE GRADUACIÓN PRESENTADO POR:

ACOSTA MARTELL, ROBERT WESLEY

ROBLES PEREIRA, YASMÍN AMILET

PARA OPTAR AL GRADO DE

MAESTRO(A) EN CONSULTORÍA EMPRESARIAL

MAYO DE 2018

CIUDAD UNIVERSITARIA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR



AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR : LIC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO, M.Sc.

SECRETARIO GENERAL : LIC. CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

DECANO : LIC. NIXON ROGELIO HERNÁNDEZ VÁSQUEZ

VICEDECANO : LIC. MARIO WILFREDO CRESPIÓN ELÍAS, M.Sc

SECRETARIA : LICDA. VILMA MARISOL MEJÍA TRUJILLO

ADMINISTRADOR ACADÉMICO : LIC. EDGAR ANTONIO MEDRANO MELÉNDEZ

TRIBUNAL EXAMINADOR : LIC. DIMAS DE JESÚS RAMÍREZ ALEMÁN, M.Sc

MAESTRO JORGE ANÍBAL CABRERA MARROQUÍN

MAESTRO CARLOS ARMANDO PINEDA

MAYO DE 2018

Indice

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: Marco de Referencia	2
1.1 Descripción del Sujeto de Estudio	2
1.2 Filosofía y Valores del SEM.....	4
1.3 Organigrama.....	6
1.4 Funciones Principales	8
1.5 Servicios.....	8
1.6 Planteamiento del Problema	9
1.7 Definición del Problema	11
1.8 Justificación del Problema.....	12
1.9 Preguntas de la Investigación.....	12
1.10 Delimitación de la Investigación	12
1.10.1 Cobertura Temporal	13
1.10.2 Cobertura Espacial	13
1.10.3 Cobertura Económica	13
1.11. Objetivos	13
1.11.1 Objetivo General	13
1.11.2 Objetivos Específicos.....	13
1.12 Alcances.....	14
1.13 Limitaciones	14
1.14 Tipo de Investigación.....	14
1.15 Definición del Universo	15
1.15 Diseño de la Investigación.....	15
1.16 Recolección de la información	15
1.17 Variables de la Investigación	16
1.18 Instrumentos de la Investigación	17
CAPITULO II: Marco Conceptual.....	18
2.1 Definición de “Calidad”	18

2.2 Evolución de la calidad	19
2.3 Sistemas de Gestión	20
2.4 Sistemas de Gestión de Calidad (SGC)	20
2.5 La Calidad en la atención en Salud	21
2.6 Beneficios de los Modelos de calidad	22
2.7 Modelos de Gestión de Calidad más Importantes	22
2.7.1 Modelo EFQM	23
2.7.2 Modelo Malcolm Baldrige	23
2.7.3 Modelo Deming.....	25
2.7.4 Modelo ISO.....	26
2.7.5 Modelo JCAHO	28
2.8 Comparación de modelos de calidad	29
2.9 Definición de Atención Pre-hospitalarias (APH).....	31
2.10 Definición de Sistema de Emergencias Médicas (SEM)	32
2.11 Historia de los Sistema de Emergencias Médicas	32
2.12 Componentes de los SEM.....	34
2.13 Modelos de los SEM	35
2.13.1 Modelo Angloamericano	35
2.13.2 Modelo Francoalemán	35
2.13.3 Modelo Español.....	36
2.14 Comparación de los Modelos SEM.....	37
2.15 Los SEM en la Región Hispanoamericana.....	38
2.16 Sistema de Salud en El Salvador.....	39
2.16.1 Sistema Nacional de Salud	41
2.16.2 Demandas de Urgencias y Emergencias.....	41
2.16.3 Atributos de la Calidad en el Sector Salud	42
2.16.4 Aspectos Legales	44
2.16.4 Actores de Calidad en el Sector Salud.....	45
2.17 Relación Clientes y Usuarios	45
2.18 Procesos de Primer Nivel	47
CAPITULO III: Diagnóstico Sistema de Gestión de Calidad en el SEM.....	48
3.1 Tipo de Investigación.....	48

3.2 Definiendo una Muestra Adecuada	49
3.3 La Estructura Ósea del Sistema de Gestión de la Calidad	50
3.4 Obteniendo un diagnóstico de cuatro aristas.....	51
3.5 Arista 1: Modelo SERVQUAL.....	52
3.5.1 Aceptación del SERVQUAL en el SEM y en su Entorno	53
3.5.1.1 SERVQUAL Interno (ISC-Interno).....	53
3.5.1.2 SERVQUAL Externo (ISC-Externo).....	56
3.5.1.3 SERVQUAL Usuario (ISC-Usuario).....	59
3.5.2 ¿Qué Indican las Brechas Obtenidas en SERVQUAL?	62
3.6 Arista 2: Análisis FODA	63
3.7 Arista 3: Análisis financiero	64
3.8 Arista 4: Auto-Evaluación ISO 9001:2015.....	65
3.8.1 Instrumento y Método de Evaluación.....	65
3.8.2 Análisis de Resultados ISO 9001:2015.....	66
3.8.2.1 Capítulo 4: Contexto de la Organización	68
3.8.2.2 Capítulo 5: Liderazgo.....	71
3.8.2.3 Capítulo 6: Planificación	73
3.8.2.4 Capítulo 7: Apoyo	76
3.8.2.5 Capítulo 8: Operación.....	81
3.8.2.6 Capítulo 9: Evaluación del Desempeño.....	87
3.8.2.7 Capítulo 10: Mejora.....	89
CAPITULO IV: Propuesta a la Mejora Continua	91
4.1 Ejes Estratégicos para el Crecimiento Pre-hospitalario	92
4.2 Pasos para llegar al SGC	93
4.3 Concretizando el SGC (Norma ISO 9001:2015)	95
4.4 ¿Cuál es el beneficio de invertir en un SGC para el SEM?.....	100
CAPITULO V: Conclusiones y Recomendaciones	103
5.1 Conclusiones.....	103
5.2 Recomendaciones	104
Bibliografía	106
Anexos.....	108

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Resumen Cronológico de Eventos Importantes en el SEM.....	4
Ilustración 2: Organigrama del SEM (Propuesta por los investigadores).....	7
Ilustración 3: Árbol de problemas del Centro Coordinador del SEM.....	10
Ilustración 4: ISO 9001:2015 Pasos de transición, Fuente: Guía de Transición 9001, BSI Group	27
Ilustración 5: Composición del Sistema de Salud de El Salvador, elaboración propia.....	40
Ilustración 6: Atributos de la Calidad, elaboración propia.....	43
Ilustración 7: Actores principales del SGC en Salud, Fuente: Avedis Donabedian.....	45
Ilustración 8: Clientes y Proveedores del CCSEM. Elaboración propia, basada en entrevistas.	45
Ilustración 9: Diagrama de Procesos de Primer Nivel, Elaboración Propia.....	47
Ilustración 10: Estructura Documental del SEM; Elaboración propia	50
Ilustración 11: Diagrama Metodológico del Diagnóstico para el SEM. Elaboración propia.....	51
Ilustración 12: Cuadro Sinóptico del SERVQUAL	52
Ilustración 13: Dimensiones y sus preguntas relacionadas en el modelo SERVQUAL.	52
Ilustración 14: Brechas por cada pregunta en el instrumento ISC-Interno	54
Ilustración 15: Brechas por cada pregunta en el instrumento ISC-Externo.....	57
Ilustración 16: Brechas registradas en el ISC-Usuario.....	61
Ilustración 17: Resultado SERVQUAL	62
Ilustración 18: Análisis FODA del SEM, elaboración propia, a partir de las entrevistas realizadas. .	64
Ilustración 19: Porcentajes Obtenidos por Principio	67
Ilustración 20: Gráfico de los puntajes obtenidos en cada requisito del Cap 4.....	69
Ilustración 21: Gráfico de los puntajes obtenidos en cada requisito del Cap 5	72
Ilustración 22: Gráfico de los puntajes obtenidos en cada requisito del Cap 6.....	75
Ilustración 23: Gráfico de los puntajes obtenidos en cada requisito del Cap 7	79
Ilustración 24: Gráfico de los puntajes obtenidos en cada requisito del Cap 8.....	85
Ilustración 25: Gráfico de los puntajes obtenidos en cada requisito del Cap 9.....	89
Ilustración 26: Gráfico de los puntajes obtenidos en cada requisito del Cap 10.....	91
Ilustración 27: Etapas para conformar y certificar bajo la Norma ISO 9001:2015.....	95

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Funciones Institucionales, fuente: SEM.....	8
Tabla 2: Listado de Atención de Emergencias, Fuente: SEM	9
Tabla 3: Estadísticas proporcionadas por el SEM (Periodo 2015), fuente: SEM	9
Tabla 4: Resumen de la definición del problema.....	11
Tabla 5: Cobertura Económica de la Investigación	14
Tabla 6: Composición Interna del SEM, elaboración propia	15
Tabla 7: Variables de la Investigación	17
Tabla 8: Tipos de Instrumentos para recolectar información.....	18
Tabla 9: Distribución de Macrovariables en el modelo EFQM.....	23
Tabla 10: Modelo del Premio Baldrige.....	24
Tabla 11: Modelo del Premio Deming.....	25
Tabla 12: Diferencias entre ISO 9001 2008 y 2015, Fuente: Guía de Transición 9001, BSI Group ...	27
Tabla 13: Información documentada ISO 9001:2015, Fuente: Guía de Transición 9001, BSI Group	27
Tabla 14: Modelo JCAHO; elaboración propia.	29
Tabla 15: Comparación de modelos de calidad basado en el ciclo PDCA.....	30
Tabla 16: Comparación de los modelos de calidad.....	30
Tabla 17: Comparación de los Modelos SEM; Elaboración propia.	37
Tabla 18: Ponderación a las Respuestas Cerradas.....	53
Tabla 19: Resultados del ISC-Interno	53
Tabla 20: Preguntas del ISC-Interno.....	55
Tabla 21: Requisitos	55
Tabla 22: Resultados Generales del ISC-Externo.....	56
Tabla 23: Preguntas relevantes del ISC-Externo	58
Tabla 24: Aspectos Claves que los Clientes Externos Consideran para fortalecer el SEM	59
Tabla 25: Costos de Recolección de Datos.....	60
Tabla 26: Resultados Promediados de las Dimensiones del ISC-Usuario.....	62
Tabla 27: Tabla de Interpretación de Resultados Cuantitativo-Cualitativo del SERVQUAL.....	62
Tabla 28: Escala de evaluación de Norma ISO 9001:2015	66
Tabla 29: Requisitos Capítulo 4 Norma ISO 9001:2015	68
Tabla 30: Resultados Evaluación Capítulo 4 Norma ISO 9001:2015	69
Tabla 31: Requisitos Capítulo 5 Norma ISO 9001:2015	71
Tabla 32: Resultados Evaluación Capítulo 5 Norma ISO 9001:2015	72
Tabla 33: Requisitos Capítulo 6 Norma ISO 9001:2015	74
Tabla 34: Resultados Evaluación Capítulo 6 Norma ISO 9001:2015	74
Tabla 35: Requisitos Capítulo 7 Norma ISO 9001:2015	77
Tabla 36: Resultados Evaluación Capítulo 7 Norma ISO 9001:2015	79
Tabla 37: Requisitos Capítulo 8 Norma ISO 9001:2015	83
Tabla 38: Resultados Evaluación Capítulo 8 Norma ISO 9001:2015	85
Tabla 39: Requisitos Capítulo 9 Norma ISO 9001:2015	87
Tabla 40: Resultados Evaluación Capítulo 9 Norma ISO 9001:2015	88

Tabla 41: Requisitos Capítulo 10 Norma ISO 9001:2015	90
Tabla 42: Resultados Evaluación Capítulo 10 Norma ISO 9001:2015	90

Resumen Ejecutivo

En cuanto al sector salud la calidad está enfocada principalmente en la satisfacción del cliente, buscando brindar un servicio completo de bienestar. El Ministerio de Salud se ha esforzado y enfocado en aumentar la calidad de sus servicios, emitiendo a través de los años una serie de documentos relacionados con la gestión de la calidad en los servicios de salud, creando diversos protocolos para áreas especializadas de atención a pacientes y lineamientos dirigidos al personal de salud para el cumplimiento de sus deberes y la atención de pacientes con eficiencia, calidad y calidez. Como resultado de este esfuerzo el MINSAL ha obtenido una serie de reconocimientos por la mejora de sus servicios y la calidad que se brinda a los pacientes.

De acuerdo a lo que plantea la misión, la visión y los objetivos estratégicos, el SEM tiene la responsabilidad de brindar servicios de atención en emergencias médicas, en coordinación con otras instancias involucradas para salvar vidas.

En este trabajo se detalla en qué consiste la norma ISO 9001:2015, sus beneficios, los objetivos y la información documentada requerida para obtener la certificación. Se realizó un estudio de la situación actual del SEM, en los resultados de la metodología FODA se observa que el SEM debe reaccionar ante posibles amenazas que existen en el entorno externo y las debilidades que se tienen, y así realizar planes preventivos y desarrollar estrategias para minimizar los efectos que éstos tengan en su funcionamiento, asimismo, aprovechar las oportunidades que probablemente ocurran y las fortalezas con las que cuenta.

Con relación al cuestionario ISO se identificó que el SEM actualmente no cuenta con el cumplimiento de la totalidad de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, sin embargo, sí realiza esfuerzos para brindar los servicios a la ciudadanía, cuenta con un avance en el contexto de la organización, sobretodo en el conocimiento del entorno y la relación con las partes relacionadas; en cuanto al liderazgo es el capítulo que presenta un mayor porcentaje de cumplimiento, ya que existe interés por la dirección dar seguimiento a los servicios que se brindan, el resto de ítems presentan un grado de cumplimiento menor al 20% lo que refleja que existe deficiencia; por todo lo anterior, se refleja una oportunidad para desarrollar en el SEM un proyecto de mejora e implementar un Sistema de Gestión que permita mejorar sus procesos y el servicio que brinda a sus usuarios.

Como propuesta se elaboró el Manual de Calidad y el Manual de Registros y Procedimiento; asimismo, se presentan ejes estratégicos que son de suma importancia, ya que son parte del engranaje funcional de un Sistema de Gestión de la Calidad.

Para finalizar, es necesario indicar que la esencia en el contenido de este trabajo viene dado por la estructura documentada del SGC del modelo ISO 9001:2015 abordado a detalle en el capítulo 4; que contiene aspectos que enriquecerán al servicio prehospitalario del SEM. El manual de calidad, sus requisitos y procedimientos; establecen mecanismos que pueden dar resultados de forma progresiva partiendo de resultados básicos a corto plazo.

INTRODUCCIÓN

La propuesta de estructura documental basada en el Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 para el Sistema de Emergencias Médicas (SEM) del Ministerio de Salud de El Salvador se plantea en la presente tesis, con énfasis en el proceso de atención pre-hospitalaria que tiene especial relevancia por su directa relación con los usuarios, personas que solicitan atención médica urgente, por riesgo inminente de muerte, comúnmente resultado de accidentes, hechos violentos, desastre, choques vehiculares, violencia doméstica y otros casos.

El objetivo de este estudio consiste en definir y establecer los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 con la finalidad de contribuir a la mejora continua de los servicios que se brindan a los usuarios, a través de un enfoque basado en procesos, el pensamiento fundamentado en el riesgo, la gestión del cambio y los resultados del desempeño de la institución.

El primer capítulo contiene el Marco de Referencia, en el cual se abordan antecedentes del Sistema de Emergencias Médicas, su filosofía, estructura organizativa, aspectos legales, funciones principales, descripción de los servicios que se brindan, quienes son sus clientes y proveedores; delimitación, tipo, variables e instrumentos de la investigación. En el segundo capítulo, Marco Conceptual, se aborda el entorno en el que funciona y se desarrolla el Sistema de Emergencias Médicas. Conjuntamente, se da a conocer una reseña de cómo está actualmente la situación de salud en el país y cómo funciona el Sistema Nacional de Salud; así también, se presentan los modelos de atención de emergencias que existen en otros países. Por último, se abordan los modelos de calidad existentes, sus antecedentes, los beneficios y se realiza una comparación de éstos. En el tercer capítulo, se presenta la Radiografía del Sistema de Gestión de la Calidad del SEM; es decir, se realiza un diagnóstico de la situación actual utilizando 4 técnicas que son el modelo SERVQUAL, el análisis FODA, análisis financiero y la evaluación de la norma ISO 9001:2015. El capítulo se cierra con los resultados y un análisis de los mismos. El capítulo cuarto está conformado de una propuesta estratégica sugerida que permita al Sistema de Emergencias Médicas poner en ejecución el Sistema de Gestión de la Calidad, adicionalmente, se detalla una propuesta de estructura documental para el proceso de atención pre-hospitalaria. En el quinto capítulo se exponen las conclusiones y recomendaciones resultado de la investigación, del análisis de los datos y de la propuesta realizada. Por último, se presenta la bibliografía utilizada en todo el proceso y los anexos que soportan la información contenida en el documento.

CAPITULO I: Marco de Referencia

El Sistema de Emergencias Médicas (SEM)¹, nació durante el gobierno del expresidente Mauricio Funes Cartagena (período presidencial: 2009-2014); bajo la creación de ‘La Reforma de Salud’², el cual quedó registrado como uno de los ejes estratégicos de la reforma de dicho servicio (**Anexo 1**). Este organismo está amparado bajo el decreto 158³ del 23 de Octubre de 2013 y establece la participación activa de diferentes instituciones con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en la reforma. Según Artículo 3, se indica que el SEM es un sistema de coordinación interinstitucional del Ministerio de Salud (MINSAL) y presta servicios de atención primaria y educación en las técnicas de primeros auxilios, en el rescate de personas en situación riesgosa y así reducir la mortalidad. Está basado en un modelo general integrador, que involucra al sistema de seguridad pública, hospitales, colaboración ciudadana y coordinación de unidades móviles para emergencias. El SEM es una institución dependiente del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) y pretende brindar la atención pre-hospitalaria⁴ necesaria a personas que presentan alguna emergencia médica, por medio de asistencia telefónica hasta llegar al lugar de los hechos; al mismo tiempo, se encarga de coordinar a las instituciones estatales que considere pertinentes para colaborar ante un desastre natural, con el objetivo de aumentar la probabilidad de vida de las personas. Uno de los principales actores dentro del SEM es el ‘Centro Coordinador del Sistema de Emergencias Médicas’ (CCSEM), que funge como ‘centro de llamadas’ con un servicio de atención de 24 horas /365 días, cubriendo llamadas directas para el Área metropolitana de San Salvador (AMSS) desde el número telefónico 132 y llamadas coordinadas desde el 911.

1.1 Descripción del Sujeto de Estudio

El Sistema de Emergencias Médicas (SEM) que depende del Ministerio de Salud, es el ente de servicios encargado de dar respuesta asistencial a las urgencias y emergencias sanitarias extra-hospitalarias de forma rápida, eficiente y gratuita, las 24 horas del día, los 365 días del año; conjuntamente, realiza la coordinación de instituciones que apoyan la atención de emergencias a víctimas que han sufrido lesiones o una enfermedad repentina y que pueden ser atendidos en el sitio para luego trasladar al paciente al hospital que corresponda.

¹ Sitio web: www.fosalud.gob.sv/inicio/servicio-sem

²Reforma de Salud en El Salvador 2009-2012 (María Isabel Rodríguez, Ministra de Salud)

³Copia del Diario Oficial para la creación del Sistema de Emergencias Médicas (SEM)', Anexo N° 1.

²Reforma de Salud en El Salvador 2009-2012 (María Isabel Rodríguez, Ministra de Salud)

³Copia del Diario Oficial para la creación del Sistema de Emergencias Médicas (SEM)', Anexo N° 1.

⁴ Pre-hospitalaria: Se refiere a la atención inmediata en la escena y traslado de la víctima al centro correspondiente.

En el 2009, bajo el mandato del expresidente Mauricio Funes Cartagena, impulsó el Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014 (PQD) con el objetivo de intensificar las medidas de reducción de la pobreza, la ampliación de servicios sociales, mejorar la seguridad pública y la reactivación económica. El referido plan incluía, además beneficios directos para el sector salud en la estrategia del ‘Sistema de Protección Social Universal y políticas sociales estratégicas’, que contiene como línea de acción concreta ‘La reforma de Salud’⁵ y en ella la creación del Sistema de Emergencias Médicas (SEM), cuyo objetivo principal fue la prestación gratuita pre-hospitalaria y hospitalaria de forma rápida para disminuir la mortalidad y secuelas post-trauma, causadas por enfermedades sistemáticas o lesiones de causa externa (accidentes y actos de violencia). En Diciembre del 2013 fue equipado de infraestructura tecnológica y software, con la ayuda del gobierno y donaciones de entidades extranjeras; permitiendo así que el SEM tuviera una línea telefónica⁶ destinada para la atención remota de urgencias y emergencias, además de un sistema de llamadas concurrentes⁷ y otro sistema informático para la gestión de las llamadas; de esta forma, se organizó el Centro Coordinador del Sistema de Emergencias Médicas (CCSEM), el cual brinda cobertura en el servicio de transporte de emergencias en el Área Metropolitana de San Salvador; un año más tarde (2014), en el mes de Abril se finalizó la construcción de las cuatro Bases Operativas del Sistema de Emergencias Médicas (BOSEM), y se descentralizó la movilidad de las unidades médicas. Las bases fueron ubicadas estratégicamente en zonas geográficas que permitieran atender, en el menor tiempo posible, el llamado del usuario; de forma paralela, se dio inicio al programa de capacitación en atención pre-hospitalaria, que contribuyó a la calidad del servicio de transporte de emergencia en la zona metropolitana. En Diciembre del 2015, el MINSAL entregó tres ambulancias, por medio de las oficinas de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos Humanitarios (ONUPS), dos de estas fueron ‘tipo A’⁸ medicalizadas y una de ‘Tipo B’⁹, cuya inversión fue de \$302,555.63.

⁵ Reforma de Salud en El Salvador 2009-2012 (María Isabel Rodríguez, Ministra de Salud).

⁶ Marcando directamente al 132 para la atención de emergencias médicas, con costo de llamada de \$0.12/minuto como una llamada a tarifa de telefonía fija local.

⁷ Enlaces E1 que puede soportar 31 llamadas concurrentes.

⁸ Ambulancia de Tipo A: Ambulancias de tipo programado, es decir no urgente, que se utiliza para el traslado individual de enfermos que no requieren de asistencia médica en ruta.

⁹ Ambulancia de Tipo B: Vehículo de urgencia que se utiliza para el traslado de enfermos urgentes sin la necesidad de asistencia médica durante el trayecto. Destinadas para dar soporte vital básico y atención sanitaria inicial.

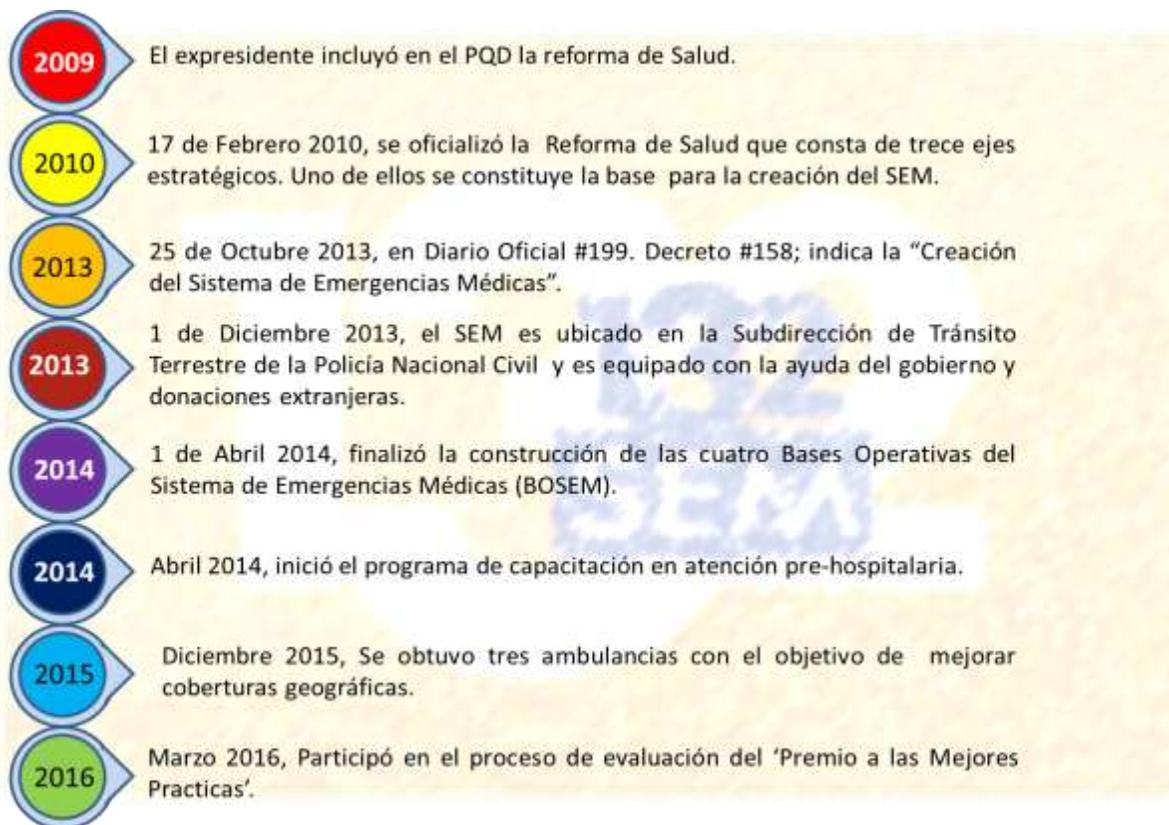


Ilustración 1: Resumen Cronológico de Eventos Importantes en el SEM.
Elaboración propia.

1.2 Filosofía y Valores del SEM

- *Somos un equipo de profesionales responsable de planificar, coordinar, dirigir, evaluar y controlar al SEM, proporcionando a la población servicios de atención en emergencias médicas inmediatas y de calidad a través de la coordinación efectiva con las instancias involucradas para salvar vidas, al mismo tiempo que enseñamos a salvar vidas.*

MISION



- *Ser el equipo de trabajo que lidere la expansión de los servicios del SEM al resto del país, canalizando de forma efectiva la continuidad asistencial de las personas que sufran una emergencia o urgencia médico-quirúrgica para ser atendido por profesionales especializados de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud, salvando y enseñando a salvar vidas en todo el territorio nacional.*

VISION



Transparencia Comunicamos abierta y directamente nuestras intenciones, ideas y sentimientos. Tenemos disposición para rendir cuentas y asumir las consecuencias de nuestros actos en el cumplimiento de nuestras obligaciones. Actuamos con ética, integridad y de acuerdo a nuestros ideales.

Calidad y Calidez Actuamos con efectividad, eficiencia y disciplina. Nos actualizamos permanentemente y nos esforzamos por dar un servicio cálido, humano y fraterno a nuestros usuarios y usuarias. Valoramos el trabajo en equipo como la clave para desarrollar una cultura organizacional que genere un ambiente de alta confianza y cooperación entre nuestros miembros.

Solidaridad Nuestras acciones se orientan a favorecer a toda la población vulnerable que requiera de nuestros servicios. Tenemos sensibilidad social y brindamos servicios desde la igualdad y en consonancia y equilibrio con las diferencias y especificidades individuales. No discriminamos por motivos de nacionalidad, raza, sexo, religión, ideología política, posición social o económica.

Compromiso Tenemos un alto grado de identificación con la visión, la misión y las estrategias organizacionales como la base de la motivación, el desarrollo y el éxito de nuestro quehacer institucional. Actuamos con proactividad y desarrollamos ideas innovadoras y creativas en nuestro trabajo. Somos responsables en hacer efectivo el derecho a la salud de la población.

VALORES



- *Desarrollar el SEM, mediante la coordinación intrasectorial con las instituciones integrantes de la Comisión Nacional del Sistema de Emergencias Médicas, en adelante CONASEM, y a nivel interinstitucional e intersectorial, con otras instituciones para la atención de las emergencias o urgencias de forma adecuada y oportuna.*

OBJETIVO GENERAL



- *Brindar servicios oportunos, eficientes y eficaces, con profesionales especializados y certificados en Atención Pre-hospitalaria.*
- *Diseñar mecanismos de coordinación para la prestación de servicios de emergencias y urgencias médico quirúrgicas con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, en adelante SNS, para garantizar la continuidad asistencial.*
- *Organizar la metodología y logística para enseñar a salvar vidas mediante un plan de capacitación que cubra las necesidades de aprendizaje en el país.*

OBJETIVOS ESPECIFICOS



1.3 Organigrama

La **ilustración 2**, muestra el organigrama del SEM el cual es una dependencia del Viceministerio de Salud, por lo que es regido por las disposiciones de esta última institución. Internamente el SEM está conformado por:

La Dirección del SEM: Quien se encarga de acatar las directrices del Viceministerio de Salud, de orquestar y concertar a todos los actores institucionales involucrados en las emergencias médicas nacionales.

La Coordinación de Estadísticas Médicas: El cual tiene como finalidad recolectar, analizar y transformar en indicadores, toda información proveniente del SEM que servirá para la toma de decisiones institucionales.

Asesoría Jurídica: Asesorar jurídicamente a la Dirección y diferentes unidades del SEM en los procesos que se presenten ya sean aspectos sobre Recursos Humanos, Laborales u otro que se requiera.

Unidad de Administración: Su función es coordinar el personal de mantenimiento y limpieza de la institución.

Unidad de Informática: Esta unidad es encargada de la administración y mantenimiento de la infraestructura tecnológica del SEM; además de brindar el soporte técnico de los sistemas informáticos.

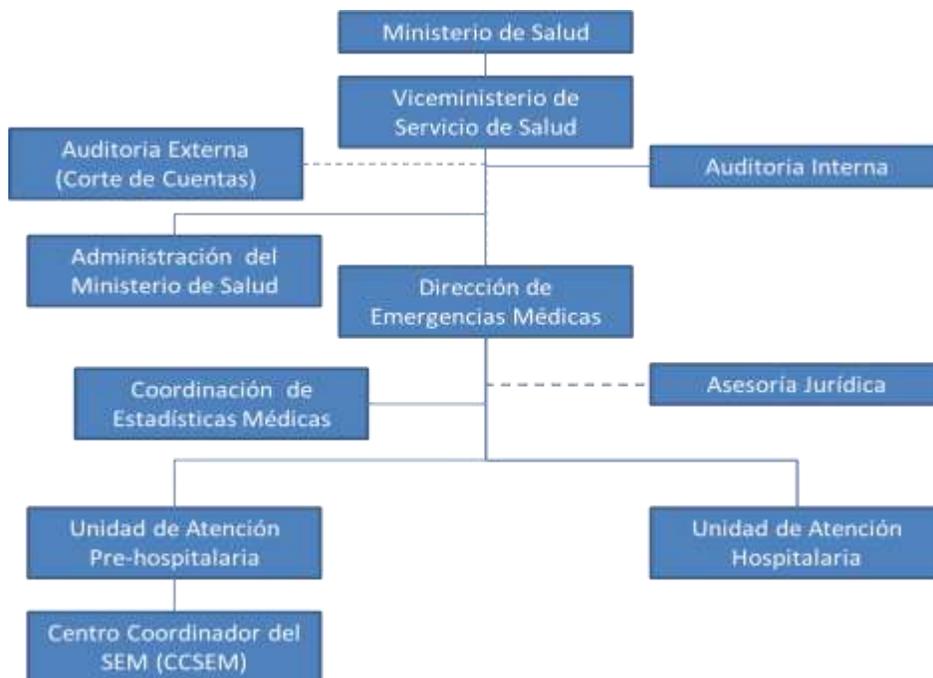


Ilustración 2: Organigrama del SEM (proporcionado por el SEM).

Unidad de Atención Hospitalaria: Tiene como objetivo optimizar la recepción, atención y seguimiento del paciente hasta su egreso hospitalario. Además, apoya la educación continua y permanente de los Recursos Humanos que laboran en las emergencias de los hospitales dentro del plan de capacitación en salud.

Unidad de Proyectos del SEM: Su finalidad es contribuir con el desarrollo institucional del SEM a través de la gestión de proyectos; además, de realizar actividades de planificación y ejecución presupuestarias, según los lineamientos del Viceministerio de Salud.

Unidad de Atención Pre-Hospitalaria: Se encarga de velar por la logística de capacitaciones y de la parte administrativa de las emergencias médicas entre hospitales, comandos de salvamento, instituciones de seguridad pública; con el objetivo de garantizar el equipo médico necesario para las emergencias médicas.

Centro Coordinador del SEM (CCSEM): Sus funciones principales son brindar servicios de asistencia médica a pacientes en estado de emergencia/urgencia de forma remota y como segunda función es realizar la gestión de transporte y coordinación de ingreso hospitalario a los pacientes; con el propósito de a aumentar la probabilidad de sobrevivencia.

Soporte Logístico de Emergencias Médicas: Son entidades externas relacionadas a la seguridad y salud pública y que colaboran con el CCSEM como: los Cuerpos de Socorro, Cruz Roja, Cruz Verde, Comandos de Salvamento, FOSALUD, ISSS, ISBM, ISRI, Protección Civil, PNC entre otros.

1.4 Funciones Principales

Función General	Dirigir el SEM en forma coordinada y concertada con todos los actores institucionales e intersectoriales involucrados
Funciones Específicas	<ol style="list-style-type: none">I. Diseñar y proponer las Políticas, estrategias, normas, manuales e instrumentos técnicos del SEM, contando con la participación activa de todos los actores institucionales e intersectoriales involucrados.II. Gestionar la red de transporte de emergencias y urgencias para la atención oportuna de ellas en la RIISS¹⁰.III. Gestionar por instrucciones del titular, el apoyo técnico financiero con Organismos Cooperantes Nacionales o Internacionales para el buen funcionamiento del SEM.IV. Promover la investigación y la capacitación continua en los procesos asistenciales de Emergencias Médicas.

Tabla 1: Funciones Institucionales, fuente: SEM

El SEM se define, según el Artículo 3 del Decreto 158 como un sistema de coordinación de las instituciones que lo integra para prestar servicios de atención primaria y educación en las técnicas de primer auxilio, para rescatar a las personas de una situación amenazante y así reducir la mortalidad¹¹.

1.5 Servicios

Los servicios que presta el Sistema de Emergencias Médicas (SEM) son:

1. Atención de llamadas por emergencias médicas.
2. Indicaciones de forma telefónica para atención de personas.
3. Logística y coordinación para el envío de ambulancias para atención de emergencias.
4. Control estadístico de emergencias médicas.
5. Capacitaciones a profesionales en salud y prestadores de servicios de salud.

La atención de emergencia que se atiende, se puede clasificar de la siguiente manera (**Tabla 2**):

¹⁰RIISS: Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud

¹¹ Informe de Estudio de Recopilación de Información Sobre Emergencias Médicas y de Desastres, República de El Salvador.

Heridas por arma de fuego	Intoxicaciones
Heridas por arma blanca	Enfermedades cardiacas
Traumatismos (Por cualquier causa)	Desmayos
Enfermedades pediátricas graves	Enfermedades pulmonares
Accidentes de Tránsito	Complicaciones de enfermedades crónicas
Complicaciones médicas de embarazo	

Tabla 2: Listado de Atención de Emergencias, Fuente: SEM

Siendo uno de los procesos claves en la cadena de supervivencia del SEM es el Centro Coordinador (Centro de llamadas) el cual tiene un servicio de 24 horas / 365 días de atención, cubriendo llamadas directas desde el número telefónico 132 y llamadas coordinadas desde el 911. Entre las estadísticas de llamadas a la población salvadoreña se registran los siguientes valores para el año 2015 (**Tabla 3**):

Tipo de demanda	Frecuencia	Porcentaje
Asistenciales ¹²	118,443	87.82
Informativas ¹³	10,332	7.66
Transporte ¹⁴	6,102	4.52
TOTAL	134,877	100

Tabla 3: Estadísticas proporcionadas por el SEM (Periodo 2015), fuente: SEM

El Centro Coordinador está compuesto por Médicos coordinadores, personal técnico y teleoperadores, los cuales actúan en coordinación con una red de ambulancias, bases operativas y red hospitalaria.

1.6 Planteamiento del Problema

Según indica la misión del SEM; este instituto tiene la responsabilidad de brindar servicios de atención en emergencias médicas y de calidad a través de la coordinación efectiva con las instancias involucradas para salvar vidas. Sin embargo, desde hace tres años el SEM se enfrenta ante problemas operativos que limitan la calidad del servicio al cliente. Uno de los principales problemas del SEM es su estructura organizacional, la cual sufre cambios de forma periódica debido a la búsqueda de la mejor sinergia organizativa; dificultando el reconocimiento de las

¹² Se dio respuesta asistencial con ambulancia y/o con indicaciones del Centro Coordinador.

¹³ Se brindó consejo sanitario con información de servicios de salud.

¹⁴ Se dio respuesta con ambulancia para transporte de paciente crítico en apoyo de hospitales y Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF).

funciones, responsabilidades y perfiles de los miembros de la institución. Adicionalmente y de forma relacionada, poseen un riesgo de denegación de servicio en la atención de llamadas, debido a que el personal no es suficiente para dar cobertura a dichas solicitudes a nivel nacional, con base a ello, no se garantiza el tiempo de respuesta al usuario, en detrimento al nivel de servicio médico que se ofrece; esto se debe a que la institución solo cuenta con dos médicos y cuatro teleoperadores para cada turno de 12 horas. De acuerdo a los comentarios del Coordinador de Estadísticas e Información en Salud, manifiesta que esta cantidad de colaboradores solo puede atender las llamadas de la zona metropolitana, limitando el servicio al resto de la población nacional. Por otra parte, la institución no provee de ningún programa de capacitación o entrenamiento especializados para sus colaboradores que participan directamente en la entrega del servicio al usuario en las diferentes áreas técnicas que le competen; tales como salud, informática, atención al cliente, psicología ocupacional, simulacros, ejecución de planes de contingencia, entre otros.

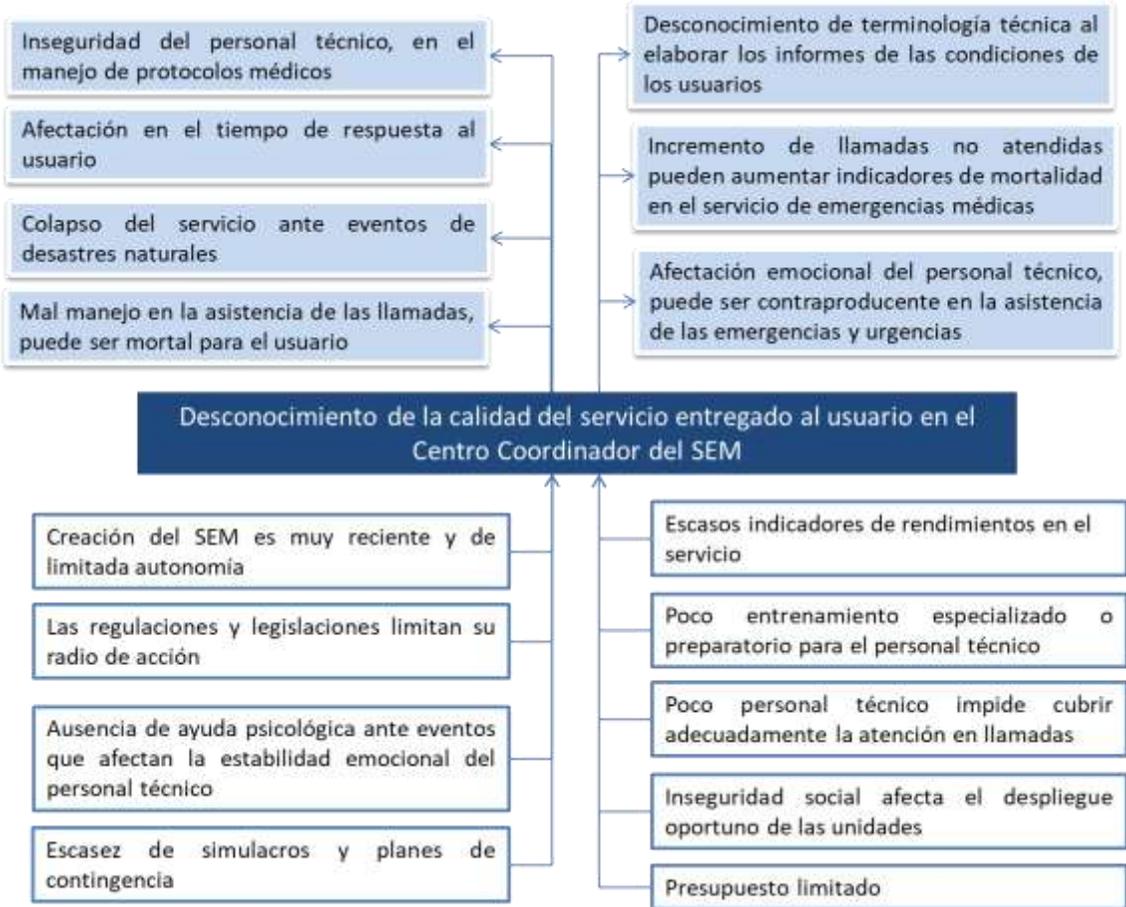


Ilustración 3: Árbol de problemas del Centro Coordinador del SEM.

Esta limitante genera en los colaboradores poco aumento de sus conocimientos, habilidades y destrezas ante los cambios tecnológicos y de protocolos de los Sistemas de Emergencias Médicas. Por último, el SEM carece de políticas de calidad, lo que conlleva a un desconocimiento de los niveles de cumplimiento de servicio al usuario sobre los estándares y protocolos médicos internacionales en los sistemas de emergencia. La **ilustración 3** indica la metodología del árbol de problemas¹⁵, con el objetivo de identificar la problemática actual. Basado en las situaciones descritas con anterioridad, es preciso levantar información cualitativa sobre la reestructuración documental, respecto a los niveles de servicio y calidad que se efectúan dentro del SEM. La **ilustración 3** muestra en la parte inferior del diagrama, nueve causas que fueron identificadas a partir de entrevistas y talleres con el personal del SEM (Ver Anexo 2), las cuales llevaron a la definición del problema (representado como el recuadro oscuro al centro del diagrama) y de forma consecuente se muestra en la parte superior de la ilustración, los efectos contraproducentes al servicio de las emergencias médicas de la institución. Al realizar un análisis del diagrama, se han podido identificar cuatro deficiencias principales (**Tabla 4**):

N°	DEFICIENCIA	PROBLEMÁTICA
1	<i>Incumplimiento de Estándares Médicos</i>	El SEM desconoce cuál es su nivel de cumplimiento de normativas y estándares internacionales sobre el manejo de emergencias.
2	<i>Ausencia de Indicadores</i>	Pobreza de existencia de indicadores para la medición del desempeño del SEM en la atención de emergencias.
3	<i>Desconocimiento de la Calidad en el Servicio</i>	Debido a limitantes técnicas y de recursos el SEM, no cuenta con un sistema de gestión de calidad.
4	<i>Insatisfacción del Usuario</i>	No existe un mecanismo de medición de satisfacción de usuarios del SEM (partes interesadas).

Tabla 4: Resumen de la definición del problema.

1.7 Definición del Problema

¿Mejorarán los servicios al usuario con la estructura documental que contribuya al diseño de un Sistema de Gestión de la Calidad acorde a los requisitos de la Norma ISO 9001 versión 2015 en el Sistema de Emergencias Médicas del Ministerio de Salud?

¹⁵Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. (CEPAL)

1.8 Justificación del Problema

Las razones que justifican el uso de los SGC pueden ser variables según cada entidad, y en el caso del SEM la necesidad de su implementación conllevará a incrementar su cobertura de servicios de forma gradual a nivel nacional, ofrecer al usuario asistencia médica con estándares de calidad, mejorar su estructura organizacional y procesos. La importancia de esta investigación permitirá al SEM, ofrecer en el futuro, un mejor servicio en la asistencia de las emergencias médicas; además, obtendrá beneficios institucionales tales como:

1

Diagnóstico actual del SEM con base a la norma de calidad ISO 9001:2015, lo que llevará a la identificación de oportunidades de mejoras que impacten en la calidad de los servicios de asistencia médica, así como también la eficiencia y eficacia de los procesos.

2

Comprensión del nivel de satisfacción de los pacientes e instituciones colaboradoras, con el objetivo de ofrecer un mejor servicio que garantice el cumplimiento de los estándares de calidad.

3

Finalmente, a largo plazo podría someterse a la evaluación de las entidades certificadoras debido a que esta investigación servirá de apoyo para establecer las directrices o guías para el desarrollo, ejecución y evaluación interna/externa del sistema de calidad.

1.9 Preguntas de la Investigación

1. ¿Cuáles son los beneficios en la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) para el Sistema de Emergencias Médicas (SEM)?
2. ¿Qué aspectos se mejorarían con la estructura documental bajo la norma ISO 9001:2015?
3. ¿Cuál es el actual nivel de cumplimiento de la norma ISO 9001:2015 en la institución?
4. ¿Cuál es el índice de satisfacción del cliente interno/externo que brinda el SEM?
5. ¿Cuáles son los factores que influyen en los colaboradores del SEM para brindar un servicio de calidad al usuario externo?

1.10 Delimitación de la Investigación

La investigación estará enfocada en la elaboración de una propuesta de estructura documental que incluye manual de calidad y procedimientos que contribuyen al diseño de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) acorde a los requisitos de la norma ISO 9001 versión 2015 en el Sistema de Emergencias Médicas del Ministerio de Salud.

1.10.1 Cobertura Temporal

El SEM, nació en el año 2009 bajo 'La Reforma de Salud', pero fue hasta el 23 de Octubre de 2013 que bajo el decreto 158 funcionó como ente; por lo anterior, se tomará como referencia el período del 2013 al 2016 y otra información importante del 2017.

1.10.2 Cobertura Espacial

Actualmente el SEM está ubicado en el tercer piso, del edificio # 3, de la Subdirección de Tránsito Terrestre de la Policía Nacional Civil, San Salvador (Ver anexo 3: Mapa de las Instalaciones del SEM).

1.10.3 Cobertura Económica

El estudio enfocado en la elaboración de una reestructuración documental que contribuya al diseño de un Sistema de Gestión de la Calidad acorde a los requisitos de la norma ISO 9001 versión 2015 en el Sistema de Emergencias Médicas del Ministerio de Salud tendrá un costo de \$10,000. (Tabla 5).

1.11. Objetivos

1.11.1 Objetivo General

Elaborar una propuesta de estructura documental de un Sistema de Calidad del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) del Ministerio de Salud.

1.11.2 Objetivos Específicos

1. Elaborar un diagnóstico que permita analizar y determinar los puntos claves que de acuerdo a la norma ISO 9001:2015 pueden ser mejorados.
2. Analizar las ventajas que generaría para el SEM la implementación de la Norma Internacional ISO 9001:2015.
3. Establecer indicadores para el SEM que permitan medir el nivel de calidad de los servicios y satisfacción del cliente por medio de un Sistema de Gestión de Calidad basado en estándares internacionales.
4. Identificar los puntos de mejoras para el SEM que contribuyan a la creación del Sistema de Gestión de Calidad.

COBERTURA ECONÓMICA		
Honorarios Invetigadores	\$	6,500.00
Papelería e insumos	\$	950.00

Energía eléctrica	\$	450.00
Viáticos	\$	350.00
Impresiones	\$	350.00
Equipo informático	\$	1,000.00
Otros gastos	\$	400.00
TOTAL	\$	10,000.00

Tabla 5: Cobertura Económica de la Investigación

1.12 Alcances

El estudio implica el análisis y valoración de la situación actual del SEM con respecto a la norma 9001, por medio de instrumentos predefinidos por la Organización de Estándares Internacional (ISO); así como la elaboración documental del manual de calidad, procedimientos y registros exigidos por el estándar.

1.13 Limitaciones

1. El estudio comprende elementos que forman al Sistema de Gestión de Calidad para la Institución que representa al Sistema de Emergencias Médicas; y no las entidades que interactúan con ella. Factores externos que delimita la restructuración documental del SEM; son la poca regulación y políticas de nación que aborden temas sobre la atención pre hospitalaria. La creación aprobación de estos elementos no dependen de la institución.
2. El estudio no comprende la implementación u operatividad del Sistema de Gestión de Calidad en el SEM; es decisión o responsabilidad de la institución establecer proyectos destinados a la ejecución de este modelo propuesto y del uso de los manuales, instrumentos y formatos utilizados en la investigación.

1.14 Tipo de Investigación

La investigación es de tipo descriptivo, porque se requiere conocer a la organización en su totalidad describiendo su situación actual. Por medio de esta modalidad, el consultor observa el comportamiento organizacional y sus procesos de mayor relevancia. Asimismo, se recopila información, datos, que permita llegar al resultado de la investigación del diagnóstico. De la misma manera, el consultor usará la investigación correlacional, para determinar dependencias o relaciones entre dos o más variables. Con este método se persigue identificar y aportar posibles soluciones a la problemática. Para finalizar, se adoptará la investigación explicativa con el objetivo de identificar las causas que originan el problema.

1.15 Definición del Universo

El universo de estudio para la investigación está constituido por cuatro grupos: el primero es todo el personal que labora en el SEM (**Tabla 6**), el segundo grupo es conformado por 150 personas que pertenecen a once instituciones que resguardan la integridad de las personas durante las emergencias y que interactúan con el SEM, a los cuales se les denomina clientes externos; el tercer grupo está conformado por las personas que han recibido atención pre hospitalaria por parte del SEM y que pertenecen al Área Metropolitana de San Salvador (AMSS). El último grupo del universo es identificado como 'Documentación institucional'; en donde el investigador tomará en su totalidad todo documento físico o electrónico del SEM que sirva como fuente de información para el Sistema de Gestión de Calidad (SGC).

La **Tabla 6** muestra la distribución de los colaboradores en el SEM:

PERSONAL	POBLACION
Administrativo	8
Infraestructura e Informática	6
Médicos técnicos	10
Teleoperadores	18
TOTAL	42

Tabla 6: Composición Interna del SEM, elaboración propia

1.15 Diseño de la Investigación

Las actividades a efectuarse en el presente diagnóstico para lograr el objetivo de la investigación, se desarrolla en los siguientes pasos:

1. Observación directa del quehacer institucional.
2. Identificación de la técnica y herramienta a utilizar para la recopilación y análisis de la información.
3. Recolección de fuentes de información.
4. Análisis de la información.
5. Realización del diagnóstico de la situación actual.

1.16 Recolección de la información

Las fuentes de información del SEM fueron obtenidas por medio del uso de censo y entrevistas a las personas que conforman al personal técnico¹⁶ y administrativo; para los usuarios finales, se les realizó un muestreo no probabilístico de las personas que utilizaron los servicios del SEM en un

¹⁶ Incluye al personal técnico de las instituciones que resguardan la integridad de las personas durante las emergencias e interactúan con el SEM.

período de dos semanas. Como último elemento, se recolectó la información institucional que pudiera servir como apoyo a la reestructuración documental para el SGC.

1.17 Variables de la Investigación

La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad puede expresarse por medio de la función:

$$Y=f(x_0,1,\dots,n)$$

Donde (Y) es variable dependiente representada por la propuesta de estructura documental bajo norma ISO 9001:2015, que depende de las variables independientes ($X_0, 1, \dots, X_n$) que representa los requisitos técnicos y relativos a la gestión que se deben cumplir.

- **Enfoque al cliente:** Este es el primer principio en el que se basan los SGC ISO 9001 que consiste en asegurarse de que los objetivos de mejora del SEM coinciden con las necesidades y expectativas de los usuarios/clientes.
- **Liderazgo:** Este requisito consiste en que la dirección se responsabiliza de la eficacia del SGC, estableciendo una política de calidad y objetivos compatibles con la dirección estratégica y el contexto del SEM.
- **Compromiso de las personas:** Todas las personas que conforman el SEM tienen que estar comprometidas con el SGC y en el cumplimiento de los requisitos.
- **Enfoque a procesos:** Este enfoque basado en procesos de los SGC pretende mejorar la eficiencia y eficacia del SEM para alcanzar los objetivos definidos, lo que implica aumentar la satisfacción de los usuarios/clientes.
- **Mejora:** El SEM tiene que mejorar de forma continua y eficaz el SGC considerando todos los resultados del análisis y la evaluación.
- **Toma de decisiones basado en la evidencia:** Las decisiones que se toman en el SEM deben estar basadas en el análisis y evaluación de datos e información para conseguir los resultados esperados.
- **Gestión de las relaciones:** Se deben gestionar sus relaciones con las partes interesadas ya que es de gran importancia para toda la actividad logística que realiza el SEM.

Se presentan las variables a continuación (**Tabla 7**):

MACROVARIABLE	MICROVARIABLES
Enfoque al cliente	Servicios. Sistema de quejas. Satisfacción del cliente/usuario.

Liderazgo	Auditorías. Compromiso de la Dirección. Revisiones de la dirección.
Compromiso de las personas	Condiciones del personal. Ambiente laboral. Condiciones de trabajo.
Enfoque a procesos	Organización. Misión, visión, valores y objetivos. Controles. Trazabilidad.
Mejora	Sistema de gestión. Procesos.
Toma de decisiones basado en la evidencia	Registros. Indicadores.
Gestión de las relaciones	Jefaturas. Empleados. Clientes internos y externos.

Tabla 7: Variables de la Investigación

1.18 Instrumentos de la Investigación

Para la recolección de información se utilizarán los siguientes instrumentos (**Tabla 8**):

INSTRUMENTO	DESCRIPCION
Entrevistas	Con esta técnica se persigue conseguir un diálogo entre dos personas: El entrevistador "investigador" y el entrevistado; se realiza con el fin de obtener información de parte de éste, que es, por lo general, una persona entendida en la materia de la investigación.
Registros Anecdóticos	Tienen como objetivo tomar nota de aquellas actividades o eventos no usuales, espontáneas, que sean altamente significativas en el momento de integrar datos para emitir juicios de valor.
Encuestas	La encuesta es una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones impersonales interesan al investigador. Para ello, a diferencia de la entrevista, se utiliza un listado de preguntas escritas que se entregan a los sujetos, a fin de que las contesten igualmente por escrito. Ese listado se denomina cuestionario.
Redes Sociales	Por medio de estos servicios informáticos se obtienen importantes aportaciones del usuario sobre los servicios que la institución brinda. La información contenida en este instrumento indica el compromiso al usuario.
Sitio Web Institucionales	Brindan al investigador un panorama sobre quien es la institución, sus funciones, su filosofía y servicios. Este instrumento indicará al usuario cuál es la imagen que la institución proyecta al exterior.

Archivos físicos
y electrónicos

Toda la documentación institucional oficial y no oficial, bitácoras, estudios o investigaciones externos/internos pueden contener información documental importante que podrían ser utilizadas como fuentes que constituyan al sistema de calidad.

Tabla 8: Tipos de Instrumentos para recolectar información

La encuesta incluye un instrumento denominado 'lista de verificación', el cual es usado como la principal herramienta para obtener el estado inicial en que se encuentra el SEM en relación a los requerimientos de la norma ISO 9001:2015. Este instrumento es acompañado de entrevista al personal en donde se denotan una serie de preguntas estructuradas relacionadas con los requerimientos que exige la norma.

CAPITULO II: Marco Conceptual

2.1 Definición de “Calidad”

El significado de la calidad puede ser abordado desde diferentes perspectivas y es común que existan diferentes definiciones. De forma general las entidades que fabrican bienes y servicios, podrían identificar a la calidad como un proceso, que inicia por el reconocimiento de las necesidades de los clientes, para luego seguir con la materialización de esas necesidades en un producto/servicio con el mínimo de error posible; para luego ser comercializado y se prolonga la calidad hasta la asistencia después de la venta. Para un cliente el concepto de calidad dependerá de la satisfacción de sus necesidades, expectativas y la experiencia al consumir un producto/servicio. Por otra parte, las definiciones de algunos expertos indican:

1. Joseph M. Juran (1982) se refirió a la calidad como “adecuación al uso”, con lo que denoto que el producto/servicio está destinado a evacuar las necesidades del consumidor.
2. Según W. Edwards Deming (1988), calidad es la satisfacción del cliente y no es otra cosa más que una serie de cuestionamientos hacia una mejora continua.
3. Philip Crosby (1979) definió la calidad estrictamente como “el cumplimiento de los requerimientos” e indica el mayor desempeño es lograr “el de cero defectos”.
4. Kaoru Ishikawa (1985) indicaba que el cliente es el primer paso a la calidad, y por ello, entender sus necesidades es la base para mejorar, y que se debe de mantener la búsqueda de quejas de forma activa.

5. Para Cuatrecasas (2001) la definición de la calidad es conformada por el conjunto de características que posee un producto o servicio obtenidos en un sistema productivo, así como su capacidad de satisfacción de los requerimientos del usuario.
6. Según la norma ISO 9000, la calidad es el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

2.2 Evolución de la calidad

Desde el nacimiento del concepto, el enfoque de la calidad ha venido evolucionando; en sus inicios esta actividad fue limitada a controles e inspecciones sobre la producción, con el objetivo de detección temprana de errores. En ese entonces existían en las empresas productoras el Departamento de Calidad, que era el encargado de identificar productos defectuosos. Posteriormente, se implementaron técnicas estadísticas de muestreo para verificar y controlar la salida de los productos antes de su comercialización; esto suponía una nueva actividad y un avance en términos de calidad. Nuevamente se registran cambios en el proceso evolutivo, al incorporar el concepto de 'generar calidad desde los orígenes'; el cual busca el aseguramiento de la calidad desde el proceso de producción para evitar la generación de artículos defectuosos. Los cambios siguieron aumentando, cuando se involucró a todo el personal y la Alta Dirección en la 'Gestión de la Calidad Total'; dando apertura a una nueva filosofía en el manejo de empresas, al incorporar en la planificación y diseño de productos el concepto actividades relacionadas a la calidad.

Consecuentemente, se identifican cuatro etapas en la evolución de la calidad:

1. **Inspección:** La cual funcionaba como un filtro y consistía en la verificación de los productos de salida. Esta actividad era ejecutada después de la fabricación del producto y así se aseguraba que al mercado llegaran los productos en condiciones perfectas. Los productos que no cumplían con las especificaciones técnicas eran clasificados como defectuosos y por consiguiente eran rechazados.
2. **Control de Productos:** La incorporación de métodos estadísticos dentro de la verificación y fabricación de los productos, redujo considerablemente la etapa de inspección. Esta actividad permitió detectar errores por medio de muestreos, pero los defectos no eran reducidos e implicaban siempre costos por desperdicios.
3. **Control de Procesos:** Incorporar el control al 'proceso' y no el 'producto', es el primer paso importante hacia una calidad genuina, como medida de control a un costo aceptable. Es así, como la calidad pasa a ser una característica del producto e

incorpora el cumplimiento de las expectativas de los clientes. Esta evolución implica la participación de nuevas áreas en la organización como mercadeo, ventas, compras e incluso incorpora a los proveedores en la cadena generadora de la producción.

4. **Gestión de la Calidad Total:** La calidad es adoptada por toda la organización, incorporando en su filosofía institucional enfoques 'la satisfacción al cliente' por medio de la conceptualización de la calidad. Al mismo tiempo, se reconoce que la calidad no es un elemento limitado y asociado al producto, sino que alcanza niveles estratégicos de las empresas. Se convierte así, en 'Calidad Total' al aplicar el termino en el recurso humano, procesos, medios de producción, etc. En síntesis, se convierte en un concepto que abarca todos los estamentos, áreas de la empresa y la Alta Dirección.

2.3 Sistemas de Gestión

Un sistema de gestión de una organización es el conjunto de elementos¹⁷ mediante el cual la Alta Dirección planifica, ejecuta, controla y actúa sobre todas sus actividades para el logro de los objetivos institucionales. Basados en la norma ISO 9000:2000¹⁸, la gestión consiste en actividades coordinadas para dirigir y controlar; mientras que el sistema de gestión sirve para establecer las políticas, objetivos y su forma de alcanzarlos.

Para el British Standar Institutud (1996), un Sistema de Gestión se define como una composición, a cualquier nivel de complejidad de personas, recursos, políticas y procedimientos que interactúan en un modo organizado para asegurar que se lleve a cabo una tarea determinada o para alcanzar y mantener un resultado específico. Es de esta definición, en donde se desprenden diferentes tipos de gestión; como son: Sistemas de Gestión de Calidad, Sistemas de Gestión de Riesgos, Sistemas de Gestión Ambiental y muchos otros más.

2.4 Sistemas de Gestión de Calidad (SGC)

La norma ISO 9000:2000 en el apartado 2.11, define a un SGC como aquella parte de gestión de la organización que enfoca sus logros o resultados hacia la calidad, para satisfacer las necesidades, expectativas y requisitos de las partes interesadas, según corresponda. Seguidamente, el apartado 3.2.3 de esa norma; indica que el SGC se encarga de dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad. Y agregar que, estos sistemas están conformados por conjunto de

¹⁷ Elementos: estrategias, objetivos, políticas, estructuras, recursos y capacidades, métodos, tecnologías, procesos, procedimientos, reglas e instrucciones de trabajo.

¹⁸ ISO 9000: 3.2.2 y 3.2.6

actividades, estructuras de organización de responsabilidades (plasmadas en un organigrama), recursos y capacidades, métodos, tecnologías (especialmente soportes de información y conocimiento), procesos, procedimientos, reglas e instrucciones de trabajo, diseñados para apoyar a la dirección en la conducción de la política y los programas de calidad de la organización con el fin de alcanzar de manera eficaz y eficiente los objetivos de calidad establecidos. Comúnmente los SGC basan sus directrices en modelos normativos para la gestión de la calidad; los cuales pueden ser auditados y certificados por entidades ajenas a la institución, con el objetivo de buscar imparcialidad en el cumplimiento de los modelos. El fundamento de los SGC con respecto a los modelos, se basa en tres ejes de reestructura documental:

1. La elaboración de procedimientos estandarizados orientados a coordinar los recursos y actividades que garanticen la calidad de los procesos y la fabricación de un producto o servicio adaptado a los requerimientos del cliente.
2. La documentación de los requisitos de comportamiento en un Manual de Calidad.
3. El cumplimiento de las directrices estipuladas en los procedimientos.

Basado en lo anterior, los modelos de calidad son especificaciones de la organización destinadas para identificar e implantar patrones de conducta de las áreas de una empresa, a través de un aseguramiento sistemático de las actividades que interactúan con la elaboración y entrega del producto/servicio. Siendo la función principal de los SGC la identificación de factores que pueden afectar la calidad del producto y la experiencia al cliente.

2.5 La Calidad en la atención en Salud

En lo referente al sector salud, se han difundido varias definiciones sobre calidad en los servicios, entre las más relevantes se tienen dos. La primera: “Es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.” (Roemer y Montoya, OMS; 1988)¹⁹.

La segunda: la más conocida, la de Donabedian, (1974, 1988)²⁰ quien la define: “Proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes”. Esta

¹⁹ Evaluación y garantía de la calidad en la atención primaria de salud / M. I. Roemer and C. Montoya-Aguilar, 1988, OMS.

²⁰ Veinte años de investigación en torno a la calidad de la atención médica, 1964-1984, Donabedian

calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica (Donabedian, 1984). Existe consenso entre los especialistas de que Donabedian es la referencia obligada para tratar, evaluar, estudiar la calidad de la atención en los servicios de salud, debido a que es el autor que más ha investigado y escrito sobre el tema.

En forma general la calidad es:

1. Hacer lo correcto, en forma correcta.
2. A tiempo, todo el tiempo.
3. Desde la primera vez.
4. Mejorando siempre.
5. Innovando siempre y siempre satisfaciendo a los clientes/usuarios.

2.6 Beneficios de los Modelos de calidad

Los modelos de Gestión de la Calidad tienen en común algunos aspectos: han sido creados para la mejora de los resultados de las organizaciones, impulsan la mejora continuada, están relacionados con la calidad, requieren el compromiso de la dirección, están orientados al cliente y pueden ser utilizados por las organizaciones como herramientas con un doble propósito: realizar una autoevaluación y someterse a evaluaciones externas.

Los beneficios de implementar un modelo de calidad son:

1. Mejoras a los procesos.
2. Una organización interna con objetivos y responsabilidades definidos.
3. Aumento en la confianza y satisfacción de los clientes/usuarios.
4. Mejoras a los servicios que se brindan.
5. Mayor capacidad de respuesta.
6. Mejora la motivación y el trabajo en equipo para alcanzar metas y objetivos.

2.7 Modelos de Gestión de Calidad más Importantes

Existen a nivel mundial diferentes modelos de gestión de calidad, los cuales son adoptados por las organizaciones según la región a la que pertenecen; algunos países pueden verse influenciados o heredar modelos de acuerdo a su conveniencia. La diferencia entre ellos radica en la forma de distribución y abordaje de las macrovariables que componen cada uno de estos modelos.

2.7.1 Modelo EFQM

El nombre de este modelo se debe a las siglas de la institución creadora (European Foundation for Quality Management). Nace en 1991 con la justificación de someter a algunas empresas europeas a la autoevaluación para participar por el ‘Premio europeo de la calidad’; siendo su objetivo primordial ayudar en la creación de empresas europeas fuertes que adopten la filosofía de la administración total de la calidad. Está conformado por criterios (macrovariables) que pueden tener una puntuación de 60 a 200 puntos, según el criterio que se esté evaluando y está conformado por (Tabla 9):

MACROVARIABLE	PUNTAJE	DIAGRAMA ²¹
Liderazgo	100	
Desarrollo de Personas	100	
Políticas y Estrategias	80	
Alianzas y Recursos	100	
Procesos, Productos y Servicios	140	
Resultados en las Personas	90	
Resultados en los Clientes	200	
Responsabilidad Social	60	
Resultados	150	

Tabla 9: Distribución de Macrovariables en el modelo EFQM

Las empresas que adoptan este modelo, son sometidas a evaluaciones anuales internas y realizadas por entidades evaluadoras abaladas por el instituto del modelo. El sistema de puntuación contiene 9 criterios de evaluación que suman un total de 1020 puntos.

2.7.2 Modelo Malcolm Baldrige

El nombre de este modelo se debe al político estadounidense Howard Malcon “Mac” Baldrige, quien fue nombrado ministro del Departamento de Comercio de Estados Unidos de Norteamérica durante la gestión Reagan en 1981. En su gestión como ministro, debido a un accidente (1987) ocurre su deceso y desde 1988 el Presidente de Estados Unidos entrega anualmente el ‘Malcolm Baldrige National Quality Award’ en honor a Baldrige. El premio entro como parte de la ley pública en 1987 por medio del congreso de ese periodo y fue apoyado por organismos destinados a la calidad y las buenas prácticas de los servicios. En ese mismo año es conformada la fundación Baldrige cuyos objetivos son:

²¹ Fuente del diagrama: Sitio oficial <http://www.efqm.org/efqm-model/efqm-model-in-action-0>.

- 1) La identificación y reconocimiento de empresas modelo.
- 2) Establecer criterios para evaluar los esfuerzos de mejora.
- 3) Difundir las mejores prácticas de las empresas.

Este reconocimiento surge como contraparte del premio Deming adoptado por Japón en 1951. La creación de un reconocimiento a la calidad total en Estados Unidos fue influenciada por la necesidad de generar empresas competitivas ante los cumplimientos de un mercado global.

Los criterios (macrovariables) para el premio están conformados por un agrupamiento de 7 áreas de evaluación. El agrupamiento es conocido como ‘Balbrige Excellence Framework’ y es conformado por (Tabla 10):

MACROVARIABLE	PUNTAJE	DIAGRAMA ²²
Liderazgo	100	<p>Modelo Premio Baldrige</p>
Estrategia	100	
Clientes	200	
Fuerza Laboral	100	
Operaciones	150	
Resultados	200	
Administración del Conocimiento, Indicadores y Análisis	150	

Tabla 10: Modelo del Premio Baldrige

Para obtener el reconocimiento, las compañías se enrolan como candidatas al premio por medio de una solicitud; luego se les brinda un instrumento de autoevaluación brindado por la fundación. Las empresas se autoevalúan de manera consensuada con respecto a los criterios del modelo y tienen la obligación de adjuntar al instrumento la evidencia documental que justifica la nota obtenida en el instrumento. La fundación somete a revisiones de consenso del equipo examinador toda la información que la compañía candidata brinda; el equipo lleva a cabo una serie de revisiones. A través de estas revisiones, el equipo llega a un consenso sobre comentarios y puntajes. Basado en los resultados de la revisión, los jueces deciden si la empresa es candidata a la visita técnica a las instalaciones con el objetivo de esclarecer algunos vacíos en la documentación. El equipo examinador elabora un reporte denominado ‘reporte de retroalimentación’, basado en la documentación del participante y la visita técnica. Este reporte contiene las buenas prácticas, las debilidades y los puntos de mejora de la compañía participante; el cual es revisado por los jueces y dictaminan si la compañía es acreedora del premio. El reporte de retroalimentación es enviado a la compañía participante y además se le notifica si es ganadora del premio Balbrige. Este

²² Fuente del diagrama: Sitio oficial <https://www.nist.gov/baldrige/how-baldrige-works>.

proceso se desarrolla en un plazo de 8 meses, siendo culminado en una ceremonia en la primavera.

2.7.3 Modelo Deming

Es el primer modelo relacionado a la calidad, fue desarrollado en Japón en el año 1951 por la Unión Japonesa de Científicos e Ingenieros (JESU). Este modelo lleva a la práctica las teorías japonesas de ‘Control Total de la Calidad’ (TQC). El enfoque básico de los japoneses para el modelo es la satisfacción del cliente y el bienestar público. El nombre del modelo se debe al estadístico y profesor estadounidense Willian Edward Deming quien contribuyó al desarrollo y crecimiento de Japón después de la Segunda Guerra Mundial; es conocido como ‘El padre de la tercera revolución industrial’; siendo Deming promotor y consultor del concepto de ‘Calidad Total’ en Japón. El premio está compuesto por dos categorías:

1. Premio Deming para individuos: Destinado para personas que han sobresalido o contribuido con el avance a la calidad.
2. Premio Deming para aplicación: Reservado para negocios que han implementado exitosamente la Gestión de la Calidad Total.

Esta celebración se realiza anualmente por medios de difusión nacional del Japón. El proceso para el reconocimiento al premio Deming da inicio con la solicitud de participación, luego una serie de evaluadores y comités, realizan investigaciones sobre el desenvolvimiento institucional del participante en relación a la Gestión de Calidad; para luego dictaminar si alcanza la puntuación necesaria para el galardón. Su principal elemento de auditoria para la certificación es el control estadístico y el mejoramiento continuo de los procesos; los cuales se ven reflejados en los indicadores y resultados de la compañía participante. La estructura de este modelo no dista diferente a otros y se define de la siguiente manera (**Tabla 11**):

MACROVARIABLES ²³	PUNTUACION
Administración de políticas y comprensión de los colaboradores	20
Desarrollo de Nuevos Productos e Innovación en Procesos	20
Mantenimiento y Mejora del Producto o Mejora en los Procesos de Calidad	20
Establecimiento de Sistemas de Gestión	10
Recolección y Análisis de Información de la Calidad y uso de Tecnología	15
Desarrollo de Recurso Humano	15
Entendimiento de la Gestión de la Calidad Total	100
Perfiles de la Alta Dirección	100

Tabla 11: Modelo del Premio Deming

²³ Resumen de los criterios basado del sitio oficial de la JUSE:
http://www.juse.or.jp/deming_en/challenge/03.html

2.7.4 Modelo ISO

ISO son las siglas de International Organization for Standardization, un organismo internacional creado en 1947 por 25 países para facilitar la organización y coordinación internacional de las normas, con el objetivo inicial de facilitar el intercambio comercial. Poco a poco, las normas ISO se han ido extendiendo a todo tipo de actividades como guía y referencia de gestión de la calidad, basándose inicialmente en 8 grandes principios. Las ISO son normas orientadas a ordenar la gestión de una organización; éstas han ganado reconocimiento y aceptación internacional y son establecidas por el Organismo Internacional de Estandarización (ISO). Se componen de estándares y guías relacionados con sistemas y herramientas específicas de gestión aplicables en cualquier tipo de organización. La Guía para la aplicación de UNE-EN ISO 9001:2015, Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR) menciona que la adopción de un sistema de gestión de la calidad es una decisión estratégica que puede ayudar a mejorar el desempeño global de una organización y proporciona una base sólida para las iniciativas de desarrollo sostenible; también menciona que los beneficios son:

1. La capacidad para proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.
2. Facilitar oportunidades de aumentar la satisfacción del cliente.
3. Abordar los riesgos y oportunidades asociadas con su contexto y objetivos.
4. La capacidad de demostrar la conformidad con requisitos del sistema de gestión de la calidad especificados.

La Guía para la aplicación de UNE-EN ISO 9001:2015 de AENOR también menciona, que esta norma internacional emplea el enfoque a procesos, que incorpora el ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA) y el pensamiento basado en riesgos. Todas las normas ISO de sistemas de gestión están sujetas a una revisión periódica según sus propias reglas. A raíz de una encuesta realizada a los usuarios de ISO, el comité técnico decidió que la revisión era conveniente, y determinó cambios en la terminología entre ISO 9001:2008 e ISO 9001:2015, los cuales se muestran en la **tabla 12**:

ISO 9001:2008	ISO 9001:2015
Productos	Productos y servicios
Exclusiones	Termino no utilizado para aclaraciones de aplicabilidad
Representante de la Dirección	Termino no utilizado para aclaraciones de aplicabilidad
Documentación, registros	Información documentada
Ambiente de trabajo	Ambiente para la operación de los procesos

Equipo de seguimiento y medición	Recursos de Seguimiento y medición
Producto comprado	Productos y servicios suministrados externamente
Suministrador	Proveedor externo

Tabla 12: Diferencias entre ISO 9001 2008 y 2015, Fuente: Guía de Transición 9001, BSI Group

Como parte de la alineación con otras normas de sistemas de gestión se ha adoptado una cláusula común de 'Información documentada'.

Los términos 'procedimiento documentado' y 'registro' han sido sustituidos íntegramente por 'información documentada' en los requisitos del texto cuando la norma ISO 9001: 2008 se habría referido a los procedimientos documentados (por ejemplo, para definir, controlar o apoyar un proceso), este se expresa ahora como un requisito de mantener la información documentada (**Tabla 13**).

4.3 Alcance del SGC.	8.4 Control de productos y servicios suministrados externamente.
4.4 SGC y sus procesos.	8.5.1 Producción y prestación del servicio.
5.2 Política de la calidad.	8.5.2 Identificación y trazabilidad.
6.2 Objetivos de la calidad.	8.5.6 Control de cambios
7.1.5 Recursos de seguimiento y medición.	8.7 Control del proceso de no conformidades.
7.2 Evidencias de la competencia.	9.1 Control del seguimiento, medición, análisis y evaluación.
7.5 Información documentada que la organización ha determinado que es necesaria para la eficacia del SGC.	9.2 Evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados de auditoría.
8.1 Planificación y control operacional.	9.3 Evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección.
8.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios.	10.1 Evidencia de la naturaleza de las no conformidades y cualquier acción posterior tomada.
8.3.5 Diseño y desarrollo.	10.3 Evidencia de la mejora continua.

Tabla 13: Información documentada ISO 9001:2015, Fuente: Guía de Transición 9001, BSI Group

La guía de transición establece un cronograma para el cambio de la nueva norma (**Ilustración 4**).

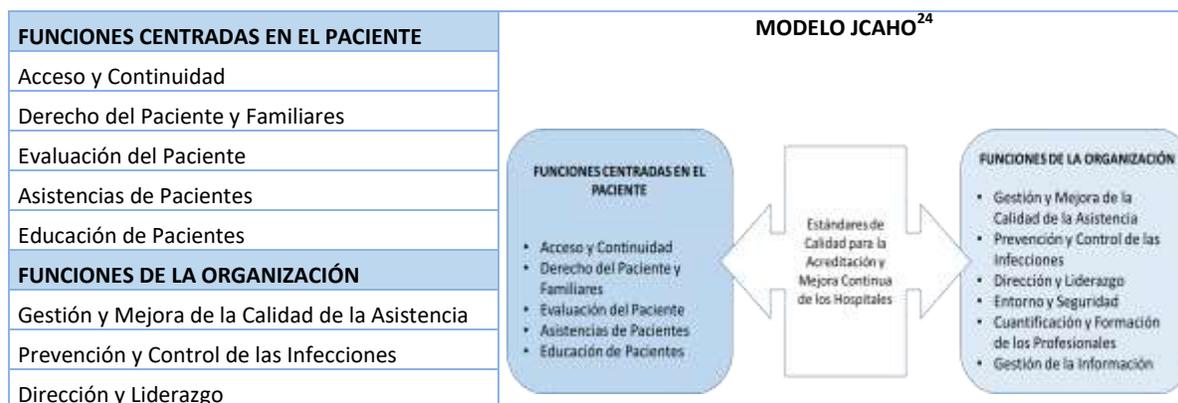


Ilustración 4: ISO 9001:2015 Pasos de transición, Fuente: Guía de Transición 9001, BSI Group

En lo que se refiere a la aplicación de las normas ISO en el ámbito de la salud; las instituciones realizan un gran esfuerzo de adaptación a los servicios de salud, especialmente a nivel de terminologías. En general, la adopción de este sistema suele resultar satisfactorio, especialmente en aquellos servicios sanitarios más automatizados y rutinarios.

2.7.5 Modelo JCAHO

Este modelo responde a las siglas Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, organismo sin fines de lucro, creado en 1951 en base a un acuerdo entre distintas organizaciones sanitarias norteamericanas. Desde 1990 fueron incorporados criterios de evaluación para el modelo, el cual es muy similares a la metodología del modelo ISO; con la particularidad de que está enfocado específicamente al ámbito sanitario. La acreditación JCAHO la gestiona la Fundación Avedis Donabedian (FAD). El modelo JCAHO está compuesto por un proceso de evaluación externa imparcial, con estándares profesionales internacionales del sistema sanitario; obtenidos de 16 países que han colaborado en su aprobación. La acreditación tiene una vigencia de 3 años (como el resto de modelos), y las instituciones acreditadas son sometidas a una evaluación al final de ese período para mantener su certificación en el modelo y una puesta al día regular. Los estándares se centran en dos áreas, la primera es sobre las funciones centradas en el paciente y la segunda son las funciones de la organización. Al finalizar el proceso de evaluación la JCAHO informa y recomienda áreas de mejora. El modelo es muy versátil en cuanto a la adaptación de factores legales y culturales de los diferentes países. Las macrovariables de este modelo, se enlistan a continuación (**Tabla 14**) y carecen de puntajes debido a que la naturaleza de cada macrovariable se rige por el cumplimiento total de los protocolos médicos.



²⁴ Información obtenida del sitio oficial de la organización:
https://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaq.aspx

Entorno y Seguridad	
Cuantificación y Formación de los Profesionales	
Gestión de la Información	

Tabla 14: Modelo JCAHO; elaboración propia.

2.8 Comparación de modelos de calidad

Es necesario indicar que la comparación de los modelos no tiene un propósito peyorativo ya que son enfoques distintos en la gestión de la calidad total (TQM²⁵); sin embargo, es importante conocer los diferenciadores principales. Los modelos EFQM, Malcom Baldrige y Deming; se caracterizan por ser modelos que desde su creación fueron desarrollados para materializar los principios de excelencia de la calidad. La norma ISO 9000 fue desarrollada con el propósito de asegurar los sistemas de calidad de la organización; por otra parte, el modelo JCAHO está regido por protocolos sanitarios. Otra diferencia relevante es el origen de los modelos; los primeros 4 modelos mencionados, nacen para la producción en la industria y el modelo JCAHO fue concebido para el aseguramiento de la calidad en el ramo de la salud. Este último elemento diferenciador, hace que el radio de aplicación del modelo JCAHO sea limitado y exclusivo a la atención hospitalaria.

La filosofía TQM es compartida por los modelos, pero la implementación y ejecución de la norma ISO tiene que ser comprobada por una entidad ajena a la organización. Los modelos EFQM, Malcom Baldrige y Deming miden el grado de avance por medio de puntuaciones que permiten ver la evolución del TQM dentro de la empresa. La nueva versión del modelo ISO 9000 incorpora la 'gestión del riesgo' en el sistema de gestión dentro de la empresa; este elemento solo se encuentra presente en el JCAHO, el cual presta mucho interés en aspectos como la prevención del riesgo, la seguridad, la educación de los principios éticos y el respeto por los derechos del paciente. Al mismo tiempo entre los cambios en la ISO 9000, se incorporó el elemento de 'partes interesada' el cual es un elemento que los modelos EFQM, Malcom Baldrige si lo poseen. El modelo JCAHO aborda el elemento de las 'partes interesada' en los protocolos médicos del 'entorno y seguridad'; sin embargo, el modelo Deming carece de evaluación o registro para las partes interesadas.

Los modelos basan su retroalimentación acorde al ciclo PDCA²⁶ (Plan, Do, Check, Action) con algunas variantes, pero con el mismo objetivo en común de impulsar la mejora continua en las

²⁵ TQM: Total Quality Management

²⁶ El Ciclo PDCA: Planear, Hacer, Verificar, Actuar

organizaciones para beneficiar al cliente. Las variantes que cada modelo posee son enlistadas a continuación (**Tabla 15**):

		MODELO				
		EFQM	BALDRIGE	DEMING	ISO	JCAHO
ELEMENTOS	Enfoque	Estrategia	Planificar	Planificar	Enfoque	
	Estrategia	Despliegue	Hacer	Hacer	Evaluación	
	Despliegue	Revisión	Comprobar	Comprobar	Revisión	
	Evaluación/Revisión		Actuar	Actuar		

Tabla 15: Comparación de modelos de calidad basado en el ciclo PDCA

La implementación de cualquier modelo en una organización implica un reconocimiento internacional y sitúa a la compañía al frente del resto de compañías del mismo rubro. La JCAHO otorga una acreditación²⁷, la norma ISO una certificación²⁸ y el resto de modelos otorgan un premio a las organizaciones que se someten al concurso.

Como resumen comparativo de aspectos generales se muestra la tabla siguiente (**Tabla 16**):

CARACTERISTICA	DEMING	JCAHO	BALDRIGE	EFQM	ISO
Creado	1951	1951	1987	1992	1987
País/Región de origen	Japón	Canadá/USA	USA	Europa	Europa
Representantes	Unión Japonesa de Científicos e Ingenieros	Joint Comission	Departamento de Comercio de Estados Unidos de Norteamérica	Fundación Europea para la Gestión de la Calidad	Organización Internacional de Estándares
Estructura básica	Premio a Largo Plazo	Acreditación	Concurso Anual	Concurso Anual	Certificación
Aplicado usualmente	Japón	Todo el mundo (Hospitales)	Estados Unidos	Europa	Todo el Mundo
Ganadores	Pocos	Pocos	Pocos	Muy Pocos	Muchos
Enfoque	Control estadístico, Resolución de problemas, Mejora continua	Cumplimiento de protocolos de salud en la atención hospitalaria	Liderazgo del cliente, Apoyo a la organización, Medición	Facilitadores de la organización, Liderazgo, Procesos, resultados	Estándares mínimos de calidad global, Documentación del sistema de control.
Coste	Elevado	Elevado	Medio-alto	Medio-alto	Bajo-medio

Tabla 16: Comparación de los modelos de calidad

La selección del modelo dependerá de las necesidades, rubro y el presupuesto que cada empresa tenga para la implementación de un sistema de gestión de calidad. El modelo ISO 9000:2015 a

²⁷ **Acreditación:** Es el proceso por el cual una autoridad técnica reconoce formalmente, que una organización es competente para efectuar actividades específicas de evaluación de la conformidad.

²⁸ **Certificación:** Es el procedimiento por el cual una entidad ajena a la compañía, entrega un aseguramiento escrito que un producto, proceso, persona, sistema de gestión o servicio cumple con requisitos especificados.

pesar de ser prescriptivo, es un modelo que puede ser adoptado por cualquier tipo de entidad; además, es reconocido a nivel internacional y los costos de implementación-certificación son los más baratos en relación al resto de modelos. El modelo ISO 9000 permite a la institución identificar todas las partes interesadas y su interacción en la cadena de valor del producto/servicio; y agrega el manejo de la gestión del riesgo que pueden afectar el nivel de cumplimiento de la prestación del servicio.

Después de observar las características en cada modelo; el modelo ISO 9000:2015 es la opción por implementar en el SEM debido a:

1. Es un modelo conocido e implementado a nivel mundial.
2. Es la opción más económica que podría justificar la institución.
3. Se adapta a controles y registros que la entidad estima convenientes para asegurar la calidad en el servicio.
4. Requiere de una entidad externa para que la institución sea certificada.
5. La certificación brinda un respaldo y reconocimiento a nivel mundial sobre instituciones de la misma naturaleza.

2.9 Definición de Atención Pre-hospitalarias (APH)

La atención pre-hospitalaria de emergencias médicas, es una extensión de los servicios de salud destinada a proveer asistencia médica necesaria a personas que presentan problemas repentinos que afectan la salud; así también, brindarles transporte médico para los pacientes con enfermedades o lesiones que por su condición física se les impide desplazarse de urgencia a un nosocomio. Estos servicios médicos también son conocidos como equipos de emergencia médica, equipos de rescate, servicios de ambulancia o cuerpos de ambulancia. El objetivo de los servicios de emergencias médicas pre-hospitalaria es aumentar la posibilidad de vida a pacientes que requieren de atención médica, por medio de un tratamiento adecuado para estabilizar a la persona durante la crisis. La estabilización puede implicar atención de primeros auxilios de forma remota-asistida o durante el traslado a un centro de salud. El servicio de APH se desarrolló para generar un cambio en el sistema de ambulancias que se limitaban al transporte de los pacientes, a un sistema que se le presta atención médica en la escena o durante el transporte. Según define la Organización Mundial de la Salud (OMS), la APH es el servicio que se presta cuando se generan urgencias, emergencias o desastres en el sitio de ocurrencia del evento; a través de la participación en conjunto entre la comunidad e instituciones de resguardo de la salud o integridad de las personas. Conceptualmente la APH es un componente esencial de los Sistemas de

Emergencias Médicas; conformado por actividades, procedimientos, recursos, intervenciones y terapéutica pre-hospitalaria encaminadas a prestar la atención en salud a las personas que han sufrido una alteración aguda de integridad física o mental, causada por un trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y disminuir las complicaciones y los riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante el traslado hasta la admisión en la institución asistencial; estas pueden incluir acciones de salvamento y rescate.

2.10 Definición de Sistema de Emergencias Médicas (SEM)

Las emergencias médicas pre-hospitalarias han evolucionado para convertirse en Sistemas de emergencias médicas, el cual está compuesto por la participación de entidades que velan por la integridad de las personas; suministrando un mejor tiempo de respuesta a las emergencias médicas, por medio de apoyo en recurso humano, infraestructura y tecnología. Un sistema médico de emergencias, es coordinado por un número telefónico de emergencia que les pone en contacto con un centro de control, que a su vez desencadenara dos posibles acciones: la asistencia de primeros auxilios vía telefónica para estabilizar al paciente; y segunda acción es la gestión de envío de ambulancia a la escena. En algunos sistemas de emergencia existe también la modalidad de traslado de pacientes entre un centro médico a otro; generalmente sucede para la prestación de un nivel superior en el servicio o para un campo más especializado en el grado de atención a la persona. Los sistemas de emergencia médica pueden ser tan robustos que pueden poseer unidades médicas aéreas y marítimas; además de contar con departamentos especializados en rescates acuáticos, de búsqueda o según el siniestro. Existen también sistemas de emergencias menos fortalecidos, que pueden apoyarse con instituciones especializadas en el manejo de los eventos antes descritos.

2.11 Historia de los Sistema de Emergencias Médicas

La atención pre-hospitalaria se remonta desde los tiempos de los Zares de Rusia, donde en tiempos de batallas los pacientes eran solamente transportados al servicio de atención de salud, por medio de carretas, las cuales eran acompañadas por un médico y un ayudante; siendo su misión, recorrer los campos de guerras para recoger a las personas más gravemente heridas. Las guerras Napoleónicas, los heridos en batalla también eran transportados por medio de carretas tiradas por caballos o por personas. Los galenos eran fuertemente protegidos por los soldados mientras realizaban la actividad de recolección de los soldados; el conservar la integridad de los doctores era una actividad crítica durante estas movilizaciones bélicas. Mucho tiempo después en

el año de 1940 el concepto de atención pre-hospitalaria toma un sentido diferente en Estados Unidos de Norteamérica, cuando los cuerpos de bomberos incluyen la asistencia médica a los enfermos o heridos mientras eran transportados al centro de salud. Posteriormente en 1951 se incorpora el uso de helicópteros para evacuar a los heridos desde el área de combate y 5 años después es perfeccionada la técnica de reanimación de boca-boca. Con la llegada de la guerra de Corea y Vietnam, se evidenció la importancia de la atención inmediata de los heridos en el campo de batalla por el personal técnico y el transporte rápido para la iniciación del tratamiento. Fue así como dio lugar en los sistemas de atención en salud público/privado equiparon las ambulancias con recurso humano y tecnológico para la adecuada asistencia en corto plazo a las víctimas de traumatismo o hechos violentos. En 1959 se generaron algunos cambios tecnológicos que permitieron el uso del primer desfibrilador²⁹ portátil destinado para las emergencias médicas; además, en algunos países de Europa se instaura el primer sistema de atención pre-hospitalaria. En 1960 la Academia Nacional de Ciencias incursiona con protocolos médicos para el equipo técnico que tripulaba la ambulancia; luego en 1962 es programado el primer curso para la formación de Técnicos en Emergencias Médicas. Los esfuerzos desarrollados en ese año consistieron en brindar asistencia a los casos de enfermedades coronarias (Arritmias graves y muertes súbitas), esta acción dio lugar a la creación de las primeras Unidades Coronarias. Durante 1968 Estados Unidos implementa el reconocido sistema de emergencias médicas 911, brindando cobertura a todo el país; además, logra integrar y coordinar los cuerpos de bomberos, seguridad pública y salud.

En 1973 el señor Leo Schwarts, diseñó la imagen emblemática del sistema de emergencias médicas, conocida con el nombre de 'la estrella de la vida'; que es una estrella de 6 puntas³⁰, en su centro posee la vara de Esculapio y los colores del distintivo son fondo azul y un borde blanco. La década de los 80 y principios de los 90, fueron implementados los SEM en países como México, Brasil, Venezuela y Perú; este esfuerzo fue ejecutado con la Cruz roja y cuerpos de bomberos de cada uno de estos países. En ese mismo período Colombia intenta también incursionar en este tipo de sistemas de emergencias médicas, pero estas actividades fueron aisladas y sin mayor repercusión; debido a la falta de integración falta de entrenamiento técnico por parte de la Cruz roja, Defensa Civil y cuerpos de Bomberos.

²⁹ Desfibrilador portátil: Equipo médico capaz de controlar con una descarga eléctrica una arritmia cardíaca letal.

³⁰ Representan: detección, reporte, respuesta, cuidado en escena, cuidado en el transporte, remisión a cuidado definitivo

2.12 Componentes de los SEM

La atención pre-hospitalaria posee 4 componentes:

1

Acceso y Notificación: Al presentarse un evento de urgencia, emergencia o desastre, la comunidad o en espectador circunstancial informa sobre el incidente por medio de una llamada desde línea fija o móvil a un número corto de marcación rápida y de fácil aprendizaje para las personas. Generalmente este número es gratuito y su estructura está compuesta por 3 dígitos; en USA es 911 y En España es el 061 y en El Salvador 132.

2

Centro de Mando: Conocido como Centro Coordinador de Emergencias Médicas, es la central o lugar donde se reciben las solicitudes de auxilio de los informantes casuales, familiares o comunidad; allí se realiza la gestión de APH. Se identifica el tipo de llamada y se asigna la cantidad de recursos necesarios para la atención del evento. En la mayoría de los Centros de Mando se cuenta con un teleoperador de emergencias, quien es el receptor de las llamadas y además es el experto en temas de seguridad ciudadana, emergencias médicas y eventos que requieren a los cuerpos de bomberos. Por otra parte, el teleoperador captura la llamada e interactúa y realiza una pequeña entrevista al llamante y simultáneamente registra toda la información brindada en un software; con este registro se genera la ejecución de primeros auxilios, posible despliegue de la ambulancia u otras agencias (bomberos, rescatistas, o agentes policiales).

3

Primera Respuesta: Es la ayuda o asistencia que brindan las personas que presencian el evento. Estas acciones tienen como objetivo la estabilización del paciente por medio de primeros auxilios y pueden ser suficientes como para evitar los despliegues innecesarios de unidades médicas al lugar del incidente.

4

Atención Pre-hospitalaria (APH): Es el apoyo externo que envía el centro de mando al lugar del incidente. La APH comprende: 1) El arribo de ambulancias (terrestre, aérea o fluvial) debidamente equipadas según el tipo de emergencia o urgencia registrada por el centro de mando. 2) Según se estime conveniente, se hacen acompañar por los servicios complementarios de apoyo (bomberos, unidades policiales, socorristas). Todo el personal sanitario (Doctores, enfermeros, asistentes y conductor) está debidamente entrenado y suelen tener especializaciones o certificaciones para la APH; por otra parte, este personal hace uso de tecnología de la información y comunicación (TIC) para proveer, actuar y tomar decisiones que ayuden al paciente.

2.13 Modelos de los SEM

2.13.1 Modelo Angloamericano

Se desarrolla en Estados Unidos a principios de los años setenta. Se fundamenta en una continuidad asistencial mediante la integración de los sistemas extra e intrahospitalarios. El modelo es llamado 'Emergency Medical Services' (EMS) y es conocido como 'Paramédico'; siendo una de sus fortalezas los servicios de seguridad y rescate. El modelo recolecta las emergencias/urgencias (sean sanitarias o no) a través de un único canal de comunicación. El personal que atiende todo el ciclo de APH, son nombrados 'Técnicos de Emergencias Médicas'; los cuales poseen niveles jerárquicos según su acreditación y labor que realizan. Los niveles en el modelo paramédico son: First Responder, EMT-Basic, EMT-Intermediate y el EMT-Paramedit. Estos técnicos ejecutan sus actividades basadas en un estricto seguimiento protocolario; y el incumplimiento a los protocolos es motivo de sanciones o demandas. Una característica más del modelo, es la ausencia de médicos reguladores en el centro de mando; debido a que esta labor se realiza exclusivamente por los técnicos, con la acreditación específica. Los médicos participan en la formación de los técnicos, pero se mantienen al margen del manejo del paciente; aunque en ocasiones pueden intervenir de manera remota. El modelo paramédico basa su estrategia en el cuidado pre-hospitalario 'scoop and run' (cargar y correr); esto involucra cuidados mínimos en el lugar de los hechos y por consiguiente su forma de actuar se basa en 4 directrices: llegar rápido al lugar del accidente o emergencia, valorar, estabilizar y transportar sin demora al centro de emergencias del hospital especializado más cercano. Así, la asistencia médica se inicia en la emergencia por parte del personal paramédico y continúa en los servicios de urgencias hospitalarios, donde se le practican al paciente las curas definitivas. Los países que siguen actualmente este modelo son: Canadá, Australia, Nueva Zelanda y el Reino Unido.

2.13.2 Modelo Francoalemán

Este modelo es conocido modelo europeo o SAMU por sus siglas en francés (Servicio d' Aide Medicale d' Urgence), su característica fundamental es su independencia hospitalaria; lo que le permite al modelo, darle continuidad en las personas por medio de equipo sofisticado de hospital en una unidad móvil. El equipamiento de las ambulancias posee un médico, un enfermero y un técnico de emergencias con capacidad de prestar soporte vital avanzado; si es necesario, cuentan con un segundo escalón asistencial con capacidad de brindar soporte vital básico, ejercido por técnicos de emergencias. Las demandas médicas reciben en los centros de coordinación de urgencias y son atendidos por médicos reguladores y apoyados por técnicos auxiliares de

regulación médica. Por la naturaleza del modelo, la estrategia consiste en que el personal técnico tiende a pasar más tiempo en la escena del incidente mientras se estabiliza o sale del estado crítico el paciente; esta estrategia es conocida como 'stay and play' (estacionarse y jugar), dado que poseen la mayor capacidad clínica resolutoria y cuidados asistenciales avanzados. El modelo SAMU se caracteriza por desplazar los recursos necesarios con el fin de atender todo lo que esté a su alcance hacer en el lugar; enviando primero un equipo humano de alto entrenamiento y capacitados para suministrar medicamentos y luego de su primera evaluación pueden solicitar una ambulancia medicalizada con profesionales capaces de realizar procedimientos médico quirúrgicos. Se maneja el concepto de llevar la sala cirugía y la unidad de cuidados intensivos al lugar en el momento requerido. A diferencia del modelo angloamericano, en el modelo francoalemán se intenta no llevar al paciente al hospital, por lo que la APH cuenta con un alto nivel tecnológico y profesional. Al frente de este modelo de asistencia se hallan básicamente anesthesiólogos, que realizan curas in situ y trasladan directamente a los pacientes los servicios especializados correspondientes. No suelen disponer de una especialidad médica reconocida; generalmente son los anesthesiólogos quienes controlan la formación de los miembros que se encuentran en las ambulancias. Este modelo es aplicado en muchos países europeos: Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Rusia y Suecia.

2.13.3 Modelo Español

El Sistema de Emergencias Médicas español fue cronológicamente el tercero en aparecer con unos rasgos distintivos propios, busca atender las emergencias por 3 vías: brindando asistencia médica por teléfono, enviando una ambulancia básica o enviando una ambulancia especializada; este tipo de sistemas ha ido desarrollándose junto con la consolidación del Sistema Nacional de Salud. Este modelo guarda similitud con el modelo SAMU, pero la característica diferenciadora es que el modelo español, brinda asistencia a las emergencias vía telefónica debido a la incorporación de los médicos en el centro de coordinación, como parte del equipo que atiende las llamadas de los usuarios. La inclusión de los galenos permitió la disminución de costos en el despliegue de ambulancias; y en el manejo de las demandas, los usuarios indicaron una mejor experiencia en el uso del servicio. Parte de las funciones de los teleoperadores son: actuar como un filtro o enrutador de llamadas a otros servicios comunitarios (Bomberos, policía local, policía nacional, etc). Una segunda función es asistir remotamente la estabilización del paciente por medio del uso estricto de protocolos médicos. La composición del recurso humano en este modelo, está clasificado como 'personal sanitario' (Médicos y enfermeros) y 'personal no sanitario' compuesto

por técnicos en emergencias sanitarias, teleoperadores, locutores de los centros coordinadores. El sistema de transporte es conformado por unidades propias del sistema de salud de la provincia y unidades de apoyo; estas últimas, no pertenecen al sistema (ambulancias de la Cruz Roja, ONG's, Protección Civil), pero colaboran en él y en sus funciones de forma habitual. Estas unidades móviles se dividen en unidades de soporte vital básico (USVB) y de soporte vital avanzado (USVA); las cuales son desplegadas al sitio, según la complejidad y clasificación que el teleoperador registró durante la llamada. La participación del teleoperador es importante dentro del proceso de APH, debido a que recolecta información de la persona quien originó la llamada y del paciente; además, según sus protocolos puede asistir la llamada o escalarla al médico del centro coordinador. Este último participante, puede dar una solución directa al paciente sin la necesidad de desplegar asistencia móvil. De forma alternativa, puede adoptar dos acciones adicionales: la primera es solicitar una USVB para estabilizar al paciente y trasladar al paciente al centro sanitario de conveniencia según el caso. Como segunda acción el médico del centro coordinador puede ordenar el despliegue de una USVA, cuando el paciente requiere cuidados semejantes a los que se necesitan en la UCI en el propio lugar del incidente y mientras es transportado al nosocomio.

2.14 Comparación de los Modelos SEM

MODELO	PAIS/ REGION ORIGEN	FORTALEZA	CANAL DE ATENCION	ATENCION	ESTRUCTURA DEL SEM	ESTRATEGIA	PAISES DE REFERENCIA DEL MODELO
Angloamericano	Estados Unidos	Seguridad y Rescate	911	Emergencias/ Urgencias relacionadas a salud, Seguridad Pública, Bomberos	Poseen paramédicos con una jerarquía definida y no poseen médicos dentro del centro de coordinación	Cargar y Correr	Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Reino Unido
Francoalemán	Francia/ Alemania	APH	112	Emergencias/ Urgencias relacionadas a salud	Médico, un enfermero y un técnico de emergencias dentro de la unidad móvil	Estacionar y Jugar	Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Rusia y Suecia, Chile
Español	España	APH	062	Emergencias/ Urgencias relacionadas a salud, Seguridad Pública, Bomberos	Posee médicos ambulancia y centro coordinador, teleoperadores técnicos en salud, Enfermeros. Se apoya y coordina con bomberos, seguridad pública y cuerpos de socorro.	Asistencia telefónica para urgencias, Combinación de los modelos anteriores.	España, Colombia, México

Tabla 17: Comparación de los Modelos SEM; Elaboración propia.

La **tabla 17**, muestra un resumen comparativo de los modelos; es necesario indicar que el objetivo primordial de éstos, es aumentar la esperanza de vida de los usuarios. Por lo anterior, seleccionar el modelo más adecuado para su implementación en un país dependerá de elementos económicos, alianzas, regulaciones sanitarias, cobertura, infraestructura y personal calificado. En el caso de El Salvador, la adopción del modelo español fue determinada por convenios con el SEM de España, donaciones de países y esfuerzos del gobierno. Los países que se amparan bajo el modelo SAMU (Francoalemán), poseen regulaciones sanitarias que permiten el manejo de pacientes y medicamentos fuera de zonas hospitalarias y tienen la capacidad económica-tecnológica de poder atender emergencias de forma ambulatoria, dejando la etapa de recuperación a los hospitales. En los países en donde la seguridad pública, cuerpos de rescate, bomberos y salud se encuentran ínfimamente relacionados; el modelo angloamericano es la mejor opción de implementación.

2.15 Los SEM en la Región Hispanoamericana

A nivel centroamericano El Salvador es el único que posee un sistema de emergencias médicas al servicio de la población, pese a esfuerzos por la conformación de SEM en estos países, sus avances son pobres en esta materia y la atención de cuerpos de socorro, bomberos y seguridad pública no se encuentra articulada por una institución que coordina la APH. En países como Guatemala, Costa Rica (incluso El Salvador) poseen servicios privados para emergencias médicas que tienen como objetivo particular, alcanzar la estabilización del paciente durante toda la etapa de APH. Costa Rica, posee una peculiaridad sobre la APH, debido a que tiene regulaciones por decreto ejecutivo desde el 2005; este decreto³¹ establece el reglamento de la atención pre-hospitalaria de pacientes en ese país. El reglamento aborda de forma minuciosa aspectos de total cumplimiento sobre el personal y sus conocimientos técnicos, equipamiento y tripulación de las unidades móviles, portación de logotipos de la APH, jerarquías de acción sobre el manejo de urgencias/emergencias. En países cercanos a la región centroamericana; México, Colombia y Argentina cuentan con sistemas de emergencias gratuitos y son dependencias de los ministerios de salud. El presupuesto destinado en estos países para el soporte de la APH, es parte del gasto público por ello son sistemas robustos en asistencia, tecnología y recurso humano. Debido a la extensión territorial, México y Colombia organiza los SEM por regiones; por su parte, Argentina solo tiene cobertura en

³¹ Sitio de descarga del reglamento:

<http://portal.medicos.cr/documents/20183/532492/Reglamento+para+Atenci%C3%B3n+Extrahospitalaria+de+Pacientes+en+Costa+Rica.pdf/6bc011e8-871c-4281-a16b-f4fd2ed54b16>

Buenos Aires. En relación a los modelos del SEM implementados en esos países, poseen variaciones del Modelo Francoaleman y han adaptado las legislaciones de salud para que durante la APH pueda brindarse medicamentos que antes eran de uso interno de hospitales. En adición a la legislación, en cada país se han creado adaptaciones de protocolos médicos para el manejo de urgencias; los cuales son aprobados por asociaciones o federaciones de medicina. En estos países se poseen carreras técnicas, con duración de 5 o 3 años, destinadas para la preparación de las personas que desean ser parte de los sistemas de emergencias. La formación profesional de los individuos en la APH es de carácter obligatorio para ser parte del proceso de reclutamiento de personal. Conjuntamente, la tripulación de cada ambulancia tiene que cumplir ciertas condiciones para el abordaje de las unidades; tales como un mínimo de horas incurridas en algunas certificaciones y entrenamientos. Los conductores de las ambulancias también tienen que cumplir con requerimientos específicos del área de salud con un mínimo de horas en asistencia en primeros auxilios, entrenamientos y certificaciones. Argentina agrega servicios adicionales relacionados a programas de prevención ante concentraciones públicas con riesgo potencial a emergencias; además de brindar atención pediátrica nocturna y asistencia de telemedicina para buques en alta mar y aviones en vuelo. Por otra parte, México se destaca por contar con el apoyo de sistemas privados y organizaciones voluntarias para el apoyo de APH. Después de observar las características de algunos países con mayor experiencia en los Sistemas de Emergencias Médicas, se identifican las siguientes “mejores prácticas” que le conviene adoptar a El Salvador:

1. Obtener una partida presupuestaria directa.
2. Impulsar el desarrollo y creación de leyes en el ámbito de APH.
3. En la rama de la educación creación de carreras especializadas para la APH.
4. Adaptación de protocolos internacionales asociados a la APH.
5. Creación de programas educativos para la sociedad relacionado a la prevención y riesgos de emergencias.
6. Incrementar la sectorización de bases operativas.

2.16 Sistema de Salud en El Salvador

Según la **ilustración 5**, el Sistema de Salud está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público incluye el Ministerio de Salud (MINSAL), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI)³², el Comando de Sanidad Militar

³² Sitio web: www.transparencia.gob.sv/institutions/isri

(COSAM)³³, el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM)³⁴ y el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)³⁵, que guarda una estrecha relación con el MINSAL. El sector privado lo constituyen las entidades lucrativas, proveedores privados de servicios de salud, y no lucrativas, ONG's e iglesias. Las fuentes de financiamiento del MINSAL son el Estado y la cooperación internacional; el ISSS, el ISRI, el COSAM y el ISBM se financian con contribuciones patronales, de los trabajadores afiliados y del Estado. Cada una de estas instituciones cuenta con su propia infraestructura (hospitales, centros de salud) y sus propios recursos humanos, excepto el ISBM. Las entidades lucrativas se financian sobre todo con pagos de bolsillo y atienden a las personas con capacidad de pago. Las entidades privadas no lucrativas incluyen a las iglesias y organizaciones no gubernamentales, y se financian principalmente con donaciones. El ISSS atiende a los trabajadores del sector formal, los pensionados, y sus respectivos beneficiarios. El ISRI cubre a las personas con discapacidad y adultos mayores. El ISBM cubre a los educadores y sus familias. El Comando de Sanidad Militar cubre a los miembros de las fuerzas armadas y a particulares que pagan por sus servicios. Finalmente, el MINSAL cubre a toda la población no asegurada, en su mayoría trabajadores del sector informal, desempleados y personas en condición de pobreza. Las entidades sin fines de lucro atienden a la población sin acceso a los servicios de salud. En general, el MINSAL es el ente rector del sistema de salud de El Salvador, encargado de dirigir las políticas de salud y normar el sistema.

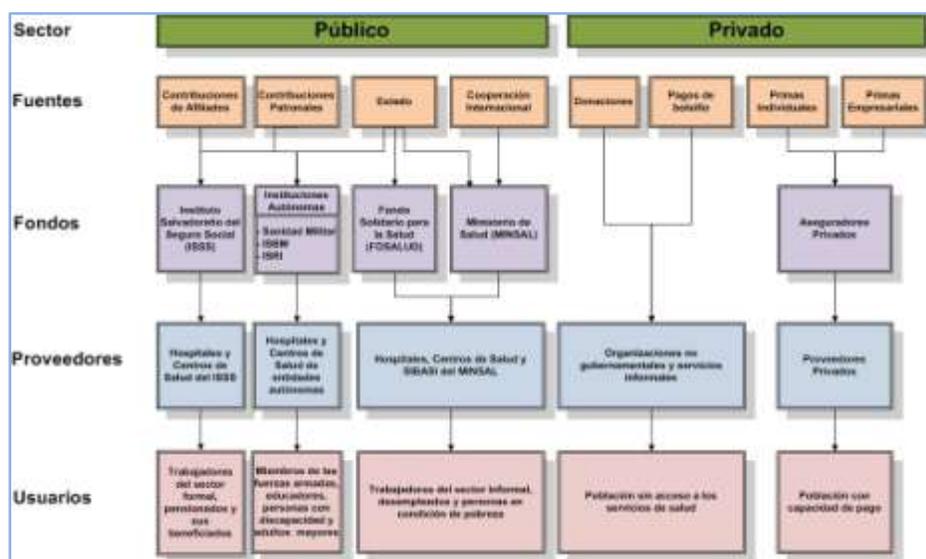


Ilustración 5: Composición del Sistema de Salud de El Salvador, elaboración propia

³³ Sitio web: www.faes.gob.sv

³⁴ Sitio web: www.isbm.gob.sv

³⁵ Sitio web: www.iss.gov.sv

2.16.1 Sistema Nacional de Salud

Según el artículo 1 de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud (SNS), éste está constituido por un conjunto de instituciones que forman parte de la administración pública interrelacionadas e integradas en su funcionamiento, de manera armónica-sistematizada y cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población. El sistema propone maximizar las funciones de los establecimientos de salud y sus recursos humanos en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), a fin de garantizar la atención integral y continua a la población. Concretamente los servicios de prevención y tratamiento son prestados gratuitamente a través de los Equipos Comunitarios de Salud (Ecos) que realizan las rondas de consultas en las comunidades, las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) que prestan servicios de primer nivel y los hospitales de segundo y tercer nivel. Este sistema establece los consejos de la red a nivel central, regional, departamental y municipal, a través de los cuales se identifican los desafíos de salud y se toman las decisiones en colaboración con otros organismos relevantes, logrando la prestación eficiente de los servicios.

2.16.2 Demandas de Urgencias y Emergencias

El Salvador es el país con menos extensión territorial en Centroamérica, 21 041 Km², y con una población mayor a 6.5 millones de habitantes, siendo el país más densamente poblado del continente americano. Aparte de esto, es considerado como uno de los países más vulnerables³⁶ del istmo centroamericano, ya que está permanentemente amenazado por eventos naturales, como sismos, lluvias intensas acompañadas de vientos e inundaciones causadas por factores geográficos, dichos eventos naturales han generado daños a la vida y a la salud de la población. Seguidamente, El Salvador es uno de los países con índices de violencia³⁷ más altos en todo el mundo y con considerables tasas de accidentes vehiculares³⁸; estas situaciones conllevan a una alta demanda de las unidades de emergencias médicas en el sistema de salud del país. Anteriormente, las dificultades que se tenían en el sistema de salud en cuanto a la atención de emergencias médicas eran:

³⁶ El Salvador era el país “más vulnerable del mundo” en el 2009, según el Informe Mundial de Riesgos de las Naciones Unidas.

³⁷ La organización internacional InSight Crime reveló que El Salvador en el 2015 presentó una tasa de criminalidad de 103 homicidios por cada 100,000 habitantes, lo que lo convierte en el país más violento del Hemisferio Occidental.

³⁸ 36.8 hombres fallecidos por cada 100,000 habitantes a causa de accidentes viales en 2014, Información obtenido de la base de datos de Pan American Health Organization (PAHO). Bajo el url: <http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators/visualization.html>

1. Las deficiencias en la organización para la atención de emergencias, que incluye la coordinación pre-hospitalaria, hospitalaria e interhospitalaria.
2. Falta de personal calificado y cualificado para la atención de emergencias.
3. Deficiencias en la planta física de hospitales, y en especial de las unidades de emergencia, las áreas de acceso de emergencia al hospital, las ambulancias y sus equipos.
4. Ausencia de un centro de regulación para las emergencias médicas en el país.

Algunos antecedentes son:

1. El país nunca había tenido un sistema para el manejo de las emergencias.
2. Desarticulación entre los distintos cuerpos de socorro.
3. Mala utilización de los escasos recursos destinados a la atención de emergencias.
4. Descuido o mala recepción de los pacientes en las áreas de emergencias de los centros asistenciales.

Las carencias anteriores conllevaban a incrementos en la mortalidad, en las discapacidades, en la estancia hospitalaria y en el gasto público. Por todo lo anterior, la importancia del porqué se creó el Sistema de Emergencias Médicas para brindar y coordinar este tipo de servicios en El Salvador.

2.16.3 Atributos de la Calidad en el Sector Salud

En la Política Nacional de Salud 2015 – 2019 del MINSAL, en relación a la calidad se establece lo siguiente:

1. En el primer eje estratégico I-“Estructura, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS)”, estrategia 1, se menciona en la línea de acción 1.17 “Impulsar en cada institución del SNS, de acuerdo a su estructura y funcionamiento, un Sistema de Gestión de la Calidad, tendiente a su futura integración en un sistema único”.
2. En el tercer eje estratégico III-“Profundización de la reforma de salud”, estrategia 4, eje 1 “Fortalecimiento de las Redes Integrales e Integradas de Salud”, línea de acción 4.1.5 se establece lo siguiente: “Incrementar la eficacia, eficiencia y la calidad de la Red Hospitalaria Nacional como componente relevante de la Redes Integrales e Integradas de Salud”.
3. En el tercer eje estratégico III-“Profundización de la reforma de salud”, estrategia 4, eje 2 “Sistema de Emergencias Médicas”, en la línea de acción 4.10.3.3. define que se debe busca la “Mejora continua de la calidad”, sin embargo, en todo el eje 2 correspondiente al SEM se trata directa o indirectamente de la calidad en los servicios que este ente brinda a la ciudadanía.

4. También, en la Política Nacional de Salud se menciona que “la implementación inicial del sistema de gestión de la calidad en los servicios de salud, articulada con la implementación del Sistema Integral de Atención a Pacientes (SIAP), ha facilitado procesos como la estrategia de gestión del tiempo y la demanda, ha reducido los tiempos de espera y consulta, descongestionando las salas de espera.”

El Ministerio de Salud también ha emitido una serie de documentos relacionados con la gestión de la calidad en los servicios de salud, por ejemplo los “Lineamientos Técnicos de Mejora Continua de la Calidad en Hospitales de las RIIS”, “Estrategia para la Mejora Continua de la Calidad en los Servicios Hospitalarios”, el “Manual Estándares e Indicadores de calidad para el cuidado de enfermería”, así como otros documentos de protocolos, procedimientos, lineamientos dirigidos al personal de salud para el cumplimiento de sus deberes y la atención de pacientes con eficiencia, calidad y calidez. Los atributos de la calidad en los servicios de salud se presentan en la **Ilustración 6**, entre los principales la calidad técnica del personal, la satisfacción de los usuarios y la calidad de los servicios basados en la eficacia, efectividad, eficiencia, continuidad y la comodidad:

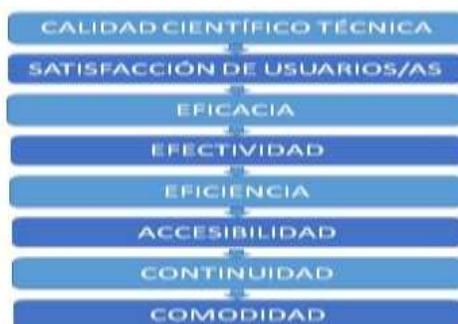


Ilustración 6: Atributos de la Calidad, elaboración propia

Todos los esfuerzos mencionados han llevado al MINSAL a obtener algunos reconocimientos como:

1. El proyecto “Centro de Cirugía Ambulatoria” (2016), presentado por el Hospital Nacional Rosales, fue galardonado con el Reconocimiento a las Mejores Prácticas (RMP) en el Premio Salvadoreño a la Calidad.
2. Proyecto “Fortaleciendo la Calidad de vida de la madre y del recién nacido a través de la vía más segura de la atención del parto”, (2013), presentado por el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, fue galardonado con el Reconocimiento a las Mejores Prácticas (RMP) en el Premio Salvadoreño a la Calidad.

3. Reconocimiento a las Mejores Prácticas (RMP) en el Premio Salvadoreño a la Calidad al proyecto “Atención oportuna de la mujer gestante con trastornos Hipertensivos del embarazo”, (2012), presentado por un equipo de la RIISS de Chalchuapa del Ministerio de Salud.

2.16.4 Aspectos Legales

La institución posee poca documentación oficial de políticas y procedimientos relacionados a la calidad; sin embargo, esa situación no limita que sus actividades apoyen al cumplimiento de los objetivos institucionales. Además, es regido por la Constitución de la República de El Salvador como el código de salud que indican:

La Constitución de El Salvador promulgada en 1983, en su Sección Cuarta “Salud Pública y Asistencia Social” establece que el Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación, y que dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos. Por su parte, el Código de Salud tiene por objeto desarrollar los principios constitucionales relacionados con la salud pública y asistencia social de los habitantes de la República, así como las normas, funcionamiento de los organismos de salud públicos y privados en un total de 338 artículos. En relación al documento del PQD 2010-2014, “Construyendo la esperanza - Estrategias y recomendaciones en Salud” plantea las líneas concretas de la política de salud en El Salvador entre 2009 y 2014. Siendo su objetivo primordial el garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que fortalezca sostenidamente lo público y regule efectivamente lo privado, el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud. El PQD 2010-2014 indica que un sistema de esta naturaleza en los servicios de salud requiere de una reforma compleja que involucre cambios en la estructura institucional; siendo la creación de un sistema de emergencias médicas parte de esta transformación en la atención pre-hospitalaria y hospitalaria. En relación a la Reforma de Salud, se establecen ocho ejes (áreas prioritarias) que contribuyen a la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud propuesto en el Plan Quinquenal de Desarrollo (PQD 2009-2014). Estos ocho ejes coinciden con los ocho desafíos planteados en el Plan Quinquenal de Desarrollo, como por ejemplo la construcción de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), la construcción del Sistema Nacional de Emergencias Médicas, entre otros. El objetivo de la Reforma de Salud consiste en garantizar el derecho a la Salud a toda la población salvadoreña por medio del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que fortalezca sostenidamente lo público y regule

efectivamente lo privado; siendo un sistema de alta resolución y con acceso equitativo a servicios de calidad para la población salvadoreña. Con la llegada del nuevo gobierno de El Salvador bajo la presidencia del profesor Salvador Sánchez Ceren (período 2014-2019), los esfuerzos por una mejor salud pública son robustecidos bajo el Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019 (PQD 2014-2019); en el objetivo cuatro el cual indica una ampliación progresiva de salud a toda la población y prestación integral de servicios de salud oportunos, accesibles, asequibles, eficaces y de calidad. Cita además, que se fortalecerá la oferta de servicios de salud para la prevención y atención a las víctimas de accidentes y violencia en todas sus formas.

2.16.4 Actores de Calidad en el Sector Salud

Avedis Donabedian, a partir del análisis de los trabajos publicados sobre Calidad, estableció los actores principales siguientes:

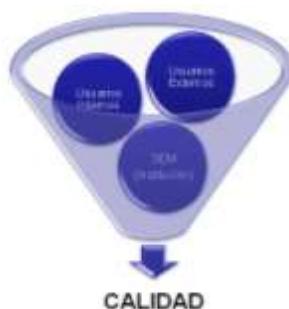


Ilustración 7: Actores principales del SGC en Salud, Fuente: Avedis Donabedian

2.17 Relación Clientes y Usuarios

Basado en los actores de la calidad en el ramo de la salud, la **ilustración 8** representa a los usuarios, clientes y proveedores del SEM.



Ilustración 8: Clientes y Proveedores del CCSEM. Elaboración propia, basada en entrevistas.

El primer cliente externo para el SEM es el usuario del servicio, debido a que el espíritu de atención de la institución está orientado al aumento de la probabilidad de vida de las personas que se encuentra en riesgo de su salud. El usuario interactúa con la institución a través de llamadas al 132; toda la información es registrada y clasificada en un sistema informático por el teleoperador, la cual es de insumo directo para el manejo del paciente en las Unidades Pre-Hospitalaria (UPH) y de Atención Hospitalaria (UAH). Según el tipo de llamada, el SEM determina los clientes externos que participan en la atención de la emergencia brindando información detallada de la criticidad del evento, identificando así el manejo de los pacientes y despliegues de unidades móviles y hospitales.

Los clientes externos están conformados por:

1. Ministerio de Salud.
2. Ministerio de Defensa.
3. Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)³⁹.
4. Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD).
5. Instituto Salvadoreño de Rehabilitación a los Inválidos (ISRI).
6. Policía Nacional Civil.
7. Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM).

Además, involucra a otras entidades de forma integral: el Cuerpo de Bomberos⁴⁰, Cruz Roja Salvadoreña⁴¹, Cruz Verde Salvadoreña⁴², Comandos de Salvamento; las cuales conforman las comisiones técnicas ante el servicio de emergencias. Internamente, la unidad de Informática (UI) y la Coordinación de Estadísticas Médicas (EM) extraen información de la base de datos del sistema informático para elaborar reportes destinados a la Alta Dirección y clientes externos. La UI mantiene además una relación con los proveedores de servicios técnicos en donde descansa la infraestructura tecnológica del SEM; estos proveedores están compuestos por entidades locales públicas y privadas que brindan servicios básicos y de telecomunicaciones para las actividades de operación. Así también existen entidades de cooperación extranjera que son parte de los clientes

³⁹ Sitio web: <http://www.iss.gov.sv>

⁴⁰ Sitio web: <http://www.bomberos.gov.sv>

⁴¹ Sitio web: <http://www.cruzrojasal.org.sv>

⁴² Sitio web: <http://www.cruzverdesalvadorena.org>

externos, que brindan donaciones de infraestructura, tecnológica o intelectual para el robustecimiento de la entidad.

2.18 Procesos de Primer Nivel

Usando de referencia la **ilustración 9**; en su forma más básica, al producirse una emergencia, esta puede ser reportada por las personas desde el sistema telefónico del 911 de la Policía Nacional Civil (PNC) o a través de la línea directa del SEM, marcando el 132. Esta acción activa el primer proceso clave ubicado en el ‘Centro Coordinador del Sistema de Emergencias Médicas’ (CCSEM) en donde se identifica y clasifica la emergencia/urgencia. El CCSEM al identificar la llamada realiza la asistencia pre-hospitalaria, que consiste en:

1. Recabar información general y específica del evento.
2. De ser necesario, persuadir al usuario a mantener la calma.
3. Mantener una comunicación efectiva entre el usuario y el técnico.
4. Asistencia, estabilización y transporte para el paciente.
5. Envío de ambulancia adecuada, según el tipo de emergencia.
6. Comunicación directa con el hospital, según la distancia y tipo de emergencia.

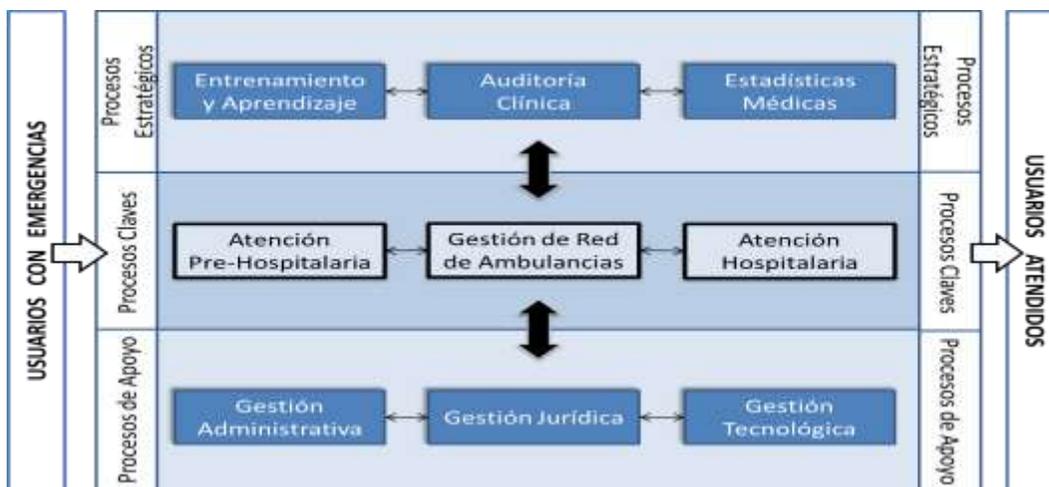


Ilustración 9: Diagrama de Procesos de Primer Nivel, Elaboración Propia

La coordinación de las bases operativas⁴³ (BOSEM) se efectúa internamente en el SEM a través del centro coordinador; el cual usa la información del usuario que llamo, y la convierte en

⁴³ BOSEM: Bases Operativas del Sistema de Emergencias Médicas. Destinadas para la concentración de ambulancias y tripulación técnica, han sido ubicada estratégicamente en la zona metropolitana para el despliegue rápido al lugar del incidente.

coordenadas geográficas e información del tipo de ATP; la cual es usada para la selección de la tripulación y unidad móvil a idóneo. Dentro de la gestión del centro coordinador puede incurrir en el despliegue de otras instituciones que asisten al SEM.

Como último proceso clave, se coordina la atención hospitalaria, siendo sus líneas de acción:

1. Transmitir situación actual del paciente.
2. Información general del evento.
3. Coordinar la recepción hospitalaria del paciente.
4. Realizar el seguimiento del paciente y generación de informes antes del ingreso del paciente.

Como procesos estratégicos, el SEM está comprometido en capacitar al talento humano según cambios tecnológicos que contribuyen al manejo de emergencias y pacientes; para ello, poseen equipos e infraestructura que da soporte a esta necesidad. Otro elemento de los procesos estratégicos, es auditoría clínica la cual revisa los manejos de los eventos registrados durante un período de tiempo. El proceso de estadísticas médicas, recaba información del sistema informático y de los expedientes que los teleoperadores elaboran. Su objetivo es apoyar en la toma de decisiones a la dirección del SEM por medio de la clasificación, análisis y reportes sobre los comportamientos generados por las llamadas de la ciudadanía. En los procesos de apoyo, se encuentran actividades relacionadas a los quehaceres administrativos, apoyo jurídico y el apoyo de tecnología que brinda el soporte de infraestructura de red, mantenimiento de equipos y soporte de software institucional.

CAPITULO III: Diagnóstico Sistema de Gestión de Calidad en el SEM

3.1 Tipo de Investigación

La investigación para establecer un diagnóstico en el SEM es de tipo descriptivo debido a que se requiere conocer a la organización y su situación actual, se observa el comportamiento organizacional y sus procesos de mayor relevancia. Asimismo, se recopila información y datos que permitan llegar al resultado de la investigación del diagnóstico. También, se utiliza la investigación correlacional para determinar dependencias o relaciones entre dos o más variables, con este método se persigue identificar y aportar posibles soluciones a la problemática. Para finalizar, se

adopta la investigación explicativa con el objetivo de identificar las causas que originan el problema. Las fuentes de información surgen de: la Alta Dirección, colaboradores y documentación institucional.

Los instrumentos de recolección utilizados son tradicionales como: encuestas, entrevistas personales/telefónicas, documentación oficial física/electrónica y fuentes alternativas como las redes sociales, sitio web institucional y estudios de terceros. El proceso investigativo de la consultoría busca dar respuesta a la situación actual de las dimensiones del modelo ISO 9001:2015; además, examina su situación estratégica, financiera y el grado de satisfacción al usuario.

3.2 Definiendo una Muestra Adecuada

Basado en el universo del SEM se identifican los siguientes grupos: los colaboradores, instituciones interrelacionadas y usuarios; a los cuales se les aplican diferentes técnicas de selección de muestras.

- a) Para la población interna del SEM, con anterioridad se hacía referencia que los miembros del SEM son en total 42; de ello se ha definido realizar un censo; en donde se recolecta la información por medio de encuestas. Por otra parte, para recoger información sobre la situación actual del SEM con respecto a la norma ISO 9001:2015, se aplica el cuestionario con preguntas cerradas dirigidas a colaboradores específicos que realizan actividades que afectan al proceso principal de atención prehospitalaria.
- b) Para clientes externos, considerando que la población está conformada por 150 colaboradores de diferentes instituciones, se aplica el censo.
- c) Para los usuarios que pertenecen al área metropolitana de San Salvador, se utiliza el muestreo no probabilístico intencional⁴⁴, dirigido a personas que han recibido la atención pre-hospitalaria por parte del SEM. Este tipo de muestreo es el idóneo para la investigación, debido a que existen limitaciones de tipo: temporal (tiempo para realizar la investigación), cobertura geográfica (Área Metropolitana de San Salvador), segmentación (total de pobladores del AMSS que han sido usuarios del SEM), baja contactabilidad (negación de contestar llamadas de números desconocidos), mano de obra (desplazamiento físico a los lugares dispersos de residencia); por lo anterior, se

⁴⁴ Capítulo 8: Selección de la muestra, Metodología de la Investigación, Dr. Roberto Hernández Sampieri.

imposibilita tomar una muestra aleatoria de toda la población, y, se determina que los sujetos de estudio, seleccionados en función de su accesibilidad, sean: usuarios atendidos por el SEM en un periodo determinado y que se les brindó Atención Pre-Hospitalaria.

- d) Para la documentación institucional, se aplica un censo con una revisión del total de población de documentos físicos y digitales en el SEM.

3.3 La Estructura Ósea del Sistema de Gestión de la Calidad

El SGC usualmente estaba compuesto de una jerarquía de documentos conocidos como 'estructura documental', en versiones anteriores de la norma se exigían estos documentos como requisitos para la certificación; esta exigencia se convirtió en opcional (no exigida) en la norma ISO 9001:2015. A continuación, se presenta el diagrama de la estructura documental para el SGC del SEM (**Ilustración 10**):



Ilustración 10: Estructura Documental del SEM; Elaboración propia

Manual de calidad, políticas y procedimientos relacionados eran parte de esos documentos exigidos en aquel entonces. Sin embargo, a pesar de 'no ser indispensable' estos documentos en la norma actual, la consultoría los brinda en el **Anexo 8 y 9**; el manual y política de calidad, además algunos procedimientos que son parte de la estructura documental. La generación de la estructura documental entonces tiene que ser considerada no como una exigencia de la norma; sino como

una ‘buena práctica’ para las instituciones que desean ordenar sus políticas y procedimientos. De forma adicional, el SEM podrá utilizar el manual, políticas y procedimientos como plantillas para la creación de nuevos elementos que robustezcan el servicio al cliente y conlleven a la mejora continua institucional.

3.4 Obteniendo un diagnóstico de cuatro aristas

Para determinar un diagnóstico de la situación actual del Centro Coordinador del SEM se utilizarán:

1. **Modelo SERVQUAL:** Es una metodología usada para la medición de la calidad del servicio al cliente interno y externo (usuario y partes interesadas) según sus expectativas con respecto al servicio prestado.
2. **Análisis FODA:** Es una herramienta de análisis que permite identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de una entidad o sujeto de estudio, en un momento determinado del tiempo.
3. **Indicadores Financieros:** Usados comúnmente en instituciones que generan ingresos, estos indicadores serán adaptados al SEM para brindar una aproximación de las necesidades financieras que la institución presenta en el momento del estudio.
4. **Evaluación de la norma ISO 9001:2015:** Evalúa el grado de madurez del SGC de la situación actual de la institución con respecto a ISO 9001:2015. Las respuestas de este instrumento vienen acompañadas por respaldos documentales o anecdóticos a través de entrevistas a la Alta Dirección y a sus colaboradores.

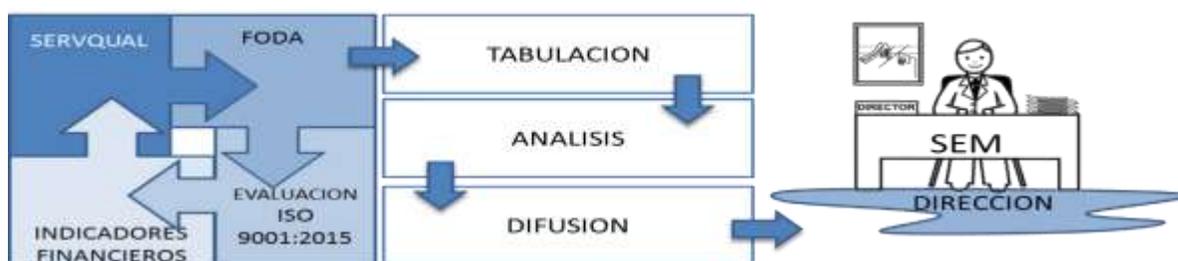


Ilustración 11: Diagrama Metodológico del Diagnóstico para el SEM. Elaboración propia.

La **ilustración 11** indica las cuatro metodologías usadas en el estudio, las cuales brindan resultados en cuatro perspectivas que encajan entre sí con el único objetivo de exteriorizar los puntos de mejora para llegar a una “Cultura de Calidad”. Cada uno de los resultados de estas metodologías serán procesados y analizados de forma individual brindando así un diagnóstico basado en cuatro

aristas. Por otra parte, será responsabilidad de la institución divulgar y establecer planes de acción para superar los hallazgos identificados en el diagnóstico.

3.5 Arista 1: Modelo SERVQUAL

Permite a la institución conocer su situación actual con respecto a la calidad del servicio que se le entrega al cliente, basándose en las brechas de las expectativas y percepciones del individuo. El SERVQUAL teóricamente es entonces un proceso de **mejora continua**, en donde todas las áreas participan en el desarrollo de servicios, que **satisfagan las necesidades y expectativas** de los clientes (**Ilustración 12**).

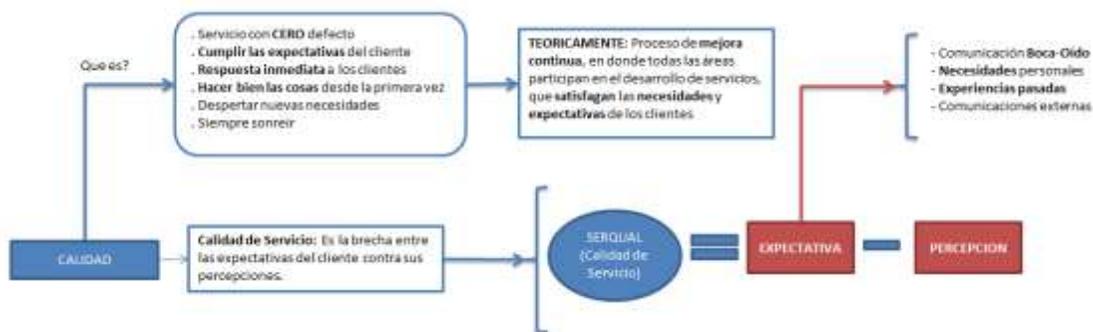


Ilustración 12: Cuadro Sinóptico del SERVQUAL. Elaboración propia⁴⁵.

El SERVQUAL es representado en esencia en 5 dimensiones (macrovariables); siendo su estructura la siguiente (**Ilustración 13**).



⁴⁵ Diagrama conceptualizado a partir de la información contenida en la bibliografía de SERVQUAL: A sus orígenes y evolución.

La recolección de datos se realiza por medio de encuestas (ver **Anexo 4**) que contienen un primer conjunto de preguntas cerradas (microvariables) con tabulación por puntos ponderados; las cuales al sumarizar las respuestas se tiene el total de la macrovariable. De forma opcional se puede generar un segundo conjunto de preguntas abiertas que ayudan al modelo a determinar coherencia en las respuestas y obtención de información extra.

La tabulación por puntos se realizó a partir de los datos recolectados con la encuesta, asignándole una escala de medición a cada posible respuesta de la siguiente manera (**Tabla 18**):

Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	No sé, No tengo opinión	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
0	25	50	75	100

Tabla 18: Ponderación a las Respuestas Cerradas.
Escala de Likert⁴⁶

3.5.1 Aceptación del SERVQUAL en el SEM y en su Entorno

Se realizaron tres tipos de encuestas para determinar el Índice de Satisfacción del Cliente (ISC) los cuales fueron orientados para el cliente interno, externo y el usuario (ver **Anexo 4**).

3.5.1.1 SERVQUAL Interno (ISC-Interno)

Para el **ISC-Interno** se censo a los colaboradores del SEM; sin embargo, solo un 60% de la población decidió participar aún y cuando se recibió total apoyo de la Alta Dirección. A pesar de las condiciones comentadas anteriormente, los resultados obtenidos develaron a una Institución que necesita disminuir las brechas en áreas específicas. Se destinaron tres grupos de preguntas para obtener un porcentaje promedio que represente el ISC-Interno; clasificando los resultados siguientes (**Tabla 19**):

GRUPO DE PREGUNTAS	RESULTADO (%)	BRECHA (%)
<i>Comunicación y apoyo efectivo entre unidades.</i>	70.50	29.50
<i>Compromiso por brindar apoyo entre unidades.</i>	67.40	32.60
<i>Ambiente laboral.</i>	82.60	17.40

Tabla 19: Resultados del ISC-Interno

Siendo su nota global de ISC-Interno igual a 73.50%.

⁴⁶ La escala de Likert o ‘método de evaluaciones sumarias’ se denomina así por Rensis Likert, quien publicó en 1932 un informe donde describía su uso. Es una escala psicométrica que se utiliza comúnmente en cuestionarios y encuestas para la investigación, principalmente en ciencias sociales.

Se observa que el Ambiente Laboral del SEM es un lugar agradable y propicio para que los colaboradores desarrollen sus actividades individuales de una forma adecuada. Para definir los puntos de mejora institucionales se usa el término de ‘Brechas’, que indica la distancia entre la respuesta del encuestado y el 100% de la satisfacción del colaborador. Las oportunidades de mejora se encuentran en la disminución de sus brechas de los primeros dos grupos, para que el ISC-Interno logre llegar a niveles cercanos al 80%. A continuación, se muestra gráficamente las brechas del ISC-Interno según cada pregunta (Eje X del gráfico) del instrumento utilizado. Las barras en color verde indicaran la cercanía al 100% de la satisfacción del cliente sobre una pregunta en particular; en contraparte las barras de color naranja representan las preguntas en las cuales se necesita trabajar en los planes de mejora de la institución (**Ilustración 14**).



Ilustración 14: Brechas por cada pregunta en el instrumento ISC-Interno

Las barras en color anaranjado indican las zonas que requieren mayor atención por parte de jefaturas o dirección y las de color verde indican fortaleza institucional. Estas preguntas son mostradas en la siguiente tabla (**Tabla 20**):

X	Detalle	Puntos obtenidos (%)
Pr22	¿La Alta Dirección está comprometida con la satisfacción del cliente externo?	64
Pr08	¿Anualmente dentro del departamento al que perteneces se elabora algún objetivo específico orientado a los clientes internos?	62
Pr29	¿Las evaluaciones de desempeño miden la convivencia y armonía entre tu y los demás empleados de la institución?	62
Pr02	¿En tu departamento las opiniones o quejas de tus clientes internos son tomadas en cuenta?	59

Pr27	¿La Alta Dirección invierte en capacitaciones que contribuyen a tu buen desempeño laboral?	59
Pr12	¿Tu jefatura exalta ante su equipo de trabajo, el esfuerzo y buen servicio que brinda alguno de sus colaboradores?	55
Pr07	¿Tu departamento cuenta con un 'programa de mejora de servicios' para clientes internos?	54
Pr15	¿Cuándo existe alguna oportunidad cooperas voluntariamente en tareas ajenas?	88
Pr17	¿Te encuentras cómodo en el puesto de trabajo; porque tienes suficiente experiencia en realizarlo?	89
Pr19	¿Crees que con tu trabajo, ayudas a que los clientes externos, estén satisfechos con los servicios que la institución brinda?	89

Tabla 20: Preguntas del ISC-Interno

Por otra parte, se establecieron cuatro preguntas abiertas para validar la coherencia entre respuestas de los encuestados y sus percepciones; siendo las preguntas:

- 1) ¿Según tu percepción puedes identificar y enumerar en que se está fallando como institución, gerencia, coordinación o equipo de trabajo?
- 2) ¿Tienes alguna recomendación que pueda contribuir a mejorar el servicio al cliente interno y externo?
- 3) ¿De 1 a 10, que nota le pondrías al servicio que la institución brinda al usuario? ¿Por qué le darías esa nota?
- 4) ¿De 1 a 10, que nota le pondrías al servicio que tu Departamento/Unidad/Coordinación brinda al cliente interno? ¿Por qué le darías esa nota?

Las respuestas brindadas por los encuestados, fueron sintetizadas y agrupadas (**Tabla 21**) según la apreciación del consultor; sin embargo, en el **Anexo 5** se adjuntan textualmente las respuestas de los encuestados, como respaldos de los agrupamientos.

AGRUPAMIENTO DE LOS PUNTOS DE MEJORA PARA EL SEM
Fortalecer el servicio Pre-hospitalario (legal, presupuestario, infraestructura tecnológica, cobertura, colaboradores, entre otros)
Entrenamientos y capacitaciones técnicas
Mejorar el trabajo en equipo y ambiente laboral
Empatía al usuario
Salud ocupacional (Atención Psicológica)
Fortalecimiento Inter-institucional (911, CR, Bomberos, entre otros)
Empoderamiento de los colaboradores

Tabla 21: Requisitos

Como valor agregado, las últimas dos preguntas abiertas indican una valoración cuantitativa basado en la percepción del encuestado. La primera puntuación promediada es de **7.8 puntos** haciendo referencia al servicio prestado a los usuarios; la segunda puntuación corresponde al servicio prestado entre las unidades/departamentos del SEM, siendo un promedio de **7.1 puntos**.

3.5.1.2 SERVQUAL Externo (ISC-Externo)

Se realizaron un total de 62 encuestas a los miembros de las instituciones que interactúan directamente con el SEM. Los resultados obtenidos son consistentes y enriquecidos de información que puede ser usada por la Alta Dirección. La valoración **porcentual global de estos resultados es de 56.39%**, indicando que existen grandes oportunidades para mejorar la comunicación de los clientes externos. La Alta Dirección deberá establecer objetivos medibles y ejecutar planes para aumentar el índice de satisfacción de los clientes externos; además de establecer ciclos de evaluación del ISC-Externo que indiquen si la brecha disminuye. Llevar el ISC-Externo a ‘niveles normales’ implicaría un valor arriba del 70%. Sin embargo, factores como: complejidad de los problemas, disponibilidad de recursos, tipo de planes y sus resultados (corto, mediano o largo plazo); son elementos que influyen en el avance por mejorar el SERVQUAL externo. Los resultados de cada dimensión se desglosan de la siguiente manera (**Tabla 22**):

GRUPOS DE PREGUNTAS	RESULTADOS (%)	BRECHA (%)
Elementos Tangibles	52.0	48.0
Fiabilidad	58.8	41.2
Capacidad de Respuesta	48.1	51.9
Seguridad	58.3	41.7
Empatía	64.8	35.2

Tabla 22: Resultados Generales del ISC-Externo

Los clientes externos indican que en la dimensión de ‘**Elementos Tangibles**’ su fortaleza radica en instalaciones adecuadas para prestar el servicio; sin embargo, destacan no hay medios de comunicación para el usuario y clientes internos para escuchar la opinión, interrogantes, solicitudes y sugerencias. Los resultados de la dimensión de la ‘**Fiabilidad**’, indican que el servicio al usuario es adecuado y hacen buen manejo de las emergencias médica pero que estos elementos pueden someterse a una gestión de Mejora Continua. En contraparte, los resultados indican que los requerimientos solicitados al SEM tienen que ser atendidos con una mejor prontitud y con el mínimo de equivocaciones en la información entregada al cliente externo.

Con respecto a la dimensión ‘**Capacidad de respuestas**’, se denotan limitantes ante emergencias médicas a nivel nacional, la falta de promoción ante la ciudadanía y requieren una mejora ante los servicios interinstitucionales que el SEM brinda. Esta dimensión es la que presenta la mayor brecha entre todas y por ello requiere un especial tratamiento por parte de la Alta Dirección.

La dimensión de ‘**Seguridad**’ representa el nivel de conocimiento, honestidad, transparencia y buen manejo emocional de las emergencias que los miembros del CCSEM realizan/transmiten ante el usuario. Los puntos de mejora están relacionados a la coordinación interinstitucional y al mantenimiento preventivo de la infraestructura (unidades móviles y su equipamiento).

La mejor evaluación obtenida (**64.78% puntos**) en el análisis, es para la dimensión de ‘**Empatía**’. La dimensión se divide en ‘empatía interinstitucional’ indica que el SEM presta atención a los requerimientos que ingresan por parte de las instituciones; la segunda división hace referencia a la ‘empatía al usuario’, e indica que los clientes externos perciben un buen servicio al usuario con respecto a la atención pre-hospitalaria y a la amabilidad del CCSEM.

Al analizar las brechas del ISC-Externo se obtiene el siguiente gráfico (**Ilustración 15**):

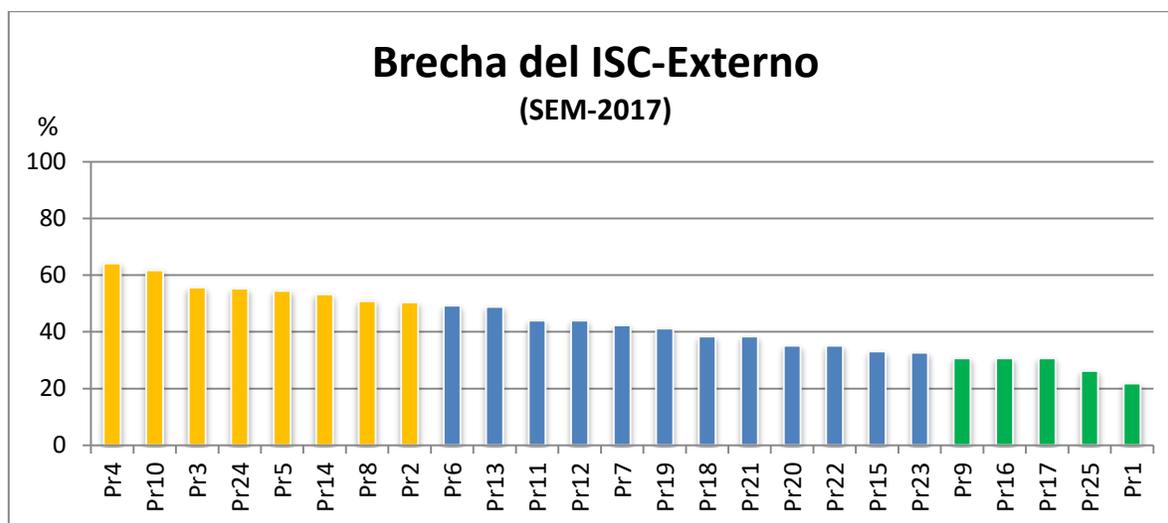


Ilustración 15: Brechas por cada pregunta en el instrumento ISC-Externo

Las preguntas debido su color⁴⁷, son mostradas en la siguiente tabla:

X	Detalle	Puntos
---	---------	--------

⁴⁷ La nomenclatura del color naranja indica las oportunidades de mejora de mayor atención por parte de la Alta Dirección. El color verde por su parte, se puede traducir como fortalezas que los clientes externos identifican en el SEM.

		obtenidos (%)
Pr2	Según su opinión, ¿El SEM tiene canales de comunicación adecuados para resolver sus inquietudes, sugerencias o quejas?	50
Pr8	¿Considera usted que las resoluciones que le brinda el SEM a sus solicitudes o requerimientos, son entregadas sin equivocación (es lo que usted esperaba recibir)?	49
Pr14	¿Desde su punto de vista, el SEM y su servicio de atención médica pre-hospitalaria y hospitalaria es conocido por la ciudadanía?	47
Pr5	¿Las ambulancias SEM se encuentran en óptimas condiciones para brindar un buen servicio al usuario?	46
Pr24	¿El Centro Coordinador SEM realiza una buena coordinación de las unidades médicas en el momento de presentarse una emergencia médica?	45
Pr3	¿Considera que el SEM posee diversos medios de comunicación (sitio Web, redes sociales, entre otros), los cuales son de gran utilidad y apoyo a la ciudadanía?	44
Pr10	En su opinión, ¿El SEM está preparado para brindar servicio ante una emergencia nacional?	38
Pr4	Acerca de las ambulancias del SEM, ¿Son suficientes para que el usuario tenga un buen servicio?	36
Pr1	Cuando ha visitado al SEM, ¿La apariencia de las instalaciones son de su agrado?	78
Pr9	Con respecto al servicio del usuario, ¿El SEM brinda un servicio de calidad adecuado?	69
Pr16	Según su punto de vista, ¿El Centro Coordinador SEM responde de forma respetuosa a las llamadas?	69
Pr17	Bajo su percepción ¿El SEM actúa de forma transparente y honesta en sus funciones?	69
Pr25	¿Basado en su conocimiento el SEM realiza un buen manejo pre-hospitalario?	74

Tabla 23: Preguntas relevantes del ISC-Externo

De forma complementaria, se establecieron cinco preguntas abiertas para validar la coherencia entre respuestas de los encuestados y sus percepciones; siendo las preguntas:

- 1) ¿Qué aspectos positivos observa en el servicio que el SEM brinda?
- 2) ¿Qué fallas usted identifica en el servicio que brinda el SEM?
- 3) ¿De 1 a 10, que nota le pondría al servicio que la institución brinda al usuario? ¿Por qué le daría esa nota?
- 4) ¿De 1 a 10, que nota le pondría al servicio que el SEM le brinda a la institución que usted representa? ¿Por qué le daría esa nota?
- 5) Según su opinión, ¿Cómo podría el SEM mejorar su servicio a la ciudadanía y a la institución que usted representa?

Realizando una síntesis de las preguntas abiertas (Ver **Anexo 5**) los encuestados denotan lo siguiente (**Tabla 24**) para mejorar aspectos claves que las instituciones esperan del SEM.

LOS CLIENTES EXTERNOS OPINAN	TOTAL OPINIONES
Coordinación Institucional	49
Mejora en Recurso Humano, Infraestructura	42
Mejorar o aumentar flota de ambulancias	32
Cobertura	12
Georeferencia	11
Promoción Institucional	9

Tabla 24: Aspectos Claves que los Clientes Externos Consideran para fortalecer el SEM

Las “mejoras en recurso humano e infraestructura” implican: Crecimiento en personal del CCSEM, inversión tecnológica, crecimiento en paramédicos, aumento en medicamentos de las unidades móviles, aumento del presupuesto. La ‘Mejora o aumentar flota de ambulancias’ recolecta opiniones referentes al mantenimiento preventivo de las unidades móviles, a la reparación de unidades en mal estado, gestión de nuevas ambulancias para incrementar la cobertura. Las opiniones agrupadas en el ítem de “georeferencias” se refieren a mejorar las direcciones y posiciones geográficas que el CCSEM brinda a las unidades móviles. Adicionalmente los clientes externos asignaron una puntuación entre 1 y 10 al servicio que recibe el usuario y una segunda valoración el servicio que reciben las instituciones. En la primera valoración los clientes externos revelaron que, en promedio, el servicio al usuario es de **7.09 de nota** y asignan un promedio de **5.31 puntos de nota** al servicio que el SEM brinda a otras instituciones.

3.5.1.3 SERVQUAL Usuario (ISC-Usuario)

Actualmente la institución cuenta con una audio-encuesta para evaluar el ISC del usuario el cual es recolectado diariamente para luego hacer un análisis mensual de las respuestas obtenidas. Sin embargo, para efectos de la consultoría se ha realizado un segundo instrumento⁴⁸ que pueda representar independencia y determine si existe coherencia en los resultados manejados por el SEM. Por otra parte, se poseen las siguientes consideraciones en el momento de ejecutar la recolección de la información:

⁴⁸ A partir de este momento y para diferenciar los instrumentos del SEM y del estudio; se le denominara ‘Audio-encuesta’ al instrumento usado en la consultoría y se identificara al instrumento de la Institución, con el nombre de ‘Audio-encuesta-SEM’.

- 1) Es por medio de llamadas telefónicas; esto limita la participación de usuario, los cuales desconfían al identificar números desconocidos por temor a extorsiones u otros problemas sociales.
- 2) Las audio-encuestas tienen que ser cortas y desarrollarse en un tiempo máximo de 7 minutos; esto se debe a que los usuarios pueden sentirse incómodos ante un cuestionamiento prolongado o cuentan con poco tiempo.
- 3) Algunos usuarios pueden extender sus respuestas mostrando agradecimiento al SEM por contribuir a salvar las vidas del usuario afectado. Por ello es necesario que el consultor encarrile nuevamente la entrevista a las preguntas del instrumento.
- 4) Al iniciar la audio-encuesta se debe identificar si la persona contactada desea participar; debido a que en ocasiones ellos pueden ser un familiar del usuario atendido el cual desafortunadamente falleció durante el proceso pre-hospitalario que brinda el SEM o en el proceso hospitalario a cargo del nosocomio.
- 5) Por protocolos internacionales en sistemas de emergencias las llamadas se efectúan sobre usuarios que representan una emergencia médica y no una urgencia médica.

Para obtener la opinión del usuario, se solicitó al SEM los registros de llamadas de APH, ocurridas entre el 30 de mayo y el 16 de junio del 2017; la base de datos brindada, contenía 237 eventos de usuarios que fueron atendidos por el SEM. Pese a la baja contactabilidad de los usuarios, debido a las condicionantes antes expuestas; se obtuvieron 106 entrevistas. Basados en los resultados se obtiene una **nota global promediada de 77.96%**. La recolección de la información ciudadana implicó los siguientes costos sobre la consultoría; los cuales pueden ser usados como referencia para estudios posteriores (**Tabla 25**):

Costo por Recurso Humano

Teleoperador	Hora/Hombre	Total Hora	Costos
2	\$ 1.88	80	\$ 300.80

Costo por Llamadas

Total Hora	Total minutos	Costo / Minuto	Costos
80	4,800.00	\$0.12	\$ 576.00

Costo \$ 876.80

Tabla 25: Costos de Recolección de Datos

Según los encuestados ellos se encuentran fascinados por el servicio y agradecidos por salvar la vida del usuario. Indican que el nivel de atención recibida y el manejo de los pacientes son inimaginables y no comprenden como un servicio público puede ser tan completo y de buena calidad. Sin embargo, algunos opinaron oportunidades de mejora en temas relacionados a:

- 1) Tiempo de llegada de los paramédicos al lugar del evento.
- 2) Exactitud en la ubicación geográfica de los eventos.

En continuidad a la entrevista a los usuarios se les realizó dos preguntas relacionadas a la imagen del SEM:

- 1) ¿Conoce el número del SISTEMA DE EMERGENCIAS MEDICAS?
- 2) ¿Conoce la forma de dirigir sus comentarios, solicitudes y quejas al SISTEMA DE EMERGENCIAS MEDICAS (132)?

Al observar las brechas (**Ilustración 16**) se identifican estas dos preguntas que hacen referencia a las dimensiones de 'Seguridad' y 'Empatía' las cuales abordan temas de imagen y sistema de quejas/reclamos. Para la primera pregunta, de 100 usuarios 13 conocían el número del SEM (132) el resto de ellos usaban el "Número de Emergencias 911 de la Policía Nacional Civil".

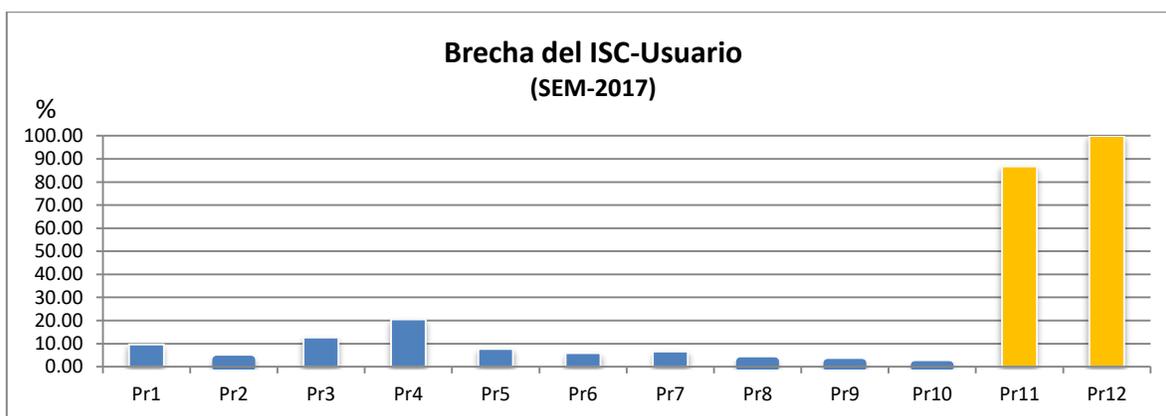


Ilustración 16: Brechas registradas en el ISC-Usuario

Para los resultados de la segunda pregunta, los usuarios desconocían algún medio/forma/canal para las escuchas de sus requisitos/opiniones/quejas/sugerencias. Estos elementos afectan directamente el servicio al cliente; y la Dirección debe de tomar acciones para aumentar la promoción a la institución.

Los resultados de las dimensiones de ISC-Usuario se exponen en la siguiente tabla (**Tabla 26**):

GRUPOS DE PREGUNTAS	RESULTADOS (%)	BRECHA (%)
Elementos Tangibles	93.8	6.3
Fiabilidad	98.4	1.6
Capacidad de Respuesta	84.9	15.1
Seguridad	64.2	35.8
Empatía	48.5	51.5

Tabla 26: Resultados Promediados de las Dimensiones del ISC-Usuario

3.5.2 ¿Qué Indican las Brechas Obtenidas en SERVQUAL?

El resultado final del SERVQUAL es de **69.28%** (Ilustración 17), muy importante identificar que el SEM necesita fortalecer la relación interinstitucional por medio de una coordinación y comunicación más efectiva, así como también robustecer las unidades móviles.



NOTA SERVQUAL 69.28%
Ilustración 17: Resultado SERVQUAL

Al expresar la nota SERVQUAL global (69.28%) de forma cualitativa (Tabla 27), se advierte que el servicio brindado por la institución es bueno, pero posee dificultades para cumplir con requisitos específicos que afecta la calidad del servicio entregado al cliente.

ANALISIS DE RESULTADOS

RANGO DE CALIFICACION OBTENIDA	CRITERIO DE EVALUACION DEL SERVICIO	ANALISIS CUALITATIVO
100 - 90	Excelente	Cumplen los requisitos y expectativas
89 - 70	Muy Bueno	Cumplen los requisitos
69 - 50	Bueno	Tiene dificultades para cumplir los requisitos
49 - 30	Regular	No cumplen requisitos
29 - 0	Necesita Mejorar	Necesita mejorar

Tabla 27: Tabla de Interpretación de Resultados Cuantitativo-Cualitativo del SERVQUAL

El análisis indica también que el SEM necesita prestar atención a promover la marca del Sistema de Emergencias Médicas a la ciudadanía. Algunas de las formas efectivas de promover la marca con poco presupuesto es a través de medios electrónicos como sitios web oficiales, correos electrónicos dedicados a la escucha ciudadana, fanpage y campañas electrónicas publicitarias gratuitas.

Último punto es potenciar a los colaboradores por medio del empoderamiento y participación en su área de acción. Es necesario que se fomente “la gestión del conocimiento”, se registren un plan de capacitaciones anuales de los colaboradores y sean parte de los objetivos de cada unidad o jefatura. La apreciación de los colaboradores sobre mejorar la convivencia resalta en los resultados del instrumento; indicando que se generan conversaciones informales, preferencias entre jefaturas/colaboradores los cuales afectan el clima organizacional. Los colaboradores incluyen mejoras en el apoyo psicológico, balanceo de horas laborales y ayuda en manejo del estrés.

3.6 Arista 2: Análisis FODA

El FODA es una herramienta estratégica de análisis de la situación, que permite de manera rápida realizar un diagnóstico interno (Fortalezas y Debilidades) y externo (Oportunidades y Amenazas) de la situación actual de una institución/empresa. El análisis FODA del SEM se obtuvo a través de diferentes entrevistas con el personal del Sistema de Emergencias Médicas (Alta Dirección y colaboradores), revisión de documentación administrativa oficial (proporcionada por el personal) y fuentes secundarias (publicaciones). A continuación, se presenta el FODA del Sistema de Emergencias Médicas:

ANÁLISIS EXTERNO	ANÁLISIS INTERNO
<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • País altamente vulnerable por terremotos, deslaves, violencia y otros factores que pueden sobrepasar la capacidad instalada del SEM en cuanto a la cobertura de atención de las emergencias médicas. • Cambio de gobierno en el 2019 que pueden generar cambios de políticas, leyes o de las decisiones puntuales en temas de emergencias médicas y atención prehospitalaria. • Financiamiento del SEM es otorgado por el gobierno lo que está sujeto a recortes o déficits presupuestarios que pueden suponer una amenaza para los ingresos que actualmente se 	<p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • El SEM no cuenta con estados financieros, presupuesto de funcionamiento, ni sistema de costos implementado. • Limitaciones de recursos humanos y ambulancias para el logro de la ampliación en su cobertura. • Manuales y guías de atención prehospitalaria son escasos, sólo existen para algunos procesos que se llevan a cabo. • Falta de un mecanismo de abastecimiento para la administración, manejo y uso de medicamentos e insumos médicos para el área prehospitalaria. • Descriptores de puestos del personal del SEM no

<p>tienen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Áreas del país altamente violentas y por ende de alto riesgo para la vida del personal que trabaja en las ambulancias del SEM. 	<p>están aprobados en su totalidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La coordinación con hospitales y sus unidades de emergencias presentan oportunidades de mejora. • Coordinación y comunicación inter institucional debe mejorarse.
<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población demandando servicios de salud en el ámbito de las emergencias médicas. • Cooperación internacional con la disposición de ayudar en la implantación, ampliación y mejoramiento del funcionamiento del Sistema de Emergencias Médicas. • Legislación que fundamenta la creación y funcionamiento del SEM en el país. • El interés y buena disposición del sector hospitalario gubernamental, autónomo y privado porque se fortalezca el SEM. • Firma de convenio para la atención prehospitalaria con Cuerpo de Bomberos, Cruz Roja, Cruz Verde, Comandos de Salvamento y el SEM con el propósito de realizar un trabajo en conjunto y que formen un equipo coordinado para brindar atención de calidad y oportuna. • Sistema que se ha consolidado en el Área Metropolitana de San Salvador, atendiendo aproximadamente 4,000 emergencias médicas mensuales y de éstas el 90% pertenecen a esta zona (AMSS). 	<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso y apoyo institucional por parte del Despacho Ministerial para consolidar y extender la Atención Prehospitalaria. • Se cuenta con un Plan de Capacitación y los fondos para su realización en el periodo 2016-2017. • Se tienen instructores médicos certificados por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)⁴⁹ para impartir las capacitaciones requeridas que fortalezcan al personal sanitario que trabaja directamente con las emergencias médicas, en el SEM, hospitales y UCSF. • Existe una estrategia de crecimiento o ampliación de cobertura del Sistema en departamentos con mayores tasas de violencias y prioridad a intervenir. • Infraestructura del Centro Coordinador, Bases operativas y el funcionamiento del área de soporte administrativo, funcionando y contando con financiamiento gubernamental. • Se cuenta con el Sistema informático – SISEM para la administración, seguimiento y control de los casos atendidos.

Ilustración 18: Análisis FODA del SEM, elaboración propia, a partir de las entrevistas realizadas.

3.7 Arista 3: Análisis financiero

Actualmente el SEM no cuenta con estados financieros específicos donde se plasme el presupuesto asignado para su funcionamiento y los gastos que se generan, ni se registra la ejecución presupuestaria concreta que tiene esta entidad; financieramente el SEM depende de la Unidad Financiera Institucional que está en el Nivel Central del Ministerio de Salud, quienes no cuentan con unidades y líneas presupuestarias específicas para el SEM; en otras palabras, no hay sistema de costos para el SEM, es decir, no se tiene conocimiento de cuánto le cuesta al país todo el Sistema de Emergencias Médicas. Al consultar al MINSAL manifiestan que dichos registros se contabilizan de forma centralizada para el funcionamiento de toda la institución. En el 2016 el SEM elaboró una propuesta de presupuesto para echar a andar el proceso de expansión y mayor cobertura para los departamentos de Santa Ana, Sonsonate y San Miguel (departamentos más

⁴⁹ Sitio web: www.semicyuc.org/inicio

poblados, con mayor violencia, más accidentes de tránsito y más vulnerables) para ejecutarse en el año 2017, ver **Anexo 6** Presupuesto SEM para el 2017; sin embargo, éste no fue considerado en el presupuesto que fue ejecutado ese año. Este presupuesto no está basado en datos históricos de los gastos que ha tenido el SEM en años anteriores, es decir, son datos meramente estimados. A pesar de lo anterior, en el año 2017 se comenzó a elaborar el sistema de costeo para el SEM y se tiene establecido que en el año 2019 se iniciará a presupuestar bajo su propia unidad presupuestaria independiente, pero siempre dentro del presupuesto global del Ministerio de Salud.

3.8 Arista 4: Auto-Evaluación ISO 9001:2015

Se ha diseñado un instrumento para evaluar el grado de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 en el Sistema de Emergencias Médicas, los resultados obtenidos al completar el cuestionario permitirán identificar en qué fase; inicial, transición o implementación, se encuentra el SEM; el instrumento se organizó de acuerdo a los requisitos de la norma.

El diagnóstico del grado de cumplimiento de la norma ISO 9001:2015 servirá para elaborar y proponer estrategias que permitan mejorar al SEM enfocándose en fortalecer aquellos principios, criterios y requisitos menos desarrollados de la norma.

3.8.1 Instrumento y Método de Evaluación

El Instrumento es un cuestionario que consiste en una serie de preguntas separadas por cada uno de los capítulos 4 al 10 de la norma ISO 9001:2015, que pretende identificar la situación actual del SEM con respecto a este Sistema de Gestión de la Calidad:

1. Objetivo y campo de aplicación.
2. Referencias normativas.
3. Términos y definiciones.
4. Contexto de la organización.
5. Liderazgo.
6. Planificación.
7. Apoyo.
8. Operación.
9. Evaluación del desempeño.
10. Mejora.

Los primeros tres capítulos de la norma son de gran importancia debido a que son el fundamento teórico; ya que en ellos se encuentra “el objeto y campo de aplicación, referencias normativas, términos y condiciones”, los cuales carecen de requisitos y son explicativos. En los capítulos, del 4 al 10, son la parte práctica de la norma y por ello se le asigna un peso de 100 puntos a cada requisito de que se encuentra en ellos.

El método utilizado es la entrevista, donde se interactuó con el personal que trabaja en el SEM, algunos de los entrevistados fueron:

- Dr. Carlos Godínez Rodríguez (Director del Sistema de Emergencias Médicas).
- Ing. Nelson Nuila (Coordinador de Proyectos del SEM).
- Dr. Ernesto Molina Ramos (Coordinador del Centro Coordinador del CCSEM).
- Dr. Wilson Stanley Avendaño (Coordinador Estadística).
- Personal del área de TI – Tecnologías de la Información.
- Lic. Liliana Córdova (Jurídico del SEM).

Las preguntas que se realizaron fueron contestadas por los entrevistados quienes acompañaban sus respuestas con evidencias documentales de forma física o digitalizada, también proporcionaron respaldos anecdóticos de acciones realizadas por la dirección y por el personal del SEM. Para facilitar la realización de la entrevista y cuestionario en específico se desarrolló una Lista de Chequeo con las preguntas relacionadas a los requisitos de la norma.

La nomenclatura utilizada en la escala se visualiza a continuación (**Tabla 28**):

Nivel de Diagnóstico	No existe NE	Existe E	Existe y está implementado EI	Existe, está implementado y documentado EID	Existe, está implementado, documentado y se evalúa EIDE	Existe, está implementado, documentado, se evalúa y es auditado EIDEA	Existe, está implementado, documentado, se evalúa, es auditado y ha sido mejorado EIDEAM
Escala	0	1	2	3	4	5	6
Valor de Escala	0%	20%	40%	50%	60%	80%	100%

Tabla 28: Escala de evaluación de Norma ISO 9001:2015

3.8.2 Análisis de Resultados ISO 9001:2015

Al analizar la evaluación ISO podemos destacar que esta norma se fundamenta en grandes ejes como lo son el liderazgo de la Alta Dirección, la consideración del contexto como factor estratégico, el pensamiento basado en riesgo, el enfoque de procesos y la gestión del cambio; que busca dinamizar a las organizaciones de hoy en día. En cuanto al SEM podemos destacar algunos

avances en aspectos de la norma: ha realizado análisis del contexto de nivel FODA, actualmente cuenta con una estructura de jerarquía definida y puestos de autoridad; se alinea con los Planes Operativos Anuales del MINSAL y el Plan Estratégico Institucional; realiza algunas actividades para medir su desempeño y ha incorporado algunos proyectos de mejora en sus procesos. Por lo anterior, a continuación, presentamos los resultados finales y un análisis más detallado de cada uno de los capítulos de la norma.

Los resultados de la evaluación de la ISO 9001:2015 son los siguientes:

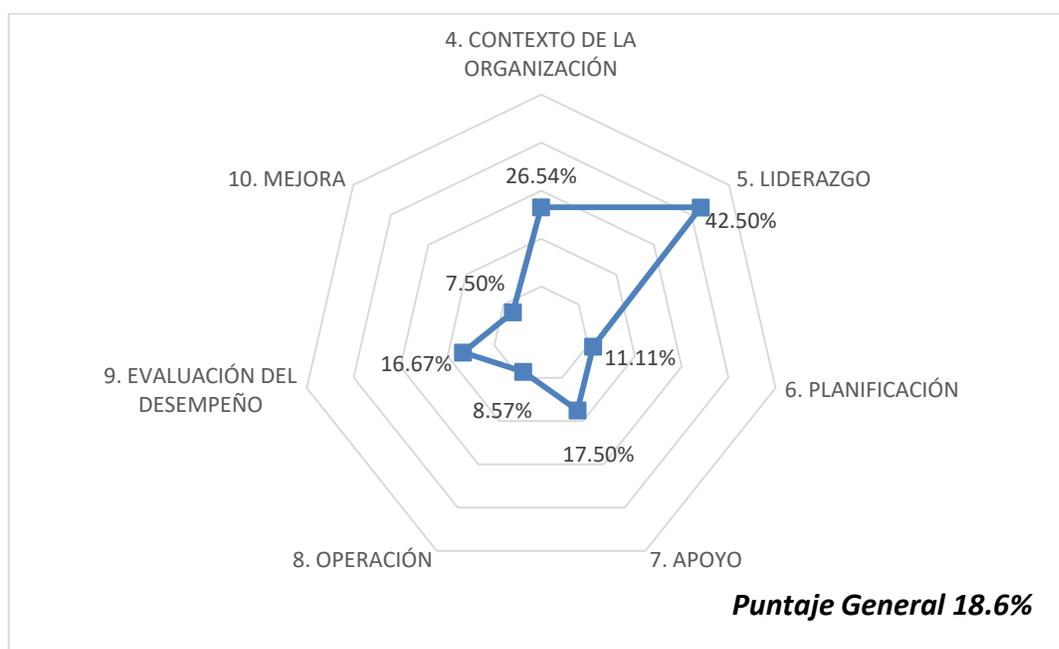


Ilustración 19: Porcentajes Obtenidos por Principio

Según estos resultados, de un total de 700 puntos esperados el SEM solo logra alcanzar 130 puntos, es decir, un 18.6% de cumplimiento de la norma, por lo que no cumple con los requisitos necesario para optar a la certificación, encontrándose en una fase de tipo inicial. La **Ilustración 19**, presenta los resultados porcentuales de cada principio de la norma obtenidos por el SEM en su evaluación. Se observa que el principio de liderazgo tiene el resultado más alto, lo cual se debe a que la Alta Dirección demuestra alto grado de empatía por la implementación de un SGC; sin embargo, esta empatía es limitada por desconocimiento sobre los SGC y temas presupuestarios. Por otra parte, los principios con menor valor porcentual (Operación y Mejora) guardan una relación entre sí; esto es producto de la ausencia de actividades destinadas a la mejora continua.

En seguida, se presentan los resultados y un análisis de los resultados obtenidos al evaluar cada uno del capítulo 4 al 10 de la norma ISO 9001:2015 tomando como referencia la Guía para la aplicación de la UNE-EN ISO 9001:2015 de la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR 2015).

3.8.2.1 Capítulo 4: Contexto de la Organización

Aquí se aborda el contexto del SEM, en el que realiza sus actividades, donde existen cuestiones que influyen en el desarrollo y resultado de su trabajo, contempla los requisitos 1 al 13 que pueden visualizarse en la tabla 29, y a continuación se detallan los resultados de la evaluación del Contexto de la Organización en la tabla 30.

N°	REQUISITO
4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO	
1	Han determinado las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito de la organización y su dirección estratégica, y que afecten a su capacidad para lograr los resultados previstos de su sistema de gestión de la calidad.
2	La organización realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre las cuestiones internas y externas.
4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS	
3	La organización determina las partes interesadas pertinentes y sus requisitos.
4	Se realiza seguimiento y revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos pertinentes.
4.3 DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
5	Se determina los límites y la aplicabilidad del SGC.
6	Cuando se determina el alcance se considera cuestiones externas e internas, los requisitos de las partes interesadas (4.2), los productos y servicios de la organización.
7	La organización aplica todos los requisitos de la norma si son aplicables en el alcance determinado al SGC.
8	El alcance del SGC está disponible y se mantiene como información documentada.
9	El alcance establece los tipos de productos y servicios cubiertos, y proporciona la justificación para cualquier requisito de esta norma, que la organización determine que no es aplicable para el alcance de su SGC.
4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS	
4.4.1	
10	La organización establece, implementa, mantiene y mejora continuamente un sistema de gestión de la calidad, incluido sus procesos necesarios y sus interacciones.
11	La organización determina los procesos necesarios para el SGC y su aplicación a través de la organización.
12	La organización determina las entradas requeridas y las salidas esperadas de estos procesos, secuencia e interacción de procesos, los criterios y métodos necesarios para asegurar la operación eficaz y el control de estos procesos; los recursos necesarios, asigna las responsabilidades y autoridades para estos procesos, aborda riesgos y oportunidades (6.1), evalúa procesos, los mejora y por ende el SGC.
4.4.2	
13	En la medida en que es necesario, la organización mantiene información documentada para apoyar la operación de sus procesos y la conserva.

Tabla 29: Requisitos Capítulo 4 Norma ISO 9001:2015

Nivel de Diagnóstico	NE	E	EI	EID	EIDE	EIDEA	EIDEAM	Evidencia	Evidencia Documentada (Qué se tiene)	Requiere documentación adicional
Escala	0	1	2	3	4	5	6			
Valor de Escala	0%	20%	40%	50%	60%	80%	100%			
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN										26.54%
4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO										
REQ. 1: El SEM ha realizado un análisis del entorno en el 2013 (árbol de problemas y objetivos) en el 2015 se elaboró un análisis FODA (financiado por JICA).										
REQ. 2: Existe el Plan Estratégico Institucional PEI con estrategias y objetivos específicos para el SEM.										
1					70			Documento	FODA, árbol de problemas y de objetivos.	Planeación Estratégica, FODA u otra documentación actualizada
2					70			Documento	Plan Estratégico Institucional	

4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS										
REQ. 3 y 4. Cuentan con alianzas estratégicas con sus partes interesadas, realizan retroalimentación de los servicios que se brindan.										
3					70			Documento	Documentos de las alianzas estratégicas con FOSALUD, Comandos de Salvamento, Cruz Roja, Cruz verde, PNC 911, Ministerio de Salud.	Procedimiento para la determinación del contexto de la organización y las partes interesadas (no obligatorio 4.1 y 4.2)
4					70			Documento		
4.3 DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD										
REQ. 5 a 9. No se tiene definido el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad.										
5	0								No existe	Alcance del Sistema de Gestión de la Calidad (obligatorio)
6	0									
7	0									
8	0									
9	0									
4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS										
4.4.1. REQ. 11 y 12. Si hay indicadores para el CCSEM, pero no metas, el POA (Plan Operativo Anual) responde a necesidades del MINSAL.										
10	0								No existe	Documentos que respaldan el SGC y sus procesos (manuales, procedimientos)
11	5						Manual de Procedimientos	Existen pocos procesos del SEM		
12		30					Manual de Procedimientos	Existen procesos del CCSEM y BOSEM, pero no del SGC.		
4.4.2. REQ. 13. Se cuenta con algunos procesos operativos del CCSEM, pero no del SGC.										
13		30					Manual de Procedimientos	Existen procesos del CCSEM y BOSEM.	Procesos del SGC	

Tabla 30: Resultados Evaluación Capítulo 4 Norma ISO 9001:2015

3.8.2.1.1 Resultados del Capítulo 4 de la Norma

El resultado se determinó de la siguiente forma:

TOTAL PUNTOS DE EVALUACIÓN:	345
PUNTUACIÓN MÁXIMA:	1300

4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN: 26.54%



Ilustración 20: Gráfico de los puntajes obtenidos en cada requisito del Cap 4

3.8.2.1.2 Análisis del Capítulo 4 de la Norma

4.1 Comprensión de la organización y de su contexto

El SEM ha realizado esfuerzos para definir su contexto y una dirección estratégica a través de un análisis del entorno en el año 2013 (árbol de problemas y objetivos), también, en el 2015 elaboró un análisis FODA (financiado por JICA) y en el 2017 se actualizó; a pesar que han utilizado diversas metodologías, éstas carecen de un seguimiento (evaluación) y revisión (auditoría) para su mejora. Es importante mencionar que la Dirección y el personal estratégico conocen el contexto externo e interno del SEM de forma empírica, haciendo énfasis en factores externos como cuestiones medioambientales, políticas, presupuestarias, seguridad, cooperación internacional que afectan el funcionamiento del SEM; también, tiene conocimiento de factores internos como recursos, normativa, ambiente de trabajo.

De igual manera, y a nivel macro el Ministerio de Salud cuenta con un Plan Estratégico Institucional PEI con ejes estratégicos y objetivos específicos para el SEM.

4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas

La Dirección y el personal están conscientes que los usuarios y su satisfacción son su prioridad en los servicios de atención brindados, propósito principal de la norma. De forma narrativa y descriptiva se conocen sus requisitos, necesidades y expectativas; sin embargo, éstas no están plasmadas en un documento. El SEM cuenta con evidencias de alianzas estratégicas con FOSALUD, Comandos de Salvamento, Cruz Roja, Cruz verde, PNC 911, Ministerio de Salud; existen reuniones de coordinación interinstitucional donde se realiza retroalimentación de los servicios que se brindan. La institución no ha definido todas las partes interesadas, y carece de un documento donde se plasmen en específico los requerimientos de éstas, las actividades en las que se relacionan y los requisitos que se deben cumplir conforme el SGC.

4.3 Determinación del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad

El SEM aún no tiene definido un alcance de un Sistema de Gestión de Calidad, puesto que, en la actualidad no se ha implementado un SGC. Para establecer el alcance hace falta el análisis del contexto, las partes interesadas y los servicios; así como definir sus limitantes, aplicabilidad, disponibilidad y mantenerlo como información documentada.

4.4 Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos

En cuanto a procesos, el SEM cuenta con algunos manuales de procesos: “Manual de Descripción de Procesos del Centro Coordinador - CCSEM”, “Manual de Descripción de Procesos para el Área

de Capacitaciones” y “Manual de Descripción de los Procedimientos para el Funcionamiento de las Bases Operativas – BOSEM”, pero no existen en todas las áreas y ni específicamente para el SGC. Carecen de una clasificación de los procesos, un diagrama o mapa de procesos que presente sus interacciones, funcionamiento, y esté armonizado con su estructura funcional; también, no se han establecido indicadores de desempeño de los procesos del SGC ya que éstos no existen. El SEM cuenta solo con algunos indicadores definidos para el CCSEM, pero sin metas concretas; además, cuenta con un Plan Operativo Anual (POA) que principalmente responde a necesidades del MINSAL. Al entrevistar al personal del SEM, ellos desconocen a qué tipo de proceso pertenecen como estratégico, clave o de soporte.

3.8.2.2 Capítulo 5: Liderazgo

Acá se aborda el liderazgo de la Alta Dirección, al demostrar las capacidades de compromiso y liderazgo respecto al SGC, incluye los requisitos del 14 al 19 que se visualizan en la tabla 31, y a continuación se detallan los resultados de la evaluación del Liderazgo en la tabla 32:

N°	REQUISITO
5.1. LIDERAZGO Y COMPROMISO	
5.1.1 Generalidades	
14	La Alta Dirección demuestra liderazgo y compromiso con respecto al SGC.
5.1.2. Enfoque al cliente	
15	La Alta Dirección demuestra liderazgo y compromiso con respecto al enfoque al cliente.
5.2. POLÍTICA	
5.2.1. Establecimiento de la política de la calidad	
16	La Alta Dirección establece, implementa y mantiene una política de la calidad que es apropiada al propósito y contexto de la organización, objetivos de la calidad, compromiso de cumplir con los requisitos aplicables y mejora continua al SGC.
5.2.2. Comunicación de la política de la calidad	
17	La política de la calidad cumple lo siguiente: está disponible como información documentada, se comunica, entiende y aplica, está disponible para las partes interesadas pertinentes.
5.3. ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN	
18	La Alta Dirección asegura de que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignen, se comuniquen y se entienden en toda la organización.
19	La Alta Dirección asigna la responsabilidad y autoridad para asegurar de que el SGC es conforme con los requisitos de esta norma internacional, genere las salidas previstas, informa a la Alta Dirección, promueve el enfoque al cliente y asegurar la integridad del SGC.

Tabla 31: Requisitos Capítulo 5 Norma ISO 9001:2015

Nivel de Diagnóstico	NE	E	EI	EID	EIDE	EIDEA	EIDEAM	Evidencia	Evidencia Documentada (Qué se tiene)	Requiere documentación adicional
Escala	0	1	2	3	4	5	6			
Valor de Escala	0%	20%	40%	50%	60%	80%	100%			
5. LIDERAZGO									42.50%	
5.1. LIDERAZGO Y COMPROMISO										
5.1.1 Generalidades										
14					70			Otros	Documentos de seguimiento periódico interno (POA, actas de reuniones y proyectos de mejora) que realiza la Dirección al funcionamiento	Política y objetivos de Calidad establecidos, memorandos o documentos donde promueve la documentación de los procesos, etc.

									del SEM; también, hay reuniones planificadas con el MINSAL.	
5.1.2. Enfoque al cliente										
15						85		Otros	Encuesta de satisfacción al cliente, auditorías médicas	Encuestas de satisfacción al cliente, segmentación y conocimiento de los requisitos de los clientes. Acciones en beneficio de los clientes.
5.2. POLÍTICA										
5.2.1. Establecimiento de la política de la calidad										
16	0								No existe	Política de Calidad (obligatoria)
5.2.2. Comunicación de la política de la calidad										
17	0								No existe	Evidencia de que ha sido socializada y es del conocimiento de los empleados
5.3. ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN										
18				50						Organigrama, manual de puestos de trabajo o funcional
19				50				Otros	Cuenta con organigrama y algunos perfiles oficializados.	Manual de Funciones, Perfiles de Puestos, Acuerdo de Funciones, Memorandos u otro documento con estas responsabilidades.

Tabla 32: Resultados Evaluación Capítulo 5 Norma ISO 9001:2015

3.8.2.2.1 Resultados del Capítulo 5 de la Norma

El resultado se determinó de la siguiente forma:

TOTAL PUNTOS DE EVALUACIÓN:	255
PUNTUACIÓN MÁXIMA:	600

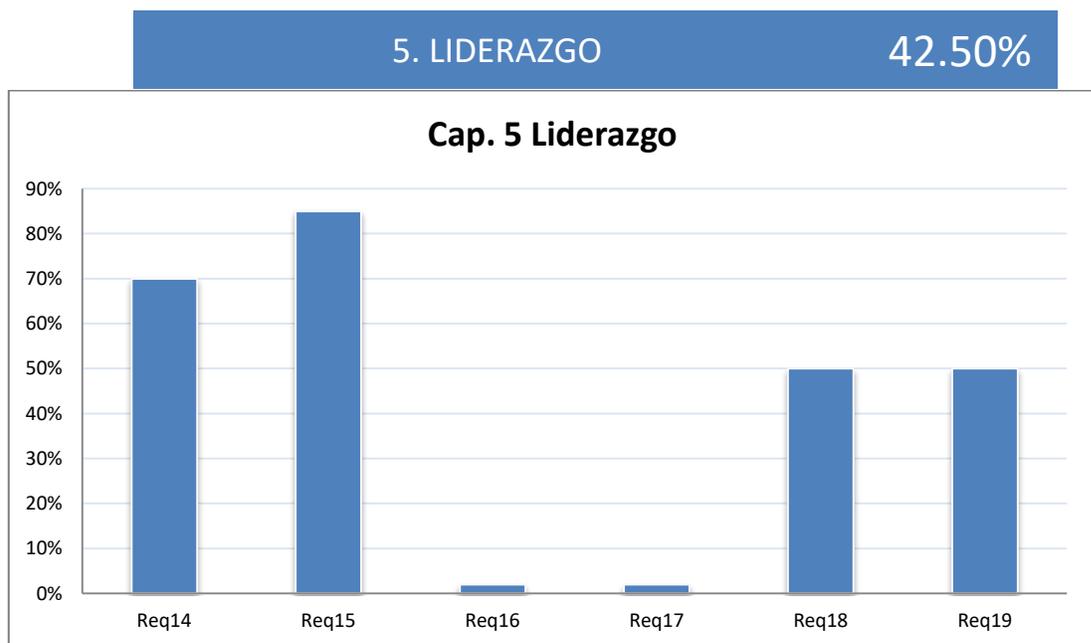


Ilustración 21: Gráfico de los puntajes obtenidos en cada requisito del Cap 5

3.8.2.2.2 Análisis del Capítulo 5 de la Norma

5.1. Liderazgo y compromiso

El director verifica que se cuenta con los recursos mínimos necesarios para llevar a cabo los servicios, y a pesar que no existe un SGC, se realizan reuniones cíclicas mensuales con Jefaturas y coordinadores; se documentan el seguimiento a dichas reuniones, los acuerdos y sus responsables en actas. Se efectúa un seguimiento semanal, mensual, trimestral y anual interno al funcionamiento y cumplimiento de los servicios; participa de reuniones planificadas con el Ministerio de Salud. La dirección del SEM promueve y da seguimiento al cumplimiento del POA (Plan Operativo Anual) el cual contiene un análisis de riesgos delimitado por el MINSAL. Asimismo, la dirección del SEM demuestra liderazgo; ya que ha elaborado diferentes proyectos de mejora y expansión de los servicios de emergencias; también se ha enfocado a garantizar la capacitación de los empleados con aprendizaje en área médica, tecnología y asistencial del personal.

En cuanto al enfoque al cliente, en el SEM existe un mecanismo para medir y evaluar la calidad de los servicios brindados al cliente y su nivel de satisfacción; pero, carece de un medio donde se reciban sugerencias y reclamos al servicio brindado.

5.2 Política

El SEM no posee una política de calidad, la cual esté alineada con los objetivos de la calidad y el contexto; por ende, no está disponible como información documentada, comunicada, entendible para el SEM y disponible para las partes interesadas.

5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización

El SEM cuenta con organigrama y algunos perfiles que están oficializados, pero hay algunos que todavía se encuentran en estudio y no oficializados; además, no se han establecido las competencias y cualificaciones requeridas o evaluadas en el desempeño de su trabajo. Por otra parte, sí existen restricciones de acceso y permisos en el sistema de información del SEM de acuerdo al puesto que desempeña el personal.

3.8.2.3 Capítulo 6: Planificación

En este apartado se aborda la planificación del SGC y de los procesos que consiste en definir el modo en el que se llevara a cabo la actividad del SEM, se abordan los requisitos 20 al 28 en la tabla 33, y a continuación se detallan los resultados de la evaluación de la Planificación en la tabla 34:

N°	REQUISITO
6.1. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES	
6.1.1	
20	La organización considera las cuestiones del apartado 4.1 – 4.2 y determina los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de asegurar que el SGC pueda lograr los resultados, aumentar los efectos deseables, reducir efectos no deseados y lograr la mejora.
6.1.2	
21	La organización planifica las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades, integrar e implementar las acciones, y evaluar la eficacia de

	estas acciones.
22	Las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades son proporcionales al impacto potencial en la no conformidad de los productos y servicios.
6.2. OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS	
6.2.1	
23	La organización establece objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el SGC.
24	Los objetivos de la calidad son coherentes con la política de calidad, son medibles, toma en cuenta los requisitos aplicables, son pertinentes con la conformidad de los productos y servicios, son objeto de seguimiento, se comunican y se actualizan.
25	La organización mantiene información documentada sobre los objetivos de la calidad.
6.2.2	
26	Al planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización determina qué se va a hacer, qué recursos se requerirán, quién será responsable, cuándo se finalizará y cómo se evaluarán los resultados.
6.3. PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS	
27	Cuando la organización determina la necesidad de cambios en el SGC, estos cambios se llevan a cabo de manera planificada.
28	La organización considera el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales, la integridad del SGC, la disponibilidad de recursos, la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.

Tabla 33: Requisitos Capítulo 6 Norma ISO 9001:2015

Nivel de Diagnóstico	NE	E	EI	EID	EIDE	EIDEA	EIDEAM	Evidencia	Evidencia Documentada (Qué se tiene)	Requiere documentación adicional
Escala	0	1	2	3	4	5	6			
Valor de Escala	0%	20%	40%	50%	60%	80%	100%			
6. PLANIFICACIÓN										11.11%
6.1. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES										
6.1.1										
20					75			Otros	En el POA se abordan los riesgos y se realiza un informe de valoración de riesgos cada 3 meses.	Procedimiento para tratar o abordar el riesgo y oportunidades (no obligatorio 6.1)
6.1.2										
21	15									Procedimiento para tratar o abordar el riesgo y oportunidades (no obligatorio 6.1)
22	0								No existe	
6.2. OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS										
6.2.1										
23	0								No existe	Objetivos de la Calidad y Planes de Mejora (obligatorios)
24	0								No existe	
25	0								No existe	
6.2.2										
26	10							Otros	Sólo se realizan Planes de mejora como análisis realizado al POA.	Plan de Trabajo / Acción
6.3. PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS										
27	0								No existe	Planes de Acción, proyectos de mejora
28	0								No existe	

Tabla 34: Resultados Evaluación Capítulo 6 Norma ISO 9001:2015

3.8.2.3.1 Resultados del Capítulo 6 de la Norma

El resultado se determinó de la siguiente forma:

TOTAL PUNTOS DE EVALUACIÓN:	100
PUNTUACIÓN MÁXIMA:	900

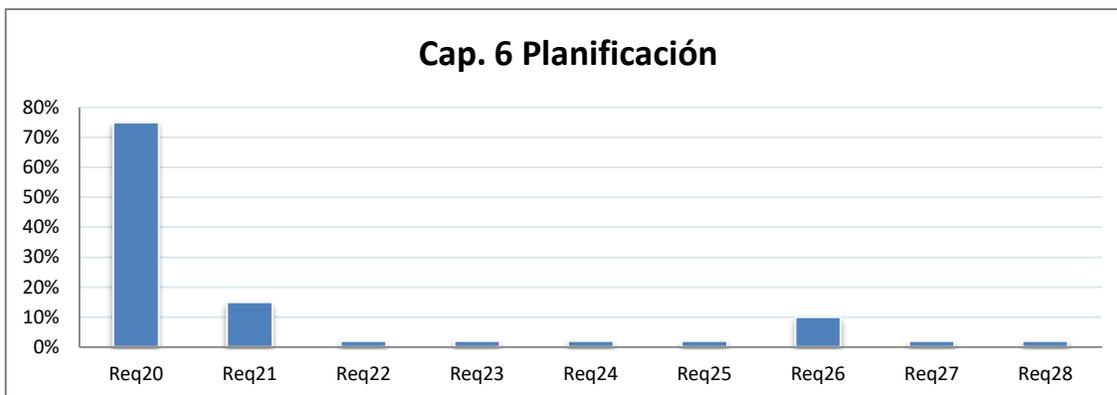


Ilustración 22: Gráfico de los puntajes obtenidos en cada requisito del Cap 6

3.8.2.3.2 Análisis del Capítulo 6 de la Norma

6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades

En el SEM existe un Plan Operativo Anual donde se determinan los riesgos y se plantean las acciones para reducirlos, pero éstas no son evaluadas. Asimismo, no se han determinado los riesgos residuales de servicios no conformes. El MINSAL ha elaborado un método en el POA avalado por la Dirección de Planificación del Nivel Central para medir los riesgos y tomar acciones sobre éstos; en el CCSEM realiza un informe de valoración de riesgos cada 3 meses y se toman acciones. El SEM establece acciones para prevenir riesgos, pero éstas no están sistematizadas enfocadas a evitar el riesgo, eliminarlo, reducir la probabilidad de ocurrencia, controlar los posibles efectos negativos o aprovechar las oportunidades para tomar otras acciones como integrar procesos. Tiene deficiencia ya que no cuenta con un documento donde se plasmen los riesgos y oportunidades del SGC que afecten los servicios que se brindan a los usuarios. El SEM realiza una gestión de riesgos, pero éste no está orientado a la mejora, a asegurar los resultados esperados de los procesos y con un pensamiento más preventivo (obviando las acciones preventivas de la norma anterior) como lo pretende el SGC.

6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos

No se cuenta con objetivos de la calidad establecidos, medibles y con seguimiento; no tiene definida la situación a la que pretende aspirar, las acciones a realizar para alcanzar estos objetivos, los responsables, los plazos y los recursos necesarios para llevarlos a cabo. También, en el SEM no existen los requisitos generales para la planificación del SGC. Lo anterior viene a agravarse ya que no se están cumpliendo los requisitos del capítulo 4 Contexto de la Organización, puntos de

partida para la planificación del SGC con el análisis del entorno y el análisis de las partes interesadas. En otras palabras, el contexto puede afectar la asignación de recursos, los métodos de trabajo, la asignación de responsabilidades, entre otras cosas. El SEM necesita planificar sus procesos en función del contexto.

6.3 Planificación de los cambios

En su gestión no existen planes de mejora, ni la gestión de cambios como tal, carece de una base real para la implantación de un SGC; lo que desmejora su situación porque no cuenta con procesos en los que se defina responsables, actividades y recursos necesarios, métodos de seguimiento y medición que se aplicarán, así como los indicadores significativos. Tiene deficiencia de una planificación inicial donde se requiera revisar los procesos y si es necesario incorporar cambios para adecuar al SGC. El SEM no cuenta con una planificación formal de los cambios, que le permita adaptarse a una realidad cambiante y cada vez más exigente; asimismo, que le permita adaptarse y actuar con diligencia ante cambios en los requisitos de la norma.

3.8.2.4 Capítulo 7: Apoyo

Acá se evalúa si el SEM cuenta con todos los recursos necesarios para el SGC y por tanto para todos sus procesos, incluye los requisitos 29 al 50 en la tabla 35, y a continuación se detallan los resultados de la evaluación del Apoyo en la tabla 36:

N°	REQUISITO
7.1. RECURSOS	
7.1.1 Generalidades	
29	La organización determina y proporciona los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la calidad.
30	La organización considera: las capacidades y limitaciones de recursos existentes, que se necesita obtener de los proveedores externos.
7.1.2. Personas	
31	La organización determina y proporciona las personas necesarias para la implementación eficaz de su SGC y para la operación y control de sus procesos.
7.1.3 Infraestructura	
32	La organización determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.
7.1.4. Ambiente para la operación de procesos	
33	La organización determina, proporciona y mantiene el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios.
7.1.5. Recursos de seguimiento y medición	
7.1.5.1 Generalidades	
34	La organización determina y proporciona los recursos necesarios para asegurarse de la validez y fiabilidad de los resultados cuando se realice el seguimiento o la medición para verificar la conformidad de los productos y servicios con los requisitos.
35	La organización asegura que los recursos proporcionados son apropiados para el tipo específico de actividades de seguimiento y medición realizadas, se mantienen para asegurarse de la idoneidad continua para su propósito.
36	La organización conserva la información documentada apropiada como evidencia de que los recursos de seguimiento y medición son idóneos para su propósito.
7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones	
37	El equipo de medición: se calibra, verifica o ambas; se identifica para determinar su estado, se protege contra ajustes, daños o deterioro.
38	La organización determina si la validez de los resultados de medición previos se han visto afectada de manera adversa cuando el equipo de medición se considere no apto para su propósito previsto.
39	Y se toman las acciones adecuadas cuando sea necesario.

7.1.6 Conocimientos de la organización	
40	La organización determina los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad con los productos y servicios.
41	Estos conocimientos se mantienen y ponen a disposición en la medida en que sea necesario.
42	Cuando se abordan las necesidades y tendencias cambiantes, la organización considera sus conocimientos actuales y determina cómo adquirir o acceder a los conocimientos adicionales necesarios y a las actualizaciones requeridas.
7.2. COMPETENCIA	
43	La organización: determina la competencia de las personas que afecten el desempeño o la eficacia del SGC, asegura que estas personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia apropiada, cuando sea aplicable tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas y conserva la información apropiada como evidencia de las competencias.
7.3. TOMA DE CONCIENCIA	
44	La organización asegura de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: Política de calidad, Objetivos de la calidad, su contribución a la eficacia del SGC, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño, las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del SGC.
7.4. COMUNICACIÓN	
45	La organización determina las comunicaciones internas y externas pertinentes al SGC que incluyan: qué comunicar, cuándo comunicar, a quién comunicar, cómo comunicar y quién comunica.
7.5. INFORMACIÓN DOCUMENTADA	
7.5.1 Generalidades	
46	El SGC de la organización incluye: la información documentada por esta norma internacional y que la organización determina como necesaria para la eficacia del SGC.
7.5.2 Creación y actualización	
47	Al crear y actualizar la información documentada, la organización asegura de que lo siguiente sea apropiado: la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia), el formato (idioma, software, gráficos, medios de soporte), la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación.
7.5.3 Control de la información documentada	
7.5.3.1	
48	La información documentada requerida por el SGC, y por la norma se controla para asegurarse de que: esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite y esté protegida adecuadamente (ejemplo: pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de la integridad).
7.5.3.2	
49	Para el control de la información documentada, la organización aborda las siguientes actividades según corresponda: distribución, acceso, recuperación y uso; almacenamiento y preservación; control de los cambios, control de versiones, conservación y disposición.
50	La información documentada de origen externo, que la organización determina como necesaria para la planificación y operación para el sistema se identifica según sea apropiado y controla.

Tabla 35: Requisitos Capítulo 7 Norma ISO 9001:2015

Nivel de Diagnóstico	NE	E	EI	EID	EIDE	EIDEA	EIDEAM	Evidencia	Evidencia Documentada (Qué se tiene)	Requiere documentación adicional
Escala	0	1	2	3	4	5	6			
Valor de Escala	0%	20%	40%	50%	60%	80%	100%			
7. APOYO									17.50%	
7.1. RECURSOS										
7.1.1 Generalidades										
29	0								No existe	Presupuesto asignado a este rubro
30	5								No existe Existen términos de referencia para servicios subcontratados.	Documento donde se analicen los recursos
7.1.2. Personas										
31	10								Cuenta con personal con la competencia y también puede gestionar cooperación con personal del Nivel Central.	Procedimiento para la competencia, la capacitación y la concienciación (no obligatorio 7.1.2, 7.2 y 7.3)
7.1.3 Infraestructura										
32		20								Disponibilidad de recursos
7.1.4. Ambiente para la operación de procesos										
33	15								No se han determinado, existe discriminación y conflictos a los que no se les da seguimiento. Se solicitó asistencia psicológica, pero esta no fue brindada. Existen condiciones adversas que no cumplen las condiciones necesarias.	Recursos financieros, humanos y tecnológicos

7.1.5. Recursos de seguimiento y medición											
7.1.5.1 Generalidades											
34	0									No existe	Registros de monitorización y medición de equipamiento y calibración (obligatorio)
35	0									No existe	
36	5									Hay estándares de mantenimiento y funcionamiento del equipo informático, hardware y de TI.	
7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones											
37	0									No existe	Registros de mantenimiento y calibración (obligatorio) Procedimiento para el mantenimiento y la medición del equipamiento (no obligatorio 7.1.5)
38	0									No existe	Medición de resultados
39	0									No existe	
7.1.6 Conocimientos de la organización											
40							70		Otros	Se capacita al personal conforme a los cambios realizados en software, procedimientos, protocolos	Inventario y Evaluación de conocimientos, Expedientes del personal
41							70		Otros		
42							70		Otros		
7.2. COMPETENCIA											
43							70			Registros de capacitaciones recibidas por empleado y sus Currículums. El personal que se ha requerido ha sido certificado y capacitado. Evaluaciones del desempeño a todo el personal y de conocimientos después de capacitaciones.	Registros de formación, cualidades, competencias, experiencia y cualificaciones (obligatorio) Procedimiento para la competencia, la capacitación y la concienciación (no obligatorio 7.1.2, 7.2 y 7.3)
7.3. TOMA DE CONCIENCIA											
44	0									No existe	Procedimiento para la competencia, la capacitación y la concienciación (no obligatorio 7.1.2, 7.2 y 7.3)
7.4. COMUNICACIÓN											
45							50			Dependiendo de lo que se va a comunicar y a quién se le va a comunicar, así se han establecido diversos medios de comunicación. Se ha delimitado lo que se va a comunicar y así se selecciona el medio. Notas, correos electrónicos, reuniones periódicas de trabajo, reuniones emergentes de acuerdo a la situación, carteleras, carpetas en red, otros. No existe un área responsable, pero se cuenta con la Unidad de Comunicaciones del Nivel Central del MINSAL.	Documentos que evidencien la comunicación en la organización
7.5. INFORMACIÓN DOCUMENTADA											
7.5.1 Generalidades											
46	0									No existe	Documentación del SGC
7.5.2 Creación y actualización											
47	0									No existe	Archivos físicos o digitales de la documentación
7.5.3 Control de la información documentada											
7.5.3.1											

48	0								No existe	Procedimiento para el control de registros y documentos (no obligatorio 7.5)
7.5.3.2										
49	0								No existe	
50	0								No existe	

Tabla 36: Resultados Evaluación Capítulo 7 Norma ISO 9001:2015

3.8.2.4.1 Resultados del Capítulo 7 de la Norma

El resultado se determinó de la siguiente forma:

TOTAL PUNTOS DE EVALUACIÓN:	385
PUNTUACIÓN MÁXIMA:	2200

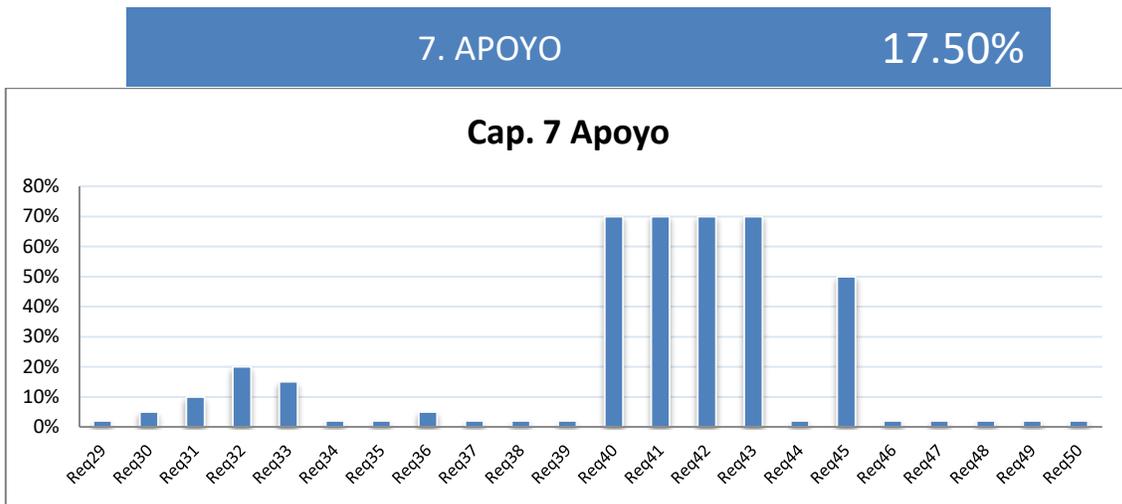


Ilustración 23: Gráfico de los puntajes obtenidos en cada requisito del Cap 7

3.8.2.4.2 Análisis del Capítulo 7 de la Norma

7.1 Recursos

El SEM aún no ha determinado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC, ya que no cuenta con éste y no ha planificado su implementación, tampoco cuenta con presupuesto asignado para este rubro. El SEM carece de registros oficiales de monitorización y medición de equipamiento y calibración del CCSEM. Además, no conserva la información documentada apropiada como evidencia de que los recursos de seguimiento y medición son idóneos para su propósito. También, no tiene procedimiento para el mantenimiento y la medición del equipamiento. Para el análisis de proveedores de servicios, el SEM cuenta con términos de referencia para adquirir servicios subcontratados.

En cuanto a infraestructura el SEM cuenta con instalaciones físicas para su área administrativa, el CCSEM y las BOSEM; cuenta con infraestructura tecnológica para cubrir las llamadas de asistencia en el AMSS, pero, está realizando un proyecto de expansión a 3 departamentos prioritarios y para

echarlo a andar necesitará más recursos humanos para las ambulancias y para atención de llamadas, primas y gastos de seguros de bienes, equipos informáticos y otros.

No se han determinado las condiciones ambientales mínimas requeridas, en la parte social existe discriminación y conflictos a los que no se les da seguimiento, en la parte psicológica se solicitó asistencia, pero ésta no fue brindada, en la parte física existen condiciones adversas que no cumplen las condiciones necesarias.

En cuanto a las mediciones hay estándares de mantenimiento y funcionamiento solo del equipo informático, hardware y de TI, pero deben realizarse más acciones para controlar dichos mantenimientos, enfocarse en el preventivo y gestionar los riesgos de pérdida de información o del servicio que se brinda al usuario.

El SEM debe realizar en primer lugar una valoración de qué recursos son necesarios en su SGC y por consiguiente en todos sus procesos, ya que no cuenta con este insumo.

En cuanto a los conocimientos se capacita al personal conforme a los cambios realizados en software, procedimientos, protocolos. El Coordinador de proyectos del SEM tiene los registros de capacitaciones recibidas por empleado y sus Currículum, también, el personal que se ha requerido ha sido certificado y capacitado. Existen evaluaciones del desempeño a todo el personal y de conocimientos después de las capacitaciones. Sin embargo, la gestión del talento humano está centralizada en el MINSAL.

7.2 Competencia

No se tiene Procedimiento para la competencia y la capacitación del personal, pero si cuenta con personal con la competencia médica-técnica y también puede gestionar cooperación con personal del Nivel Central.

7.3 Toma de conciencia

No se tiene Procedimiento para la toma de conciencia, ni mecanismos que aseguren que los empleados han tomado conciencia sobre la importancia del SGC.

7.4 Comunicación

En el SEM no cuenta con una gestión de la comunicación definiendo cuándo comunicar, en qué casos y a quién se comunicará; no tiene definidos los medios de comunicación internos y externos, así como el responsable de comunicar. Sin embargo, dependiendo de lo que se va a comunicar y a quién se le va a comunicar, así se han establecido empíricamente diversos medios de comunicación como notas, correos electrónicos, reuniones periódicas de trabajo, reuniones

emergentes de acuerdo a la situación, carteleras, carpetas en red y otros. No existe un área responsable, pero se cuenta con la Unidad de Comunicaciones del Nivel Central del MINSAL.

7.5 Información documentada

Como la norma ISO 9001:2015 no está implementada en el SEM, no se cuenta con información documentada requerida por esta norma internacional, así como el Manual de calidad y la totalidad de los registros. Por ende, no cuenta con un procedimiento para el control de registros y documentos del SGC. Con respecto al respaldo de los documentos, se tienen algunos en TI y Nivel Central, pero no se realizan de forma permanente.

3.8.2.5 Capítulo 8: Operación

En este capítulo se evalúa todos los aspectos que se deben tener en cuenta a la hora de planificar los procesos operacionales que tienen como finalidad brindar los servicios de APH, se presentan los requisitos 51 al 99 en la tabla 37, y a continuación se detallan los resultados de la evaluación de la Operación en la tabla 38:

N°	REQUISITO
8.1. PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL	
51	La organización planifica, implementa y controla los procesos necesarios, para cumplir con los requisitos para la provisión de productos y servicios y para implementar las acciones encaminadas en el capítulo 6.
52	La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización.
53	La organización controla los cambios planificados y revisa las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso, según sea necesario.
54	La organización asegura de que los procesos contratados externamente estén controlados.
8.2. REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	
8.2.1. Comunicación con el cliente	
55	La comunicación con los clientes incluye: proporcionar la información relativa de los productos y servicios; tratar las consultas, los contratos o los pedidos, incluyendo los cambios; obtener la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas de los clientes; manipular o controlar la propiedad del cliente; establecer los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.
8.2.2. Determinación de los requisitos para los productos y servicios.	
56	Cuando se determinan los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes, la organización asegura de que: a) Los requisitos para los productos y servicios se definen incluyendo los requisitos legales y reglamentarios aplicables. Aquellos considerados necesarios por la organización; b) La organización puede cumplir con las declaraciones acerca de los productos y servicios que ofrece.
8.2.3. Revisión de los requisitos para los productos y servicios.	
8.2.3.1	
57	La organización asegura de que tiene la capacidad de cumplir los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes.
58	La organización lleva a cabo una revisión antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a un cliente para incluir. (Cumplir requisitos del cliente – requisitos especificados por la organización – requisitos legales, etc.)
59	La organización asegura de que se resuelven las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.
60	La organización confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación, cuando el cliente no proporciona una declaración documentada de sus requisitos.
8.2.3.2	
61	La organización conserva la información documentada cuando sea aplicable: sobre los resultados de la revisión y sobre cualquier requisito nuevo para los productos y servicios.
8.2.4. Cambios en los requisitos para los productos.	
62	La organización asegura de que cuando se cambian los requisitos para los productos y servicios, la información documentada pertinente sea modificada, y de que las personas pertinentes sean conscientes de los requisitos modificados.
8.3. DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	
8.3.1. Generalidades	
63	La organización establece, implementa y mantiene un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.
8.3.2. Planificación del diseño y desarrollo	
64	Al determinar las etapas y controles para el diseño y desarrollo, la organización determina: La naturaleza de las act. De diseño y desarrollo, las etapas del proceso requerido, las act. De verificación y validación del diseño y desarrollo y las responsabilidades y autoridades involucradas en

	este proceso.
8.3.3. Entradas del diseño y desarrollo	
65	La organización determina los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a diseñar y desarrollar. La organización considera: requisitos funcionales y de desempeño, información de diseño y desarrollos, requisitos legales y reglamentarios, normas de la organización y consecuencias de fallos en los servicios.
66	La organización conserva la información documentada sobre las entradas del diseño y desarrollo.
8.3.4. Controles del diseño y desarrollo	
67	La organización aplica controles al proceso de diseño y desarrollo para asegurarse de que: se definen resultados a lograr, revisiones al diseño y desarrollo, se realizan actividades de verificación y validación, se toman acciones y se conserva información de estas actividades.
8.3.5. Salidas del diseño y desarrollo	
68	La organización asegura de que las salidas del diseño y desarrollo: cumplen los requisitos, son adecuados para los procesos posteriores, incluyen los requisitos de seguimiento y especifican las características de los servicios.
69	La organización conserva información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.
8.3.6. Cambios en el diseño y desarrollo	
70	La organización identifica, revisa y controla los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios, o posteriormente en la medida necesaria para asegurarse de que no haya impacto adverso en la conformidad de los requisitos.
8.4. CONTROL DE OS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE	
8.4.1. Generalidades	
71	La organización asegura de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos.
72	La organización determina los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados.
73	La organización determina y aplica criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos.
74	La organización conserva la información documentada de estas actividades y de cualquier acción necesaria que surja de las evaluaciones.
8.4.2. Tipo y alcance del control	
75	La organización asegura de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa la capacidad de la organización de entregar productos y servicios.
76	La organización se asegura de que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su SGC, define los controles que pretenden aplicar a un proveedor externo y los que pretende aplicar a las salidas resultantes, tiene consideración de: el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados – la eficacia de los controles, determina la verificación u otras actividades necesarias para asegurarse de que los procesos suministrados externamente cumplen los requisitos.
8.4.3. Información para los proveedores externos	
77	La organización asegura de la adecuación de los requisitos antes de su comunicación al proveedor externo.
78	La organización comunica a los proveedores externos sus requisitos para: a) Los procesos, productos, servicios a suministrar, b) La aprobación Productos y servicios, Métodos, procesos y equipos, la liberación de productos y servicios; c) La competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas, d) Las interacciones del proveedor externo con la organización, e) El control y el seguimiento del desempeño del proveedor externo a aplicar pro parte de la organización, f) Las actividades de verificación o validación que la organización, o su cliente pretende llevar a cabo en las instalaciones del proveedor externo.
8.5. PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO	
8.5.1. Control de la producción y de la provisión del servicio.	
79	La organización implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas.
8.5.2. Identificación y Trazabilidad	
80	La organización utiliza los medios apropiados para identificar las salidas, cuando sea necesario, para asegurar la conformidad de los productos y servicios.
81	La organización identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de la producción y la presentación del servicio.
82	La organización controla la identificación única de las salidas, cuando la trazabilidad sea un requisito, y debe conservar la información documentada necesaria para permitir la trazabilidad.
8.5.3. Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos	
83	La organización cuida la propiedad perteneciente a los clientes o a proveedores externos, mientras esté bajo el control de la organización o esté siendo utilizado por la misma.
84	La organización identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación dentro de los productos y servicios.
85	Cuando la propiedad de un cliente o de un proveedor externo se pierda, deteriore la organización debe informar de esta al cliente o proveedor externo y conservar información documentada sobre lo ocurrido.
8.5.4. Preservación	
86	La organización preserva las salidas durante la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos.
8.5.5. Actividades posteriores a la entrega	
87	La organización cumple los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios.
88	Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega que se requieren, la organización considera: a) Los requisitos legales y reglamentarios, b) Las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios, c) La naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios, d) Los requisitos del cliente y e) La retroalimentación del cliente.
8.5.6. Control de los cambios	
89	La organización revisa y controla los cambios para la producción o la prestación del servicio, en la extensión necesaria para asegurar la continuidad en la conformidad con los requisitos.
90	La organización conserva información documentada que describa los resultados de la revisión de los cambios, las personas que autorizan el cambio y de cualquier acción necesaria que surja de la revisión.
8.6. LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	
91	La organización implementa las disposiciones planificadas en las etapas adecuadas, para verificar que se cumplan con los requisitos de los productos y servicios.

92	La liberación de los productos y servicios del cliente no deben llevarse a cabo hasta que se haya completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas.
93	La organización conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios.
94	La información documentada incluye: Evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación, Trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.
8.7. CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES	
8.7.1	
95	La organización asegura de que las salidas que no sean no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionados.
96	Se toman acciones adecuadas basándose en la no conformidad.
97	Se toman acciones a los productos y servicios no conformes detectados después de la entrega del producto o después de la provisión del servicio.
98	La organización trata las salidas no conformes de una o más de las siguientes maneras: a) Corrección, b) Separación, c) Información al cliente y d) Obtención de la autorización para su aceptación bajo concesión.
8.7.2	
99	La organización conserva la información documentada: a) Describe la no conformidad, b) Describe las acciones tomadas, c) Describa todas las concesiones obtenidas e d) Identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.

Tabla 37: Requisitos Capítulo 8 Norma ISO 9001:2015

Nivel de Diagnóstico	NE	E	EI	EID	EIDE	EIDEA	EIDEAM	Evidencia	Evidencia Documentada (Qué se tiene)	Requiere documentación adicional
Escala	0	1	2	3	4	5	6			
Valor de Escala	0%	20%	40%	50%	60%	80%	100%			
8. OPERACIÓN										8.57%
8.1. PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL										
51	15								Existe de los procesos del CCSEM, de Capacitación y de BOSEM. Cuenta con la oferta de servicios. Si existen indicadores. Se tienen delimitadas las áreas en las que no se brinda el servicio por alta peligrosidad. Se da seguimiento al POA todos los meses.	
52	10									
53	10									
54	0									
8.2. REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS										
8.2.1. Comunicación con el cliente										
55				50					Se tiene una Encuesta de Satisfacción a los usuarios que se les ha brindado atención. Se recibe retroalimentación de los usuarios. Tienen página web, el servicio telefónico del 132.	Procedimiento de ventas (no obligatorio)
8.2.2. Determinación de los requisitos para los productos y servicios.										
56		30							Existen leyes, procedimientos establecidos, protocolos de servicios, estándares a cumplir y documentos de coordinación con partes interesadas. Se ha ofertado el servicio a todo el país, pero solo se tiene cobertura del 100% del Área Metropolitana de San Salvador.	Procedimiento de ventas (no obligatorio)
8.2.3. Revisión de los requisitos para los productos y servicios.										
8.2.3.1										
57	0								No existe	
58	0								No existe	
59	0								No existe	
60	0								No existe	
8.2.3.2										
61	5								Si existe un seguimiento, pero no documentado.	Registros de revisión de requerimientos de servicios (Obligatorio)

8.2.4. Cambios en los requisitos para los productos.										
62	5									
8.3. DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS										
8.3.1. Generalidades										
63	0								No existe	Procedimiento para el diseño y desarrollo de servicios (no obligatorio)
8.3.2. Planificación del diseño y desarrollo										
64	0								No existe	Registros de nuevos requisitos del servicio (Obligatorio)
8.3.3. Entradas del diseño y desarrollo										
65	0								No existe	Registros de datos de entrada del diseño (obligatorio)
66	0								No existe	
8.3.4. Controles del diseño y desarrollo										
67	0								No existe	Registros de controles del diseño y desarrollo de servicios (obligatorio)
8.3.5. Salidas del diseño y desarrollo										
68	0								No existe	Registros de salidas del diseño y desarrollo de servicios (obligatorios)
69	0								No existe	
8.3.6. Cambios en el diseño y desarrollo										
70	0								No existe	Registros de cambios en el diseño de servicios (obligatorio)
8.4. CONTROL DE OS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE										
8.4.1. Generalidades										
71	0								No existe	Procedimientos para el control de procesos externamente contratados, productos y servicios (procesos externalizados) Obligatorio
72	0								No existe	
73	0								No existe	
74	0								No existe	
8.4.2. Tipo y alcance del control										
75	0								No existe	
76	0								No existe	
8.4.3. Información para los proveedores externos										
77	0								No existe	
78	0								No existe	
8.5. PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO										
8.5.1. Control de la producción y de la provisión del servicio.										
79	5									Registros de las características del servicios que es proporcionado (obligatorio)
8.5.2. Identificación y Trazabilidad										
80						80			En el Sistema Informático (SISEM) se registra toda la trazabilidad del usuario desde que se recibe la llamada telefónica de emergencias.	Procedimiento para provisión del servicio (no obligatorio)
81						80				
82				50						
8.5.3. Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos										
83	0								No existe	Registros de propiedad del cliente (Obligatorio)
84	0								No existe	
85	0								No existe	
8.5.4. Preservación										
86	0								No existe	Procedimiento de almacenamiento (no obligatorio)
8.5.5. Actividades posteriores a la entrega										
87	0								No existe	
88	10								Se recibe retroalimentación de la Encuesta de Satisfacción, sitio web y teléfono 132.	
8.5.6. Control de los cambios										

89	0								No existe	Registro de control de cambios de los servicios (obligatorio)
90	0								No existe	
8.6. LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS										
91	10								Existe procedimiento, se documentan las auditorías y sus resultados a través de un informe.	Registros de conformidad de los servicios (obligatorio)
92	10									
93				50						
94	0									
8.7. CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES										
8.7.1										
95	0								No existe	Procedimiento para la gestión de no conformidades y acciones correctivas (no obligatorio)
96	0								No existe	
97	0								No existe	
98	0								No existe	
8.7.2										
99	0								No existe	Registro de servicio no conforme (obligatorio)

Tabla 38: Resultados Evaluación Capítulo 8 Norma ISO 9001:2015

3.8.2.5.1 Resultados del Capítulo 8 de la Norma

El resultado se determinó de la siguiente forma:

TOTAL PUNTOS DE EVALUACIÓN:	420
PUNTUACIÓN MÁXIMA:	4900

8. OPERACIÓN:

8.57%



Ilustración 24: Gráfico de los puntajes obtenidos en cada requisito del Cap 8

3.8.2.5.2 Análisis del Capítulo 8 de la Norma

8.1 Planificación y control operacional

El SEM carece de manual de procesos del SGC y de la totalidad de procesos operacionales, especificaciones técnicas del servicio que se brinda, planes de acción/mitigación, no poseen controles de calidad para los servicios subcontratados, tienen un Plan Operativo Anual y se les da seguimiento todos los meses. Existen perfiles de puestos definidos, pero algunos no son oficializados y otros no son actualizados. En cuanto a los procesos, éstos no son actualizados para

prevenir errores que se han cometido. Existen reuniones periódicas donde se documenta el seguimiento a los objetivos y al POA.

8.2 Requisitos para los productos y servicios

A pesar que se realiza encuesta de satisfacción no se realiza seguimiento sobre los requisitos que pide el usuario. Actualmente no tienen un plan de riesgos y contingencias para evitar la denegación de servicios. El SEM cuenta con un documento de la oferta de servicios, existen indicadores, pero no se les da seguimiento. Se tienen delimitadas las áreas en las que no se brinda el servicio por alta peligrosidad.

8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios

No cuenta con un proceso para el desarrollo de nuevos servicios, no poseen registros de documentación sobre el desarrollo de nuevos servicios, ni de documentación relacionada a las entradas del diseño de nuevos servicios, ni de controles para el proceso de diseño y desarrollo de nuevos servicios (Revisión, Verificación y Validación).

8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente

El SEM no tiene un procedimiento para el control de procesos externamente contratados, carece de políticas o procedimientos sobre el deterioro de los activos de sus proveedores. En cuanto a las auditorías a proveedores, se cuenta únicamente con auditorías médicas.

8.5 Producción y provisión del servicio

En el Sistema Informático (SISEM) se registra toda la trazabilidad del usuario desde que se recibe la llamada telefónica de emergencias. A través de la Encuesta de Satisfacción y reuniones periódicas con FOSALUD, 911 y otros.

No tienen procesos o procedimientos para garantizar la protección del usuario durante el uso del servicio. Se resguarda la información conforme a la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP) del usuario cada 5 años, y ésta es confidencial.

8.6 Liberación de los productos y servicios

Se tiene una Encuesta de Satisfacción a los usuarios que se les ha brindado atención, tienen página web, el servicio telefónico del 132. Existen leyes, procedimientos establecidos, protocolos de servicios, estándares a cumplir y documentos de coordinación con partes interesadas. Se ha ofertado el servicio a todo el país, pero solo se tiene cobertura del 100% del Área Metropolitana de San Salvador. La institución no realiza auditoría sobre el cumplimiento de las especificaciones técnicas durante el proceso, ni se documentan los resultados.

8.7 Control de las salidas no conformes

Actualmente, no se documentan los casos de mal manejo al usuario, ni se posee información documentada (registros) sobre los cambios ocurridos en el servicio brindado al usuario, relacionada al momento de la prestación del servicio prehospitalario. Se carece de un plan de mejora de las no conformidades que se encontraron durante la ejecución del servicio APH, ni la trazabilidad de éstas, además, no se tienen registros de un documento específico. Sin embargo, si existe auditorías médicas con FOSALUD, pero solo para casos aleatorios y sus resultados se conservan en actas.

3.8.2.6 Capítulo 9: Evaluación del Desempeño

Acá se evalúa el desempeño del SEM en su actividad y que conlleve esto a su mejora, incluye los requisitos 100 al 111 en la tabla 39, y a continuación se detallan los resultados de la Evaluación del Desempeño en la tabla 40:

N°	REQUISITO
9.1. SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN	
9.1.1 Generalidades	
100	La organización determina: a) Qué necesita seguimiento y medición, b) Los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos, c) Cuando se debe llevar a cabo el seguimiento y la medición, d) Cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición.
101	La organización evalúa el desempeño y la eficacia del SGC.
102	La organización conserva la información documentada apropiada como evidencia de los resultados.
9.1.2 Satisfacción del cliente	
103	La organización realiza el seguimiento de las percepciones de los clientes.
104	La organización determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información.
9.1.3 Análisis y Evaluación	
105	La organización analiza y evalúa los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición.
9.2. AUDITORÍA INTERNA	
9.2.1	
106	La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información acerca de si el SGC: a) Es conforme con los requisitos propios de la organización para su SGC y los requisitos de la norma ISO 9001:2015, b) Se implementa y mantiene eficazmente.
9.2.2	
107	La organización: a) Planifica, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría que incluye: frecuencia, métodos, responsabilidades, requisitos de planificación, elaboración de informes, los cambios que afecten a la organización, los resultados de las auditorías previas; b) Define los criterios de auditoría y el alcance, c) Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurarse de la objetividad y la imparcialidad del proceso de auditoría, d) Se asegura de que los resultados de la auditoría se informen a la dirección pertinente, e) Realiza correcciones y acciones correctivas y f) Conserva información documentada.
9.3. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	
9.3.1 Generalidades	
108	La Alta Dirección revisa el SGC a intervalos planificados.
9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección	
109	La revisión por la dirección se planifica y se lleva a cabo.
9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección	
110	Las salidas de la revisión por la dirección incluyen las decisiones y acciones relacionadas.
111	La organización conserva información documentada con evidencias de los resultados de la revisión por la dirección.

Tabla 39: Requisitos Capítulo 9 Norma ISO 9001:2015

Nivel de Diagnóstico	NE	E	EI	EID	EIDE	EIDEA	EIDEAM	Evidencia	Evidencia Documentada (Qué se tiene)	Requiere documentación adicional	
Escala	0	1	2	3	4	5	6				
Valor de Escala	0%	20%	40%	50%	60%	80%	100%				
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO										16.67%	
9.1. SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN											
9.1.1 Generalidades											
100	0								No existe	Registros de resultados de medición y monitorización (obligatorio)	
101	0								No existe		
102	0								No existe		
9.1.2 Satisfacción del cliente											
103						80			Existe encuesta de satisfacción del cliente.		
104						80					
9.1.3 Análisis y Evaluación											
105	0								No existe		
9.2. AUDITORÍA INTERNA											
9.2.1											
106	0								No existe	Registros de programas de auditorías (obligatorio) Procedimiento para auditoría interna (no obligatorio)	
9.2.2											
107	0								No existe	Registros de resultados de auditorías (obligatorio)	
9.3. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN											
9.3.1 Generalidades											
108	10								La dirección realiza revisiones del funcionamiento del SEM y para su buena administración, no existe SGC implementado, por tanto, no realiza revisión al mismo.	Registros de revisiones por la dirección (obligatorio)	
9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección											
109	10										
9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección											
110	10									Procedimiento para la revisión de la dirección (no obligatorio)	
111	10										

Tabla 40: Resultados Evaluación Capítulo 9 Norma ISO 9001:2015

3.8.2.6.1 Resultados del Capítulo 9 de la Norma

El resultado se determinó de la siguiente forma:

TOTAL PUNTOS DE EVALUACIÓN:	200
PUNTUACIÓN MÁXIMA:	1200

9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO: 16.67%

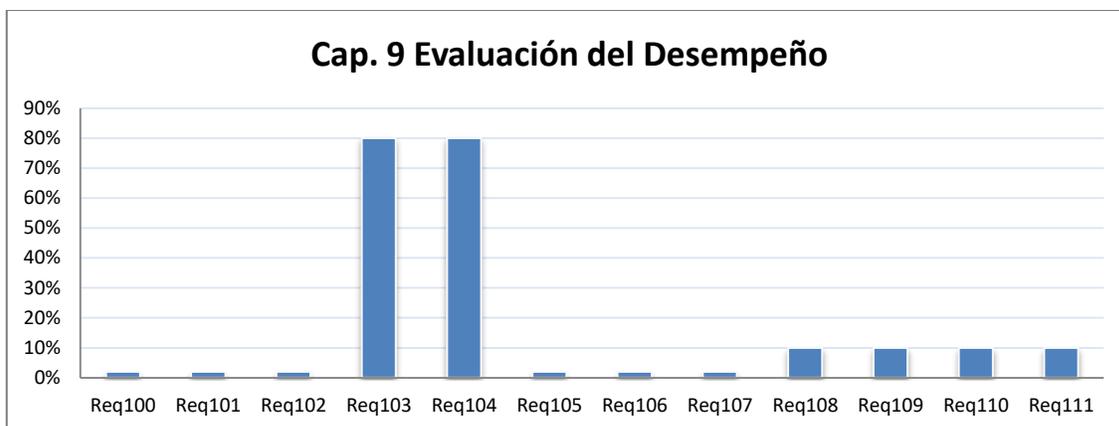


Ilustración 25: Gráfico de los puntajes obtenidos en cada requisito del Cap 9

3.8.2.6.2 Análisis del Capítulo 9 de la Norma

9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación

Actualmente el SEM no realiza seguimiento a la totalidad de sus procesos, ni tiene establecidos indicadores para medir si realmente están dando los resultados deseados; sin embargo, si realiza seguimiento de algunos casos seleccionados de forma aleatoria y a través de una auditoría. Como no existe un SGC, éste no se evalúa en su desempeño y eficacia, ni se conserva información documentada.

9.2 Auditoría interna

En el SEM existe auditoría médica, pero no una auditoría para medir el desempeño del SGC, ya que actualmente no está implementado.

9.3 Revisión por la dirección

El director del SEM recibe y revisa informe de resultados de encuesta de satisfacción, se reúne con las partes interesadas para revisar estratégicamente la coordinación que existe con ellos, como FOSALUD, Cruz Roja, Cruz Verde, MINSAL, PNC, otros. Recibe, revisa y valida informe de las llamadas atendidas, los resultados obtenidos, informe de plan de mejora, informe de auditorías. También, la dirección revisa informe de auditorías médicas, revisa y verifica eficiencia de acciones tomadas y existen acuerdos a decisiones tomadas que se documenta en actas de seguimiento. Sin embargo, la dirección no planifica revisiones sobre el SGC, el desempeño de los procesos, las conformidades de los servicios y las oportunidades de mejora, porque no existe un SGC.

3.8.2.7 Capítulo 10: Mejora

Este capítulo evalúa el grado de determinación de no conformidades, acciones correctivas y de la mejora continua, se incluyen los requisitos 112 a 117 en la tabla 41, y a continuación se detallan los resultados de la evaluación en la tabla 42:

N°	REQUISITO
10.1. GENERALIDADES	
112	La organización determina y selecciona las oportunidades de mejora.
113	Las oportunidades de mejora incluyen: a) Mejorar los productos y servicios, b) Corregir, prevenir o reducir, c) Mejorar el desempeño y la eficacia del SGC.
10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA	
10.2.1	
114	Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización: a) Reacciona ante la no conformidad y b) Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad.
10.2.2	
115	La organización conserva información documentada como evidencia de: la naturaleza de la no conformidad, los resultados de cualquier acción tomada.
10.3 MEJORA CONTINUA	
116	La organización mejora continuamente la conveniencia, la adecuación y eficacia del SGC.
117	La organización considera los resultados del análisis y evaluación y las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades que deben considerarse como parte de la mejora continua.

Tabla 41: Requisitos Capítulo 10 Norma ISO 9001:2015

Nivel de Diagnóstico	NE	E	EI	EID	EIDE	EIDEA	EIDEAM	Evidencia	Evidencia Documentada (Qué se tiene)	Requiere documentación adicional
Escala	0	1	2	3	4	5	6			
Valor de Escala	0%	20%	40%	50%	60%	80%	100%			
10. MEJORA									7.50%	
10.1. GENERALIDADES										
112		30						Se cuenta con proyectos de mejora y de expansión del SEM, no se tiene SGC por lo que no se puede medir su desempeño.	Registro de resultados de acciones correctivas (obligatorio)	
113	15									
10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA										
10.2.1										
114	0							No existe	Procedimiento para la gestión de no conformidades y acciones correctivas (no obligatorio)	
10.2.2										
115	0							No existe		
10.3 MEJORA CONTINUA										
116	0							No existe		
117	0							No existe		

Tabla 42: Resultados Evaluación Capítulo 10 Norma ISO 9001:2015

3.8.2.7.1 Resultados del Capítulo 10 de la Norma

El resultado se determinó de la siguiente forma:

TOTAL PUNTOS DE EVALUACIÓN:	45
PUNTUACIÓN MÁXIMA:	600

10. MEJORA:

7.50%

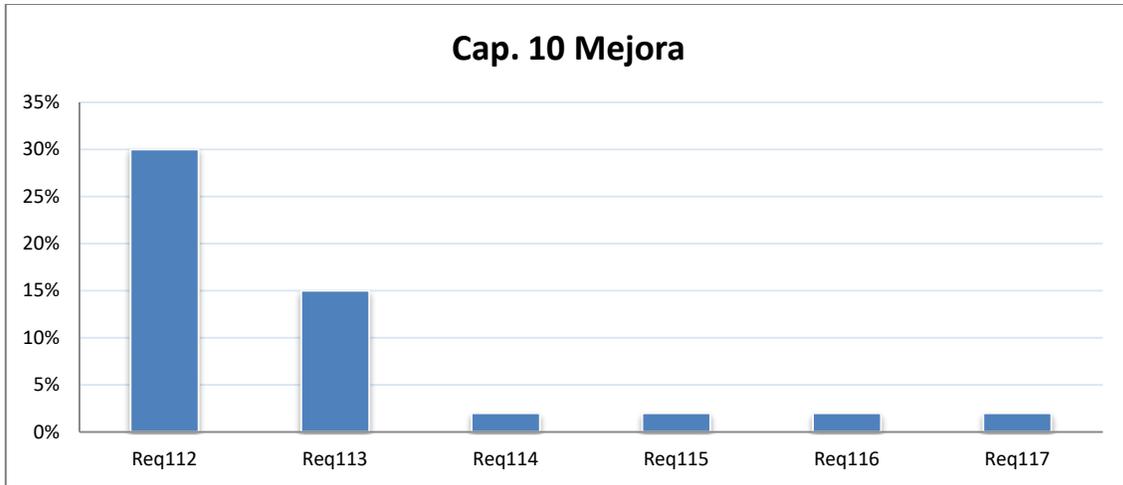


Ilustración 26: Gráfico de los puntajes obtenidos en cada requisito del Cap 10

3.8.2.7.2 Análisis del Capítulo 10 de la Norma

10.1 Generalidades

Se elaboran mejoras, pero no se documentan como Planes de Mejora.

10.2 No conformidad y acción correctiva

Actualmente el SEM no desarrolla planes de mejora para eliminar las no conformidades, ni para aumentar el índice de satisfacción del cliente, no se registran las acciones correctivas. La Institución no ha desarrollado planes de contingencia para disminuir los impactos de las no conformidades, ni aplican metodologías para determinar la causa-raíz de las quejas o no conformidades. Existen los planes de riesgos que elaboran en el POA, pero no enfocados a las no conformidades de los servicios que se brindan a los usuarios.

10.3 Mejora continua

El SEM no cuenta con documentación relacionada de las mejoras, contingencias y acciones correctivas.

CAPITULO IV: Propuesta a la Mejora Continua

Tomando en cuenta los resultados obtenidos por las aristas, se detectó que el SEM se encuentra en una etapa básica ante el cumplimiento de la norma; lo cual, contribuye a la creación de un SGC. Sin embargo, es necesario implementar una serie de medidas que robustezcan la eficiencia y gestión de los procesos que envuelven el Centro Coordinador del SEM con el propósito claro de contribuir al buen servicio de la ciudadanía en el ramo de emergencias médicas. A continuación, se presenta una propuesta estratégica sugerida que permita al SEM tomar acciones para la

implementación del SGC. Adicionalmente, en el **Anexo 8 y 9** se detalla la Estructura Documental del Sistema de Gestión de Calidad para el SEM para el proceso de ‘Atención Pre-hospitalaria’.

4.1 Ejes Estratégicos para el Crecimiento Pre-hospitalario

Según los puntos de mejora identificadas en el diagnóstico, se presentan en esta sección, las estrategias orientadas a la mejora al servicio entregado al usuario:

EJE ESTRATEGICO	ACTIVIDADES
<i>Acercándonos al Usuario</i> ⁵⁰	<p>Estructurar, oficializar y empoderar a un grupo de colaboradores multidisciplinario para dar seguimiento a la escucha de los usuarios.</p> <p>Agregar canales digitales de ‘Escucha al usuario’ a través del sitio web oficial y fan pages.</p> <p>Establecer objetivos, registros e indicadores que contribuyan al beneficio del usuario.</p> <p>Generar planes de trabajo para el cumplimiento de las necesidades de los usuarios.</p> <p>Mantener comunicación constante de los canales de escucha.</p> <p>Crear procesos para detección y seguimiento de las no conformidades de los usuarios.</p> <p>Diseñar e implementar procesos y documentarlos para disminuir las no conformidades.</p> <p>La Alta Dirección tiene que evaluar y documentar de forma cíclica los avances, mejorar y el seguimiento de las no conformidades que identifican el grupo de colaboradores.</p> <p>Informar a los usuarios sobre las especificaciones, alcances y limitaciones del servicio.</p> <p>Publicar las actividades de mejora sobre los servicios ofertados.</p> <p>Promover la marca del SEM por diferentes medios de comunicación.</p> <p>Ampliar la encuesta de satisfacción al usuario para las urgencias registradas.</p>
<i>Unidos por una Buena Asistencia Pre-hospitalaria</i>	<p>Definir procesos de ‘Escucha a Nuestros Clientes Externos’ con el objetivo de medir sus percepciones y detectar las no conformidades para establecer planes de mejora sobre los hallazgos.</p> <p>Registrar y evaluar cíclicamente la ejecución de planes de mejora.</p> <p>La Alta Dirección es responsable de formalizar los requerimientos y el seguimiento de planes de mejora en el servicio y actividades que involucren el servicio al usuario.</p> <p>Difundir y socializar los resultados, planes de mejora obtenidos en el proceso.</p> <p>Continuar con el fortalecimiento y participación efectiva de las entidades; por medio de actividades interinstitucionales que fortalecen los procesos internos del SEM.</p>
<i>Robusteciendo el SEM Interno</i>	<p>Fortalecer el presupuesto de la Institución.</p> <p>Buscar patrocinios con entidades ajenas a la institución con el objetivo de</p>

⁵⁰ Ver anexo 7: Presupuesto del Proyecto.

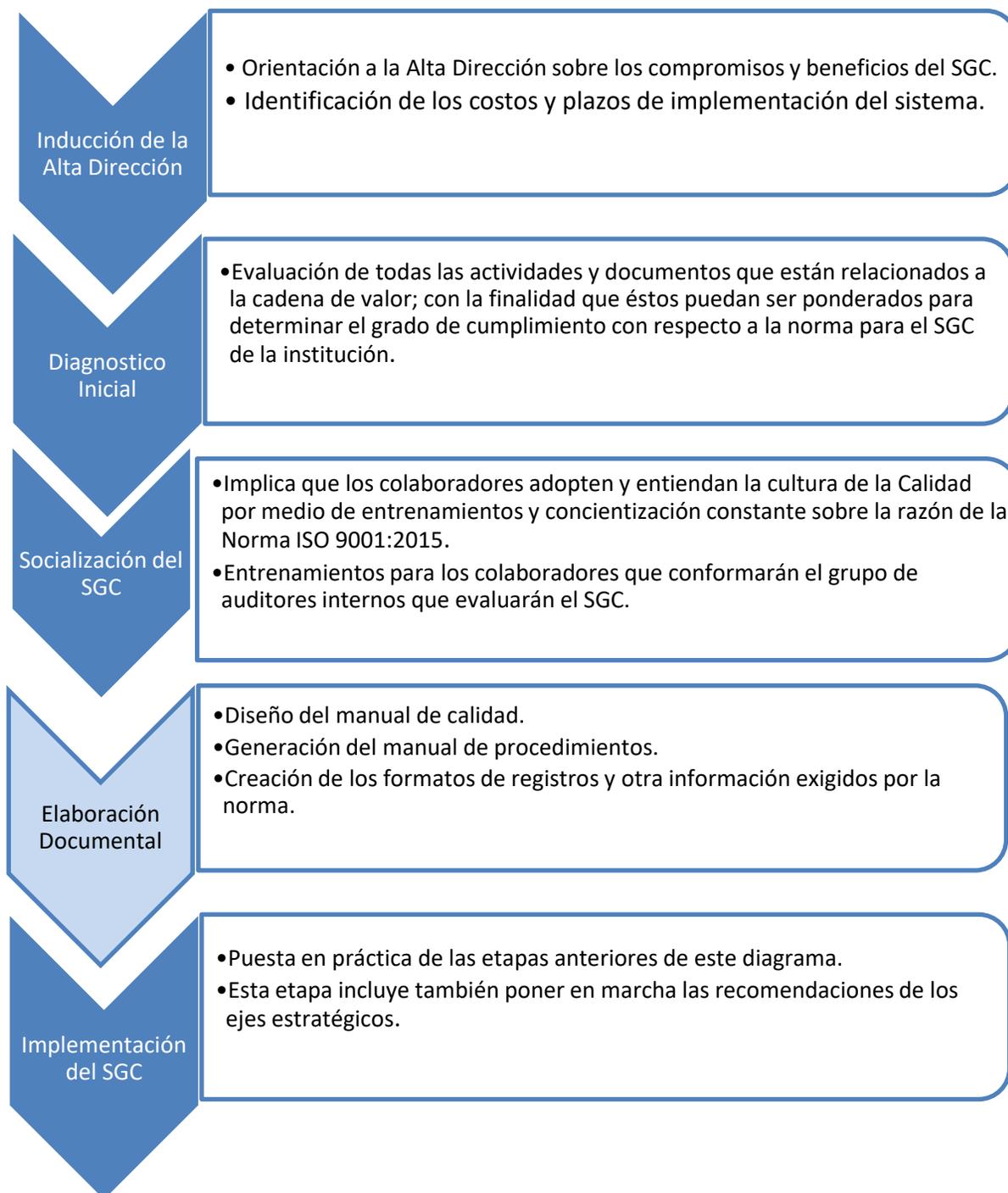
fortalecer los servicios al usuario.
Evaluar periódicamente el clima organizacional por medio de instrumentos que registren las percepciones de los colaboradores.
Socializar los resultados e indicar planes de mejora y la priorización de estos.
Definir planes de crecimiento en infraestructura.
Establecer mecanismos de evaluación y medición de proveedores que interactúan en la cadena de valor pre-hospitalaria.
Definir 'Programas de Reacción' ante eventos fortuitos; registrar las fortalezas y no conformidades.
Establecer procesos y seguimiento de planes de mejora para los 'Programas de Reacción'.
Salvaguardar de forma trimestral la información de los usuarios; establecer procesos y políticas del uso de la información.
Evaluar y registrar de forma cíclica los activos que forman parte de la cadena de valor pre-hospitalaria e informar sobre su estado para generar cambios parciales o totales de los activos.
Crear análisis de impacto sobre el costo-beneficio de los activos deteriorados o en mal estado.
La Alta Dirección tiene que evaluar el cumplimiento de todos los procesos, no conformidades y planes de mejora que interactúan en la cadena de valor pre-hospitalaria.
Evaluar de forma cíclica mejoras al Sistema de Gestión de Calidad; siendo los principales actores la Alta Dirección y el equipo multidisciplinario.
Establecer planes de contingencia ante siniestros endógenos y exógenos que afectan el servicio entregado al usuario.
Evaluar anualmente las capacidades de reacción del SEM.
La Alta Dirección tiene que establecer de forma cíclica las auditorías (internas/externas) y su alcance y objetivo.
El equipo de Auditoría tiene que establecer los planes de mejora, registros de las no conformidades; y la Alta Dirección es responsable del seguimiento de los planes de mejora.
Buscar constantemente nuevas tecnologías que contribuyan a mejorar los servicios de emergencias y urgencias médicas.

Las fuentes de información para fundamentar los ejes estratégicos han sido derivadas de entrevistas, instrumentos de evaluación y documentación oficial interna/externa.

4.2 Pasos para llegar al SGC

Los ejes presentados con anterioridad, conforman elementos que corresponden a Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC). Su implementación es fundamental para el buen servicio entregado al usuario y por ello es necesario que la institución inicie la ejecución de las actividades.

Con el propósito de ilustrar las siete etapas⁵¹ para conformar el SGC se presenta el diagrama siguiente (**Ilustración 27**):



⁵¹ Referencia de tesis “Reestructura Documental de un Sistema de Gestión de Calidad Bajo la Norma ISO 9001:2008 para el Proceso de Transferencias de Fondos al Exterior del Banco Central de Reserva de El Salvador”

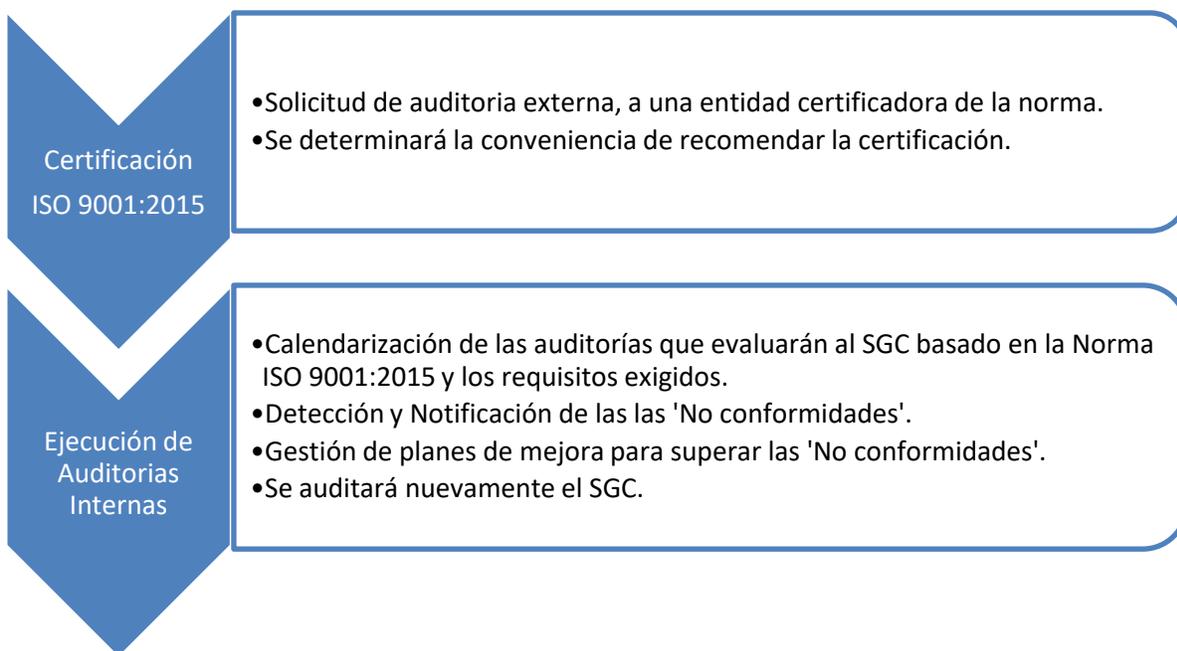


Ilustración 27: Etapas para conformar y certificar bajo la Norma ISO 9001:2015

4.3 Concretizando el SGC (Norma ISO 9001:2015)

La ‘Elaboración Documental’ (Etapa 4) consiste en dos elementos concretos:

- a) La creación del ‘Manual de Calidad’ el cual es abordado en el **Anexo 8** y
- b) ‘El Manual de Procedimientos y Registros’ está contenido en el **Anexo 9**.

Ambos elementos corresponden al centro del Sistema de Gestión de Calidad de la norma ISO 9001:2015 para el proceso pre-hospitalario del SEM. Es necesario enfatizar que estos manuales son solo la medula espinal del SGC y para dar vida a este sistema es necesario que la Alta Dirección (El cerebro) promueva el cambio cultural de la calidad sobre los colaboradores y clientes externos. Para ello se proponen las siguientes acciones basadas en los resultados de la “Auto-Evaluación ISO 9000:2015”:

CAPÍTULO	ACCIONES
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	<p>Es necesario que la organización evalúe de forma sistemática los elementos internos o externos que afectan a la institución o sus servicios; esta acción se efectuará a través de la evaluación y actualización del FODA o herramienta usada para el ‘estudio estratégico de la empresa’ (Ejemplo.: Análisis PESTAL, Cinco fuerzas de Porter).</p> <p>De forma consecutiva y a pesar que fueron identificadas las partes</p>

	<p>interesadas, es necesario que estas sean categorizadas por el nivel de influencia o importancia para el SEM. Además, la organización debe de establecer mecanismos de escucha para las sugerencias, comentarios y quejas de las instituciones que interactúan con el SEM; esta actividad puede ser conseguida por medio de entrevistas o encuestas para recaudar la información de las percepciones de las partes interesadas y posteriormente sean transformadas en acciones. Es muy importante que las partes interesadas estén enteradas y se involucren.</p> <p>Es preciso que la organización oficialice el diagrama de procesos y documente la interacción de las unidades con respecto a los procesos de la cadena de valor.</p>
<p>5. LIDERAZGO</p>	<p>Es responsabilidad de la Alta Dirección el oficializar y promocionar el manual de calidad con los colaboradores. También, deberá definir los responsables para el cumplimiento de las políticas contenidas dentro del manual.</p> <p>Será necesaria la conformación de un equipo de trabajo para efectuar la revisión y actualización de la carta técnica de servicios. Esta actividad se debe realizar cada año o cada vez que se involucren cambios en el servicio.</p> <p>La Alta Dirección tiene que apoyar a la participación activa de los colaboradores, en búsqueda de la mejora de los procesos y servicios que brinda la institución. Esta actividad puede ser canalizada por medio de talleres semestrales, conformados por colaboradores de distinto nivel jerárquico que brinden a través de lluvias de ideas (u otras metodologías) sus aportes para la innovación o mejora continua. Es necesario que sean registradas o documentadas estas sesiones y que de ello surjan análisis de factibilidad e implementaciones sobre los procesos o productos. También, es necesario que la Alta Dirección efectúe cualquier tipo de reconocimiento a los colaboradores que participan en la mejora continua.</p> <p>Es necesario que la institución ponga a disposición los canales de escucha para las quejas, comentarios y sugerencias que provienen de los usuarios del servicio. Además, es responsable de definir el proceso para el seguimiento de estos canales; para ello, se recomienda la creación de la fan page, robustecer el sitio oficial, crear un correo público institucional, entre otras formas gratuitas electrónicas.</p>
<p>6. PLANIFICACIÓN</p>	<p>El SEM posee la evaluación de riesgos, pero carece de seguimientos sobre estrategias para la ejecución de planes de mitigación, por ello es necesario que las sesiones de trabajo contemplen el monitoreo de los planes de mitigación.</p> <p>Al oficializar el manual de calidad; los objetivos institucionales deberán</p>

tener estrecha relación con los objetivos de calidad. Estos tienen que ser medibles y sometidos a revisiones trimestrales para identificar el cumplimiento de los mismos. Es necesario que el SEM registre las estrategias institucionales e identifique a los responsables que llevarán a cabo el cumplimiento de los objetivos de calidad.

7. APOYO

La institución necesita identificar y registrar las capacidades de infraestructura que poseen de forma anual para dar soporte a los usuarios del servicio; en el caso que existan expansiones del servicio, tienen que ser justificado por medio de estudios, que sirvan como soporte a estas expansiones. Las expansiones tienen que contener el presupuesto necesario para mantener operativa a la institución sin afectar la calidad del servicio.

El SEM tiene que identificar los proveedores que participan en la cadena de valor; además, establecer las especificaciones técnicas obligatorias a cumplir por los proveedores. Es necesario que la institución defina criterios de calidad, indicadores de calidad, monitoreo y seguimiento de indicadores sobre los servicios que brindan los proveedores.

Es necesario que la institución defina políticas de rendimiento en los equipos informáticos para determinar un buen funcionamiento de los equipos; esta actividad es equivalente a la calibración de las herramientas o dispositivos que participan en la cadena de valor. La política tiene que contener valores porcentuales del rendimiento del equipo en condiciones normales y establecer los umbrales que indiquen inestabilidad.

En relación al recurso humano el SEM tiene que asegurar que los colaboradores que realizan actividades en la cadena de valor; tengan y cumplan con las competencias, estudios y conocimientos necesarios para desenvolverse adecuadamente en el proceso en el que participan dentro de la cadena de valor. Además, la institución tiene que desarrollar planes de capacitación para llenar los vacíos técnicos de los colaboradores. Para ello es necesario que se lleve evidencia documental sobre los planes de capacitación y el seguimiento de cumplimiento de los planes. Esta actividad tiene que desarrollarse de forma anual debido los nuevos requerimientos.

Es necesario que los colaboradores que participan en la cadena de valor, tengan empatía o conciencia social sobre el impacto por el cumplimiento o incumplimiento de sus actividades sobre el servicio al usuario; por ello, la institución tiene que llevar a cabo campañas internas sobre la importancia, objetivos, impactos y la participación activa de los colaboradores sobre el SGC.

La Institución deberá definir los canales adecuados para comunicar la información oficial que compete a la socialización de las políticas y

objetivos relacionados a la calidad. Así también, la institución tiene la responsabilidad de brindar la información adecuada al cliente externo por los canales oficiales de comunicación. Los canales de comunicación pueden ser medios electrónicos o tradicionales; los cuales pueden ser manejados como boletines, estadísticas en sitio web, videos o noticias rápidas en la fan pages o cuenta twitter.

8. OPERACIÓN

Es necesario que la institución realice una revisión sobre la encuesta de satisfacción al cliente, y modifique de acuerdo a objetivos específicos que estén orientados a identificar nuevas necesidades de los clientes. De la misma forma, se debe de mantener instrumentos que recolecten el índice de satisfacción del cliente interno y externo, con el objetivo de detectar no conformidades que ayuden a la creación de planes de mejora continua en los servicios que el SEM brinda. Basado en esos instrumentos la institución podrá realizar procesos de desarrollo de nuevos servicios según en las necesidades directas de todos los clientes.

El desarrollo de nuevos servicios tiene que ser adecuadamente registrado y debe contener indicadores para la detección de inconformidades, manejo del riesgo, impactos en los servicios del SEM, especificaciones técnicas del servicio, entre otros. Se recomienda metodologías de gestión de proyectos como 'la metodología de Canvas'.

La institución tiene que garantizar el resguardo de la información de los clientes por medio de políticas de backup incremental en menor tiempo al establecido en las políticas del MINSAL; además de mantener indicadores y pruebas de estrés sobre la redundancia de los discos en los servidores que mantienen la información de los clientes. Como último punto sobre la información del cliente, es necesario que se efectúen registros y bitácoras sobre el manejo del resguardo de la información. La información del cliente también compete al manejo de APH, esta puede estar compuesta por bitácoras de los protocolos utilizados.

Es necesario documentar las no conformidades ocurridas durante el proceso de APH; y sobre ello emitir un reporte técnico, plan de mejora y brindar el seguimiento del plan para disminuir el riesgo de ocurrencia de la no conformidad; de esta forma, la institución contribuye a cumplir los objetivos de calidad.

Con respecto a la identificación inequívoca de los casos; el sistema SISEM contiene campos que son llenados con claves irrepetibles que sirven para la distinción de los casos de cada usuario, de tal forma que se garantice la trazabilidad de forma oportuna.

El SEM, tiene que establecer también; políticas y procedimientos relacionados al deterioro y reemplazo de equipo e infraestructura que son propiedad de los proveedores. Estas actividades tienen el propósito de disminuir el riesgo de denegación de servicio y que al mismo tiempo

	<p>los proveedores sean regulados y comprometidos en la calidad del servicio.</p> <p>La institución tiene que establecer auditorías internas con contemplen el cumplimiento de las especificaciones técnicas del servicio que se entrega al usuario. Estas auditorías deben generar reportes que contengan las fortalezas, puntos de mejora, evidencias y planes de mitigación para disminuir o eliminar las no conformidades sobre el servicio prestado.</p>
<p>9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO</p>	<p>Una vez oficializado el manual y política de calidad, será obligación de la Alta Dirección la revisión y evaluación del SGC de forma cíclica. Inicialmente se recomienda que esta actividad se realice semestralmente, mientras se genera la cultura a la calidad; posteriormente, esta revisión puede ser efectuada anualmente. La Alta Dirección tendrá que generar evidencia documental sobre la actividad realizada. Para ello es necesario elaborar un reporte con una estructura similar a la propuesta de la norma ISO 9001, que está conformada por: <i>Resultados de las auditorías Internas/Externas, Las no conformidades encontradas, Observaciones y puntos de mejoras detectadas, Calendarización de las Auditorías para el siguiente ciclo, Revisión de datos de Retroalimentación del cliente (Índice de satisfacción del Cliente, Reclamos y Quejas), Revisión de los indicadores relacionados a los objetivos de calidad definidos, Plan de acción y seguimiento de las acciones correctivas y preventivas de las no conformidades, Reportes de cambios que pueden afectar el SGC (Nuevos requisitos legales, Comportamiento del mercado, Nuevos productos, Alteraciones a productos, entre otros).</i></p>
<p>10. MEJORA</p>	<p>Este apartado está relacionado con la cláusula anterior, ya que es necesario que la Alta Dirección detecte fácilmente las necesidades y no conformidades de los usuarios; por medio del reporte de revisión del SGC. La Alta Dirección puede apoyarse con los colaboradores para establecer planes de mejora para llegar a una solución, nuevo servicio, mejora o transformación del servicio que se brinda al cliente. De esta forma el SEM garantiza el cumplimiento de los requisitos del cliente y aumentará el índice de satisfacción.</p> <p>Pueden usar metodologías para resolución de problemas como ‘lluvia de ideas’, pero estas sesiones tienen que ser documentadas adecuadamente. Es necesario que hagan uso de bitácoras en donde registren fechas, participantes, objetivos de la sesión, estatus de los puntos de acción de sesiones anteriores, puntos de actas de las no conformidades y sus respectivas acciones, responsables de las acciones, entre otros. La institución tiene que tener un plan de trabajo para priorizar y mitigar las no conformidades que se presentan, siendo esta una de las bases para fundamentar las sesiones de resolución de problemas.</p>

Cuando se trata de un nuevo servicio o extensión de servicio es necesario la revisión y modificación de la carta técnica de los servicios; así también será necesario el versionamiento de los documentos más críticos del SGC.

4.4 ¿Cuál es el beneficio de invertir en un SGC para el SEM?

Un SGC para la asistencia pre-hospitalaria del SEM brinda los siguientes beneficios:

Procesos y Procedimientos	
<p>Actualmente: Existen muy pocos procedimientos documentados o se ejecutan de forma empírica; dificultando el traspaso del conocimiento entre colaboradores y limitan la mejora continua.</p>	<p>Al implementar el SGC: Fomenta la innovación en los procesos para facilitar tiempo, esfuerzo y dinero. Delimita las responsabilidades de cada puesto de trabajo y crea segregación de funciones.</p>
Satisfacción del Cliente	
<p>Actualmente: Está delimitado a la evaluación de usuario que cumple con el ciclo pre-hospitalario. No se realizan seguimientos de los requisitos y las no conformidades de los usuario.</p>	<p>Al implementar el SGC: Apoya la escucha activa de los usuarios por medio de la creación de canales de comunicación. Permite que el servicio pre-hospitalario se vuelva más competitivo. Permite la inclusión y evaluación de los clientes externos y proveedores con el objetivo de robustecer el servicio. Apoya el resguardo de la información del usuario.</p>
Planificación	
<p>Actualmente: El SEM cuenta con planificación anual y es revisado de forma sistemática para detectar los avances en el cumplimiento.</p>	<p>Al implementar el SGC: Debido a que se cuenta con un proceso sistematizado; la implementación en el SGC será más fácil. Con el SGC la Alta Dirección podrá identificar puntos de mejora en el ciclo de planificación.</p>
Políticas y Objetivos de Calidad	
<p>Actualmente: El SEM no cuenta con políticas y procedimientos orientados a una Cultura de Calidad. Posee protocolos de atención pre-hospitalaria; los cuales se ejecutan para disminuir el índice de mortalidad en el manejo del paciente antes</p>	<p>Al implementar el SGC: Somete a la institución al proceso de mejora continua. Disminuye la reincidencia de las no conformidades en la cadena de valor de la atención pre-hospitalaria del SEM. Compromete a la Alta Dirección a evaluar el</p>

de llegar al nosocomio. Cuando se presenta una no conformidad en el manejo de pacientes no existe un plan de mejora o rectificación.	SGC con el objetivo de mejorar el servicio al usuario. Promueve objetivos orientados a la calidad del servicio entregado al cliente. Genera empoderamiento de los colaboradores para mejorar sus procesos.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dirección	
<p>Actualmente: Dirige de forma adecuada según los objetivos estratégicos. Realiza gestión para fortalecer el SEM. Brinda seguimiento de los casos escalados por los colaboradores que se encuentran directamente relacionados a la Alta Dirección. Carece de objetivos que velen por la calidad de servicios al usuario, clientes externos.</p>	<p>Al implementar el SGC: El SGC obliga a la Alta Dirección a tomar un perfil orientado a la mejora continua. Dar seguimiento a los planes de mejora que surjan de cualquier no conformidad que ponga en riesgo el SGC. Crea una cultura de 'Clima organizacional' en donde los colaboradores exteriorizan sus necesidades y dificultades. Fomenta la seguridad ocupacional. Contribuye al manejo y mitigación de los riesgos.</p>

Fortalecimiento del Activo Blando	
<p>Actualmente: Se brinda entrenamientos aislados a los colaboradores. No se posee un programa de crecimiento profesional. Ausencia de la 'Gestión del Conocimiento'.</p>	<p>Al implementar el SGC: Fortalece las habilidades de los colaboradores. Permite que los colaboradores tengan crecimiento laboral dentro de la institución. Transmite sistemáticamente el paso del conocimiento entre colaboradores. La curva de aprendizaje de nuevos elementos es más rápida. Posibilita a los colaboradores tomar empoderamiento basado en experiencia y aprendizaje.</p>

Medición	
<p>Actualmente: Existen objetivos e indicadores; pero no están orientados a salvaguardar la calidad en la cadena de valor. Esos indicadores son revisados anualmente, debido a que de ello dependen bonificaciones para cada colaborador.</p>	<p>Al implementar el SGC: Implica la creación de objetivos orientados al beneficio y requisitos que el usuario externo solicitan a la institución. Permite detectar las no conformidades por medio de la sistematización de los indicadores. Ayuda a reorientar desviaciones que surgen por las no conformidades. Establece un proceso cíclico de control y seguimiento de indicadores de calidad.</p>

Resultados basado en Análisis de Información	
<p>Actualmente: Se desarrollan registros estadísticos de salud destinados para análisis solicitados por los clientes externos. Carecen de análisis que contribuya a la Cultura de la Calidad.</p>	<p>Al implementar el SGC: Orienta el análisis de datos a fortalecer el SGC. Permite detectar comportamientos de los usuarios que contribuyan a mejorar la carta técnica de los servicios ofrecidos.</p>
Rectificar las no conformidades	
<p>Actualmente: No poseen.</p>	<p>Al implementar el SGC: Crea la gestión para el tratamiento de las no conformidades del SGC. Establecer planes de acción preventivos y correctivos con el objetivo de minimizar los errores humanos involuntarios.</p>

CAPITULO V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

1. La implementación de un SGC en el SEM, conlleva a mejoras en los procesos y cultiva la innovación en los colaboradores para la entrega de un buen servicio al usuario; Además, fomenta la mejora continua a través de la participación activa de los clientes internos/externos. Al mismo tiempo, eleva la imagen institucional con respecto al resto de entidades locales y de la región. Por tanto, la adopción de un modelo de calidad implica beneficios directos al SEM y a las partes interesadas.
2. Basado en los análisis y resultados de las evaluaciones efectuadas en el SEM por medio de entrevistas, encuestas, recolección de documentos oficiales; se observa que la institución posee una cultura de la calidad escasa. Por ello, la creación de la estructura documental bajo la norma ISO 9001:2015, es el inicio para mejorar los aspectos relacionados a la calidad del servicio al cliente, fortalecimiento del capital humano, mejoras en la infraestructura, robustecimiento de procesos, segregación de funciones, trazabilidad del servicio al usuario, manejo de las no conformidades por error humano.
3. En la parte financiera el SEM no cuenta con estados financieros donde se registre su situación, éste es administrado y consolidado por el nivel central del Ministerio de Salud, es decir que financiera y presupuestariamente el SEM no cuenta con registros de su actividad, limitando proyectos que benefician al servicio entregado al usuario y la sostenibilidad del SGC. Por lo anterior, es necesario que el SEM posea su independencia financiera, para la amplitud de sus servicios y la mejora continua.
4. El SEM no cuenta con un SGC implementado. Con relación a la evaluación ISO realizada en la institución, se identificó que actualmente solo cuenta con el 18.6% (130 de 700 puntos) de cumplimiento de la totalidad de los requisitos de la norma ISO 9001:2015; su fortaleza está en el liderazgo con el resultado más alto, éste requisito es importante porque es la base para impulsar y facilitar la implementación del SGC; por otro lado, los principios con menor valor porcentual (Operación y Mejora) guardan una relación entre sí, producto de la ausencia de actividades destinadas a la mejora continua. Basado en estos resultados, se establece que el SEM se encuentra en una fase inicial de implementación y se denota los esfuerzos de la institución al presentar porcentajes de avance en cada uno de los capítulos de la norma.

5. Después de realizado el análisis sobre el índice de satisfacción de los clientes internos y externos se determinó que el SEM cuenta con un ISC general de un 69.28% el cual indica que existen puntos de mejora para la institución. Por tanto, la promoción de su marca, el mejorar las relaciones interinstitucionales y mejorar el ambiente laboral son los esfuerzos que tiene como reto el SEM para disminuir la brecha del ISC.
6. Tomando como referencia los análisis de resultados del SERVQUAL y la auto-evaluación ISO 9001:2015; se encontró que existen componentes en los colaboradores del SEM que limitan el buen servicio entregado al cliente. Estos factores se enfocan en la comunicación, apoyo y compromiso entre unidades y la Alta Dirección; específicamente los colaboradores indican: carga laboral pesada, favoritismos, falta de apoyo en capacitaciones técnicas y ausencia de sesiones psicológicas al CCSEM. Por tanto, el estudio denota algunas barreras internas que afectan la calidad y compromiso entregado al cliente; las cuales pueden convertirse en no conformidades ante la evaluación de la norma.

5.2 Recomendaciones

1. En relación a la norma ISO, se recomienda disminuir la brecha entre la situación actual del SEM y la norma ISO 9001:2015 mediante el cumplimiento de los requisitos, registros, información documentada, así como, fomentar la participación activa de los clientes internos/externos para la satisfacción de sus requerimientos y de las partes interesadas.
2. Sobre la cultura de la calidad, se recomienda dirigir esfuerzos para promoverla en todos los colaboradores; debido a que es el punto medular de la mejora continua. Es además, la forma en que la institución podrá dirigirse hacia su desarrollo con beneficios directos al SEM y a las partes interesadas.
3. Del análisis financiero, se recomienda seguir gestionando con el MINSAL la creación de su propia Unidad Presupuestaria lo que le daría más control de sus finanzas y en su autonomía para el beneficio de proyectos orientados a la calidad y mejora continua.
4. En cuanto a su ISC, se recomienda al SEM mejorar la promoción de su marca, las relaciones interinstitucionales y el ambiente laboral como reto para disminuir la brecha existente. En relación al ISC de los colaboradores, se recomienda dirigir esfuerzos para mejorar la comunicación, el apoyo y el compromiso.

5. En general, se recomienda al SEM implementar la Propuesta de mejora estratégica sugerida por los investigadores, que indica los pasos a seguir y que le permitirá tomar acciones específicas para la implementación del SGC.

Bibliografía

La Reforma de Salud En El Salvador (2009): Organización Panamericana de la Salud (2013) http://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=644:documentos-reforma-salud-salvador-2009-2012

Reforma de Salud (Versión Popular): Organización Panamericana de la Salud (2013) http://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=644:documentos-reforma-salud-salvador-2009-2012

Diario Oficial de El Salvador, Tomo N° 401, San Salvador, Viernes 25 de Octubre de 2013, Numero 199, Decreto No. 158.- Creación del Sistema de Emergencias Médica: Imprenta Nacional (2016) <http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-2013/10-octubre/25-10-2013.pdf>

Instituto del Modelo Europeo de Excelencia Empresarial: Avenue des Olympiades 2, 5th Floor B - 1140 Brussels, Belgium. <http://www.efqm.org/>

Fundación del Premio Malcom Balbrige, NIST/BPEP 100 Bureau Drive, M/S 1020 Gaithersburg, MD 20899-1020, USA. <https://www.nist.gov>

Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses, Odakyu Daiichiseimei Building(4F) 2-7-1, Nishishinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 163-0704, JAPAN. <http://www.juse.or.jp/english>

Joint Commission, The Joint Commission One Renaissance Blvd. Oakbrook Terrace, IL 60181. https://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaq.aspx

S.O.S Ambulancias Puebla A.C., Necaxa No.12, entre Tehuacan Sur y Av. 15 Poniente, Colonia La Paz, Puebla, México. <http://www.sosambulancias.mx>

Manual de Organización y Funciones de la Dirección de Emergencias Médicas (2015), San Salvador, El Salvador, Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas Sectoriales. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Dirección de Emergencias Médicas.

Informe de estudios de Recopilación de Información sobre Emergencias Médicas y de Desastres (2014), Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), Dirección de Emergencias Médicas, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República de El Salvador.

Guía para la aplicación de UNE-EN ISO 9001:2015, Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR 2015), José Antonio Gómez Martínez.

Guía de Transición 9001 - Pasando de ISO 9001:2008 a ISO 9001:2015, el nuevo estándar internacional para los sistemas de gestión de la calidad, BSIGROUP

Modelos de calidad aplicados a la atención primaria, (2005), España.

Estudio de Organización, Coordinación y Marco Legal en los Servicios de Urgencias, Universidad de Barcelona España.

Procedimientos de Emergencias Médicas SEMES: Centro Coordinador Urgencias Médicas – Estructura y Funciones, F.E. Hermoso Gadeo y J.R. Aguilar Reguero.

SERVQUAL: A Multiple- Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality: Parasuraman, A, Ziethaml, V. and Berry, L.L., Vo. 62, no. 1, 1988

Investigación: Historia de la Atención Pre-hospitalaria en Colombia, Katerin Ramos, Santiago Quinteros, Sergio Gómez. Medellín, Colombia. Enero 2016.

Tesis: Estructura Documentas de un Sistema de Gestión de Calidad Bajo la Norma ISO 9001:2008 para el Proceso de Transferencias de Fondos al Exterior del Banco Central de Reserva de El Salvador, Adonay Fuentes Martel y Lorena Guadalupe Arévalo de Fuentes. Octubre 2014.

Anexos

Anexo 1. Versión popular y versión oficial de la Reforma de Salud.

EJE 2

SISTEMA NACIONAL DE EMERGENCIAS MÉDICAS



¿Y cuál es el Eje 2 Remedios?
¿Así se dice?

Sí, el segundo es el Sistema Nacional de Emergencias Médicas o SEM.

A ver cuénteme.

El Sistema Nacional de Emergencias Médicas atenderá en las emergencias, de forma rápida, cuando se le necesita.

¿Y si tengo una emergencia un sábado o un domingo me ayudarán?

Claro que sí... el SEM incluirá las 24 horas y los 365 días del año.

¿Y a ver explíqueme cómo harán eso?



Bueno, cuando tengas una emergencia, el primer paso es hacer una llamada al 911, en donde te dirán qué hacer mientras llega la ambulancia con socorristas entrenados y si es necesario te llevarán a un Hospital.

¿Y eso lo puede hacer sin ayuda al Ministerio de Salud?

Clinica



No, necesita trabajar de la mano con la Fuerza Armada, la PNC, los Comandos de Salvamento y la Cruz Roja para que todos participemos en construir un SEM más fuerte y eficiente. Comenzaremos este 2012 en San Salvador y poco a poco iremos cubriendo todo el territorio.

Y EN RESUMEN

La misión del SEM es proteger a los salvadoreños en casos de accidentes de tránsito, desastres socio-naturales y emergencias como: embarazos, infartos, problemas de los pulmones y otros que sean de gravedad.

Extracto de la Reforma de Salud 2009 en versión popular



DIARIO OFICIAL



DIRECTOR: *Edgard Antonio Mendoza Castro*

TOMO N° 401

SAN SALVADOR, VIERNES 25 DE OCTUBRE DE 2013

NUMERO 199

La Dirección de la Imprenta Nacional hace del conocimiento que toda publicación en el Diario Oficial se procesa por transcripción directa y fiel del original, por consiguiente la institución no se hace responsable por transcripciones cuyos originales lleguen en forma ilegible y/o defectuosa y son de exclusiva responsabilidad de la persona o institución que los presentó. (Arts. 21, 22 y 23 Reglamento de la Imprenta Nacional).

SUMARIO

ORGANO LEGISLATIVO

Decreto No. 512.- Prórroga por dos años más lo establecido en el Decreto Legislativo No. 150, de fecha 2 de octubre de 2003, por medio del cual se declaró exentas de pago de impuestos, las presentaciones que realicen conjuntos musicales y artistas salvadoreños en sus diferentes especialidades. 5-6

ORGANO EJECUTIVO

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

Decretos Nos. 108, 189, 190, 191 y 192.- Se reconocen a Embajadores Extraordinarios y Plenipotenciarios de las Repúblicas de Corea, Guatemala y Cuba, y de la Unión Europea e Irlanda. 6-9

MINISTERIO DE GOBERNACIÓN

RAMO DE GOBERNACIÓN

Estatutos de la Iglesia Betania Discípulos de Jesús y Acuerdo Ejecutivo No. 254, aprobándolos y confirmando el carácter de persona jurídica. 10-13

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

RAMO DE EDUCACIÓN

Acuerdos Nos. 15-1000, 15-1165 y 15-1616.- Reconocimiento de estudios académicos. 14-15

Pág.

Acuerdos Nos. 15-1036, 15-1037, 15-1038, 15-1039, 15-1040, 15-1135 y 15-1136.- Ampliación de servicios en diferentes centros educativos oficiales. 15-20

MINISTERIO DE LA DEFENSA NACIONAL

RAMO DE LA DEFENSA NACIONAL

Acuerdo No. 127.- Se asigna montepío militar a favor de la señora Rosa Aguilón de Tejada. 21

Acuerdo No. 128.- Se asimila al grado de Capitán al Doctor Carlos Godofredo Escobar Rivera. 22

MINISTERIO DE SALUD

Decreto No. 158.- Creación del Sistema de Emergencias Médicas. 23-24

ORGANO JUDICIAL

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

Acuerdo No. 1817-D.- Se autoriza a la Licenciada Nancy Carolina Cordero Martínez, para que ejerza las funciones de notario. 25

Acuerdo No. 1063-D.- Se autoriza a la Licenciada Nancy del Carmen Ramírez de Díaz, para que ejerza la profesión de abogado en todas sus ramas. 25

MINISTERIO DE SALUD

DECRETO No.158.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR,

CONSIDERANDO:

- I. Que la Constitución de la República en su Art. 65, establece que la salud de los habitantes del país constituye un bien público y que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento;
- II. Que de conformidad con los Arts. 58 del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo; 41, numerales 1) y 2) del Código de Salud, el Ministerio de Salud, como responsable de la política gubernamental en materia de Salud, debe establecer y mantener coordinación con otras instituciones, a efecto de realizar acciones para prevenir, controlar y erradicar los factores de riesgo contra la salud de los habitantes de nuestro país;
- III. Que la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud, en sus Arts. 1 y 2, hace referencia a los miembros de la administración pública, colaboradores y otras que sean creadas en el proceso de Reforma Integral del Sector Salud o en el futuro, los cuales tendrán como finalidad elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población, sin vulneración a la independencia y autonomía de los miembros que integran el Sistema en mención;
- IV. Que asimismo, en el Art. 4, letra g) del Reglamento de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud, se establece que sin perjuicio de las funciones que establezcan sus propios cuerpos normativos, las instituciones del Sistema establecerán las directrices para la conformación de un sistema para la atención de emergencias médicas en todo el territorio nacional;
- V. Que el documento: Estrategias y Recomendaciones en Salud 2009-2014, "Construyendo la Esperanza", que contiene la Política Nacional de Salud 2009-2014, publicado en el Diario Oficial No. 33, Tomo No. 386, de fecha 17 de febrero de 2010, que establece la Estrategia número 13: Reducción del Impacto de Emergencias y Desastres y la Línea de Acción 13.3: Establecer un sistema eficiente de atención a las emergencias en todos los niveles de atención; se constituye en la base para la implementación de un Sistema de Emergencias Médicas; y,
- VI. Que ante los factores de riesgo que amenazan la salud pública y la alta frecuencia de las emergencias sanitarias en el territorio nacional, es necesario configurar un sistema que involucre a diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales, fortaleciendo la participación interinstitucional e intersectorial y que cuente con la efectiva rectoría del Ministerio de Salud.

POR TANTO,

en uso de sus facultades constitucionales,

DECRETA:

CREACIÓN DEL SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS.

Art. 1.- Créase el Sistema de Emergencias Médicas, en adelante "SEM", como un organismo de coordinación interinstitucional e intersectorial, que para el logro de sus objetivos, obliga la participación de todos los organismos pertenecientes y adscritos al Órgano Ejecutivo, con la rectoría del titular del Ministerio de Salud, en los términos que este Decreto disponga.

Art. 2.- El SEM será abordado con el enfoque de la participación interinstitucional y la colaboración intersectorial de manera permanente y efectiva, en este caso, en el ámbito de las emergencias médicas.

Art. 3.- El SEM tiene como finalidad coordinar con las instituciones que lo conforman, la disminución de la mortalidad y las secuelas que derivan de situaciones que atentan contra la vida de las personas, así como el enseñar a salvar vidas, a través de la capacitación comunitaria, desde el Primer Nivel de Atención.

Art. 4.- El SEM desarrollará las siguientes acciones:

- a. Integrar la Intersectorialidad desde la macro hasta la micro gestión.
- b. Atención Hospitalaria dentro de las Redes Integrales e Integradas de los Servicios de Salud.
- c. Atención Pre hospitalaria con una red de ambulancias, bajo la regulación de un Centro Coordinador.
- d. Desarrollar el recurso humano en la atención y la especialidad de emergencias médicas.
- e. Orientar a la comunidad en el adecuado uso de los servicios de salud.

Art. 5.- El SEM, para su coordinación y funcionamiento, estará organizado de la siguiente manera:

- a. Un Consejo Directivo, llamado Consejo Nacional del Sistema de Emergencias Médicas, en adelante "CONASEM".
- b. Un Comité Técnico, llamado Comité Técnico del Sistema de Emergencias Médicas, en adelante "COTSEM".

Art. 6.- El CONASEM estará integrado por los titulares de las siguientes instituciones:

- a) Ministerio de Gobernación,
- b) Ministerio de la Defensa Nacional,
- c) Ministerio de Salud, cuyo titular presidirá el CONASEM,
- d) Instituto Salvadoreño del Seguro Social,
- e) Fondo Solidario para la Salud,
- f) Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial,
- g) Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral,
- h) Dirección General de la Policía Nacional Civil,
- i) Secretaría para Asuntos de Vulnerabilidad.

Art. 7.- Para efectos de conducir y coordinar las sesiones, el presidente del CONASEM tendrá las siguientes funciones:

- a) Presidir el Consejo,
- b) Conducir y coordinar la participación de los integrantes del CONASEM,
- c) Comunicar al COTSEM los acuerdos que emanen del Consejo, para su ejecución,
- d) Elaborar la propuesta de agenda de las sesiones del Consejo y ordenar las convocatorias correspondientes, debiendo incluir los puntos propuestos por los distintos miembros, cuando estos lo soliciten,
- e) Proponer al CONASEM, la conformación de Comisiones de Trabajo y la asignación de misiones específicas para el cumplimiento de las atribuciones y el desarrollo de las funciones asignadas.

Art. 8.- El CONASEM tendrá las siguientes atribuciones y obligaciones:

- a) La integración interinstitucional e intersectorial que sustente el accionar del SEM, a través de la coordinación de los recursos disponibles de cada uno de los integrantes, para lo cual, podrá invitar a todos los miembros pertenecientes y adscritos al Órgano Ejecutivo que considere necesario, así como a otros órganos del Estado, instituciones oficiales, autónomas e incluso miembros de la sociedad civil organizada, para alcanzar los objetivos del SEM.
- b) Elaborar propuesta de instrumentos técnicos jurídicos, para el funcionamiento del Sistema de Emergencias Médicas y someterlo a conocimiento del Ministerio de Salud, para los efectos pertinentes.

- c) Elaborar y aprobar el Plan Nacional de Capacitaciones del SEM, con enfoque desde la comunidad.
- d) Crear mecanismos de vigilancia, control y monitoreo para el cumplimiento de la Política Nacional de Salud, en lo referente al Sistema de Emergencias Médicas.
- e) Manifiestar su opinión acerca de los diferentes proyectos o acciones que sobre las emergencias médicas se intente proponer, para el apoyo de la cooperación internacional, de manera que se asegure la coherencia y unidad de dichos proyectos o acciones, evitando la duplicidad de esfuerzos y propiciando así la optimización de recursos, tanto nacionales como internacionales.
- f) Proponer convenios con organismos afines, tanto nacionales como internacionales, que fortalezcan al SEM, para ser suscritos por el titular del Ministerio de Salud.
- g) Establecer programas de divulgación, capacitación, educación y comunicación acerca de la prevención de las Emergencias Médicas.
- h) Identificar y proponer al Consejo Directivo, otras instituciones gubernamentales, para que sean parte integrante del COTSEM.
- i) Invitar a otras instituciones u organizaciones de la sociedad civil a formar parte del COTSEM.
- j) Rendir un informe público anual sobre el cumplimiento de sus atribuciones y sobre la aplicación de la Política Nacional de Salud, referente al ámbito del Sistema de Emergencias Médicas.

Art. 9.- El CONASEM sesionará ordinariamente cada tres meses y de manera extraordinaria, tantas veces como sea necesario, por convocatoria del titular del Ministerio de Salud, o por petición de tres o más miembros. Tendrá su sede en la ciudad de San Salvador.

Para cada sesión del Consejo, se llevará un registro de la asistencia de sus miembros. Cuando un miembro del Consejo no pueda asistir, deberá comunicarlo previamente a la Presidencia.

Art. 10.- El COTSEM estará integrado por un representante de cada una de las instituciones, miembros del CONASEM y los de Cruz Roja Salvadoreña, Asociación de Comandos de Salvamento, Guardavidas Independientes de El Salvador, Cruz Verde Salvadoreña y Bomberos de El Salvador.

Cuando los miembros del COTSEM lo consideren pertinente, propondrán al CONASEM la integración a dicho Comité de organizaciones de la sociedad civil que por su naturaleza se consideren relacionadas a dicho Comité Técnico.

Las instituciones que integran el CONASEM, serán responsables de hacer cumplir las decisiones tomadas en el seno del Consejo, a través de la operativización en el COTSEM, referente a la integración de recursos y a la coordinación de la atención que se prestará a la población en las emergencias médicas.

Art. 11.- Las instituciones integradas al SEM velarán por delegar su representación en el COTSEM, a personas con la capacidad técnica que estén involucradas directamente con las emergencias médicas, asegurando además la presencia, continuidad y permanencia necesaria en las sesiones para no afectar el funcionamiento del Comité.

El COTSEM será coordinado por el delegado del Ministerio de Salud. Sus miembros sesionarán ordinariamente cada quince días y extraordinariamente, cuando así lo acuerden o las veces que sea necesario.

Art. 12.- Todos los aspectos no previstos en el presente Decreto, serán resueltos o solucionados por el CONASEM.

Art. 13.- El presente Decreto entrará en vigencia a partir del día de su publicación en el Diario Oficial.

DADO EN CASA PRESIDENCIAL: San Salvador, a los cuatro días del mes de septiembre de dos mil trece.

CARLOS MAURICIO FUNES CARTAGENA,
PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA.

MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ VDA. DE SUTTER,
MINISTRA DE SALUD.

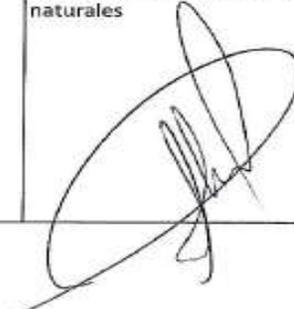
Anexo 2. Formulario de recolección de datos para la definición del problema usado en la entrevista.



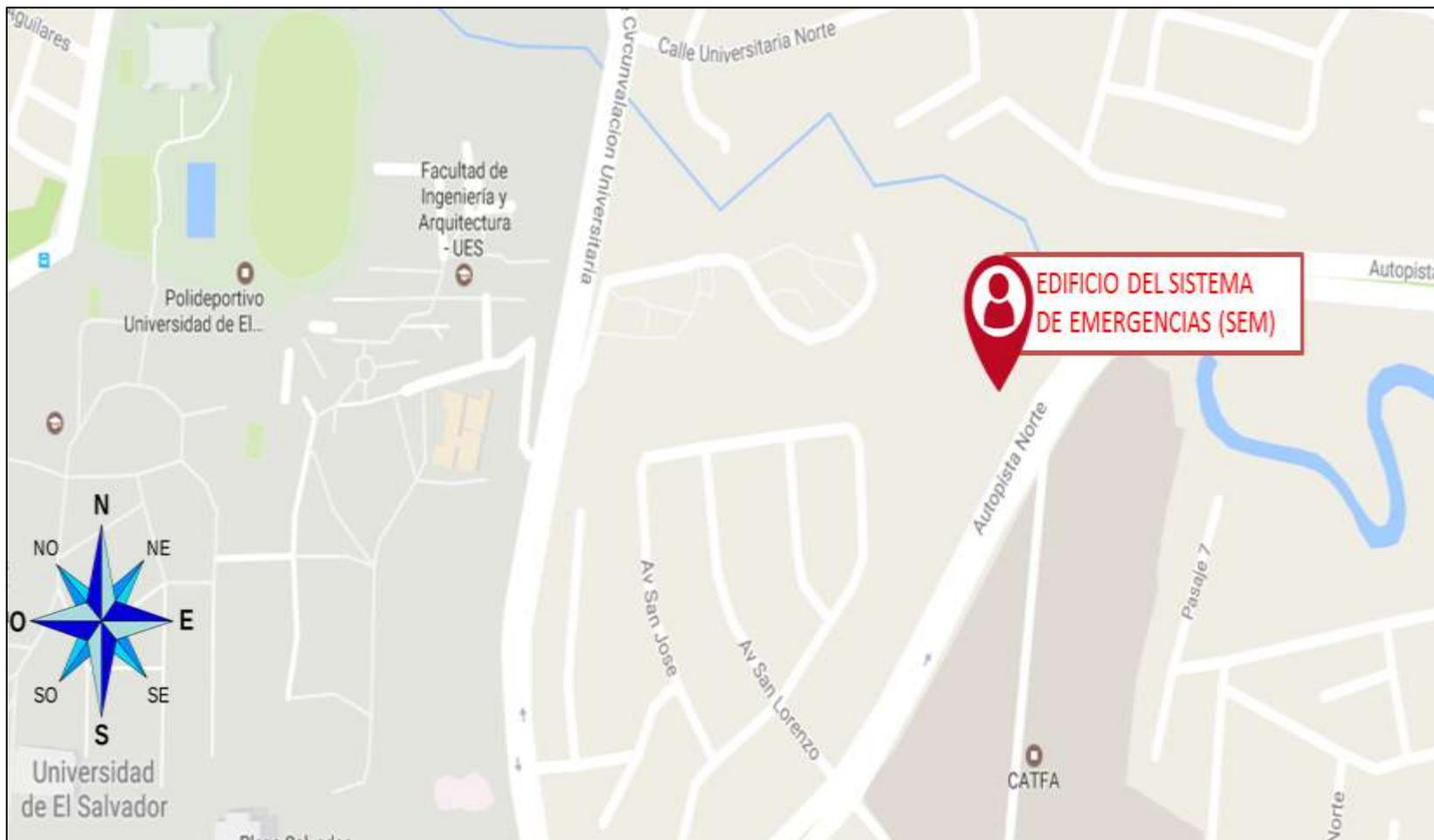
Formulario: Arbol de Problemas
 Instituto: Sistema de Emergencias Médicas
 Proyecto: Consultoría Sobre la Reestructuración Documental Bajo la Norma ISO 9001:2015
 para El Sistema de Emergencias Médicas (SEM), Ministerio de Salud, San Salvador.



CAUSAS	PROBLEMA	EFECTOS
<p>Creación del SEM es muy reciente y de limitada autonomía.</p> <p>Las regulaciones y legislaciones limitan su radio de acción.</p> <p>Presupuesto limitado.</p> <p>Poco Personal técnico impide cubrir adecuadamente la atención en llamadas.</p> <p>Escasos indicadores de rendimientos en el servicio.</p> <p>Escasez de simulacros y planes de contingencia.</p> <p>Poco entrenamiento especializado o preparatorio para el personal técnico.</p> <p>Ausencia de ayuda psicológica ante eventos que afectan la estabilidad emocional del personal técnico.</p> <p>Inseguridad social afecta el despliegue oportuno de las unidades.</p>	<p>Desconocimiento de la calidad del servicio entregado al ciudadano/cliente en el Centro de Operaciones del SEM.</p>	<p>Indecisión del personal técnico, en el manejo en las llamadas por emergencias o urgencias.</p> <p>Mal manejo en la asistencia de la llamada, puede ser mortal para el ciudadano/cliente.</p> <p>Afectación en el tiempo de respuesta al ciudadano/cliente.</p> <p>Desconocimiento de terminología técnica al elaborar los informes de las condiciones de los ciudadanos/cliente.</p> <p>Afectación emocional al personal técnico, puede ser contraproducente en la asistencia de las emergencias y urgencias.</p> <p>Incremento de llamadas no atendidas pueden aumentar indicadores de mortalidad en el servicio de emergencias médicas.</p> <p>Colapso del servicio ante eventos de desastres naturales</p>




Anexo 3. Mapa de las instalaciones del SEM.



Anexo 4. Encuestas

Encuesta Interna (ISC-Interna)

ENCUESTA SOBRE EL INDICE DE SATISFACCION DEL CLIENTE (ISC) SEM 2017 Cuestionario ISC-SEM-01 de Calidad en el Servicio



Con el propósito de mejorar nuestros servicios y evaluar la capacidad para conseguir la satisfacción del cliente, le solicitamos nos ayude en llenar esta encuesta; la cual le tomará no más de 15 minutos en completarla.

Recuerde, no hay respuestas correctas o incorrectas, únicamente nos interesa conocer su opinión acerca de estos aspectos.

Le agradecemos su participación y le garantizamos que las respuestas serán manejadas confidencialmente, y con base en éstas se presentará un informe general a todos los colaboradores del SEM, con el fin único de tomar acciones que incrementen la calidad de nuestros servicios.

Favor seleccionar la mejor opción sobre cada pregunta basado en su percepción y le solicitamos no dejar preguntas sin contestar.

Términos considerados en la encuesta:

Cliente interno: Miembro de la Institución, que recibe el resultado o información que se genera en tu unidad/departamento/coordinación/area.

Ejemplo: *Pertenezco a la unidad de IT y mis clientes internos son todos los compañeros a quienes les brindo asistencias o reportes relacionados a la informática.*

Cliente externo: Entidad ajena a la institución y que recibe información del SEM.

Ejemplo: *El Medico Coordinador de Estadísticas brinda el "Reportes de Asistencias" de forma semanal a sus clientes externos del área epidemiológica del Ministerio de Salud y Despachos del V*

Seleccione el Departamento/Unidad/Coordinación a la que pertenece: **Unidad de Atención Hospitalaria**

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	No sé, No tengo opinión	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
CONOCEMOS A NUESTROS CLIENTES					
IECC01 ¿Tu cliente interno evalúa el trabajo que tu unidad desarrolla para la institución de tu Departamento/Unidad/Coordinación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IECC02 ¿En tu departamento las opiniones o quejas de tus clientes internos son tomadas en cuenta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IECC03 ¿La jefatura conversa con sus clientes internos sobre las mejoras, opiniones o problemas que recaen sobre tu departamento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IECC04 ¿Tu jefe confía en tus conocimientos para buscar soluciones a algunos problemas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IECC05 ¿Tu jefatura realiza reuniones periódicas (semanales, quincenales, mensuales) para discutir sobre avances, apoyo y problemas que afronta tu departamento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	No sé, No tengo opinión	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
COMPROMETIDOS CON LA SATISFACCION DEL CLIENTE					
IESC06 ¿Se cuenta con los recursos necesarios para dar un buen servicio a clientes internos en tu departamento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IESC07 ¿Tu departamento cuenta con un 'programa de mejora de servicios' para clientes internos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IECC08 ¿Anualmente dentro del departamento al que perteneces se elabora algún objetivo específico orientado a los clientes internos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IESC09 ¿El equipo informático y de oficina que utilizas es el adecuado/moderno, para brindar un mejor servicio a los clientes internos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IESC10 ¿En el departamento al que perteneces realizan esfuerzos en mejorar procedimientos para servir mejor a los clientes internos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	No sé, No tengo opinión	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
AMBIENTE LABORAL (PARTE I)					
IEAL11 ¿En el departamento te sientes que eres parte de un equipo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IESC12 ¿Tu jefatura exalta ante su equipo de trabajo, el esfuerzo y buen servicio que brinda alguno de sus colaboradores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEAL13 ¿Te sientes responsable de ayudar a que tus compañeros realicen adecuadamente su trabajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IESC14 ¿Los clientes internos valoran la información y trabajo brindado por el departamento al cual perteneces?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEAL15 ¿Cuándo existe alguna oportunidad cooperas voluntariamente en tareas ajenas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	No sé, No tengo opinión	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
AMBIENTE LABORAL (PARTE II)					
IEAL16 ¿Sientes que eres un miembro importante en tu equipo de trabajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEAL17 ¿Te encuentras cómodo en el puesto de trabajo; por que tienes suficiente experiencia en realizarlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEAL18 ¿En el departamento que laboras, el personal está calificado para realizar adecuadamente el trabajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEAL19 ¿Crees que con tu trabajo, ayudas a que los clientes externos, estén satisfechos con los servicios que la institución brinda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEAL20 ¿Recibes normalmente por canales oficiales (boletines, email, intranet, entre otros) información del que hacer institucional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	No sé, No tengo opinión	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
AMBIENTE LABORAL (PARTE III)					
¿Tu jefatura y/o sus colaboradores se trazan objetivos para servir eficazmente al cliente externo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEAL21 externo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IESC22 ¿La alta dirección está comprometida con la satisfacción del cliente externo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEAL23 ¿Recibes suficiente información sobre lo que se supone debes hacer en tu trabajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IESC12: ¿Conoces la misión, visión, objetivos y valores institucionales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Reconoces que tienes los entrenamientos necesarios o competencias para realizar adecuadamente tu trabajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEAL25	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La institución está comprometida con un plan de desarrollo y crecimiento profesional para sus colaboradores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEAL26	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEAL27 ¿La alta dirección invierte en capacitaciones que contribuyen a tu buen desempeño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Crees que la evaluación de desempeño es usada para fines positivos de mejora personal/profesional/institucional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEAL28	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Las evaluaciones de desempeño miden la convivencia y armonía entre tu y los demás empleados de la institución?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEAL29	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para concluir se le presenta preguntas abiertas, favor indicarnos su respuesta de manera sencilla y directa. No se preocupe en escribir de forma continua sobre la celda.

IEGR30. ¿Según tu percepción puedes identificar y enumerar en que se está fallando como institución, gerencia, coordinación o equipo de trabajo?

IEGR31. ¿Tienes alguna recomendación que pueda contribuir a mejorar el servicio al cliente interno y externo?

IEGR32. ¿De 1 a 10, que nota le pondrías al servicio que la institución brinda al ciudadano? ¿Por qué le darías esa nota?

IEGR33. ¿De 1 a 10, que nota le pondrías al servicio que tu Departamento/Unidad/Coordinación brinda al cliente interno? ¿Por qué le darías esa nota?

Encuesta Externa (ISC-Externa)

ENCUESTA SOBRE EL INDICE DE SATISFACCION DEL CLIENTE EXTERNO (ISC) SEM 2017 Cuestionario ISC-SEM-02 de Calidad en el Servicio



Con el propósito de mejorar nuestros servicios y evaluar la capacidad para conseguir la satisfacción del cliente, le solicitamos nos ayude en llenar esta encuesta; la cual le tomará alrededor de 15 minutos en completarla.

Recuerde, no hay respuestas correctas o incorrectas, únicamente nos interesa conocer su opinión acerca de estos aspectos.

Le agradecemos su participación y le garantizamos que sus respuestas serán manejadas con objetividad; y con base en éstas nos ayudará a identificar puntos de mejora en nuestros servicios.

Favor seleccionar la mejor opción sobre cada pregunta basado en su percepción y le solicitamos no dejar preguntas sin contestar.

Indicarnos la Institución a la que pertenece:

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	No sé, No tengo opinión	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
ELEMENTOS TANGIBLES					
EE1 Cuando ha visitado al SEM, ¿La apariencia de las instalaciones son de su agrado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EE2 Según su opinión, ¿El SEM tiene canales de comunicación adecuados para resolver sus inquietudes, sugerencias o quejas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EE3 ¿Considera que el SEM posee diversos medios de comunicación (sitio Web, redes sociales, entre otros), los cuales son de gran utilidad y apoyo a la ciudadanía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EE4 Acerca de las ambulancias del SEM, ¿Son suficientes para que el ciudadano tenga un buen servicio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EE5 ¿Las ambulancias SEM se encuentran en óptimas condiciones para brindar un buen servicio al ciudadano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	No sé, No tengo opinión	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
CREDIBILIDAD (FIABILIDAD)					
EE6 ¿Las solicitudes o requerimientos que usted pide al SEM son atendidas en el momento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EE7 ¿El SEM se interesa por solucionar las solicitudes o requerimientos de sus clientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EE8 ¿Considera usted que las resoluciones que le brinda el SEM a sus solicitudes o requerimientos, son entregadas sin equivocación (es lo que usted esperaba recibir)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EE9 Con respecto al servicio del ciudadano, ¿El SEM brinda un servicio de calidad adecuado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EE10 En su opinión, ¿El SEM está preparado para brindar servicio ante una emergencia nacional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	No sé, No tengo opinión	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
CAPACIDAD DE RESPUESTA					
EE11 ¿El SEM está dispuesto a ayudarle ante sus requerimientos, quejas o solicitudes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EE12 ¿Estima usted que el tiempo de respuesta a sus requerimientos, quejas o solicitudes es razonable?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EE13 ¿Usted se siente seguro de una pronta respuesta al solicitar algún requerimiento o solicitud al SEM?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EE14 ¿Desde su punto de vista, el SEM y su servicio de atención médica prehospitalaria y hospitalaria es conocido por la ciudadanía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EE15 ¿Considera usted que el SEM realiza un buen manejo de las emergencias médicas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	No sé, No tengo opinión	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
SEGURIDAD Y ATENCION					
EE16 Según su punto de vista, ¿El Centro Coordinador SEM responde de forma respetuosa a las llamadas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EE17 Bajo su percepción ¿El SEM actúa de forma transparente y honesta en sus funciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EE18 ¿Los colaboradores del CCSEM tienen los conocimientos suficientes para responder ante una emergencia médica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EE19 ¿De acuerdo a su opinión, los colaboradores del Centro Coordinador SEM pueden controlar la situación de las llamadas de forma segura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EE20 Basado en su conocimiento ¿El SEM realiza un buen manejo hospitalario entre el ciudadano y los hospitales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	No sé, No tengo opinión	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
EMPATIA					
Según su opinión ¿El Centro Coordinador SEM transmite confianza a los ciudadanos ante una emergencia o urgencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Basado en sus necesidades con respecto al SEM, ¿Se siente satisfecho con el servicio que se le brinda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bajo su punto de vista, ¿Usted podría decir que los ciudadanos se sienten satisfechos con el servicio que el SEM brinda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El Centro Coordinador SEM realiza una buena coordinación de las unidades médicas en el momento de presentarse una emergencia médica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Basado en su conocimiento el SEM realiza un buen manejo prehospitalario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para concluir se le presentan preguntas abiertas, favor indicarnos su respuesta de manera sencilla y directa. Puede escribir de forma continua sobre la celda.

EEGR26. ¿Qué aspectos positivos observa en el servicio que el SEM brinda?

EEGR27. ¿Qué fallas usted identifica en el servicio que brinda el SEM?

EEGR28. ¿De 1 a 10, que nota le pondría al servicio que la institución brinda al ciudadano? ¿Por qué le daría esa nota?

EEGR29. ¿De 1 a 10, que nota le pondría al servicio que el SEM le brinda a la institución que usted representa? ¿Por qué le daría esa nota?

EEGR30. Según su opinión, ¿Cómo podría el SEM mejorar su servicio a la ciudadanía y a la institución que usted representa?

Encuesta Ciudadano (ISC-Ciudadano)

ENCUESTA SOBRE EL INDICE DE SATISFACCION DEL CLIENTE CIUDADANO (ISC) SEM 2017
Cuestionario ISC-SEM-03 de Calidad en el Servicio



Buenos(as) (días, tardes, noches) le llamamos del **132 - Sistema de Emergencias Médicas (SEM)**, para conocer su experiencia con la ayuda brindada el pasado **XXXXXXX**, según la emergencia reportada con la persona **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** de **XXXXX** de edad; quien presentó el siguiente (**problema/síntoma/evento**): **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**.

Le agradecemos 4 minutos de su tiempo para contestar la siguiente encuesta con el objetivo de mejorar nuestros servicios.

1) ¿Cuando realizó la llamada al 132 del Sistema de Emergencias Médicas; el tiempo de espera fue rápido?

2) ¿En el momento de su llamada, la persona que le atendió fue muy amable?

3) ¿La persona que le atendió la llamada le brindo instrucciones adecuadas según el incidente?

4) ¿La llegada de la ambulancia al sitio del incidente fue muy rápida?

5) ¿Considera usted, que el trato recibido por parte del personal de la ambulancia fue el adecuado?

6) Según su punto de vista, ¿la ambulancia que transporte al paciente se encontraba en optimas condiciones?

7) ¿La limpieza e higiene de la ambulancia y del personal eran adecuados?

8) Si se diera otra situación de emergencia ¿Usted utilizaría nuevamente el 132 del Sistema de Emergencias Médicas?

9) ¿Recomendaría a las personas el uso de nuestros servicios?

10) ¿Considera que el Sistema de Emergencias Médicas brinda un buen servicio a los salvadoreños?

Anexo 5. Respuestas a preguntas abierta de las encuestas ISC-Internas y Externas.

Nota importante: Las respuestas se presentan textualmente pese a la redacción y errores gramaticales; esto con el propósito de no alterar los comentarios naturales de los encuestados.

PREGUNTAS ABIERTAS DEL ISC-INTERNO
IEGR30. ¿Según tu percepción puedes identificar y enumerar en que se está fallando como institución, gerencia, coordinación o equipo de trabajo?
todo esta bien.
Como institución se falla en no tomar las riendas de la coordinación de servicios prehospitalarios del país. Como gerencia se falla en no conocer cuales son los procedimientos, procesos y habilidades necesarias para poder hacer el trabajo dia con dia. Como coordinacion se falla en no tener suficiente tiempo para desarrollar actividades en pro del desarrollo profesional del personal. Como equipo de trabajo se falla en no consultar los manuales de procesos para poder dar una mejor atención (mas eficiente) a la población, no hay sentido de pertenencia a la institución.
(NO OPINO)
(NO OPINO)
MEJOR PUNTUALIDAD A LAS LABORES
No son tomadas en cuenta las pocas veces que logramos dar opiniones y generalmente no nos permiten opinar.
NO SE CUENTA CON SALUD OCUPACIONAL SE DEBE REFORZAR LA ATENCION AL CLIENTE TOMAR EN CUENTA EL ESTRES EN EL AREA LABORAL
No se muestran avances en el desarrollo de la legislación (ley de atención prehospitalaria) que debe respaldar el desarrollo a largo plazo del SEM y las potestades del CCSEM para coordinar todo el sistema
(NO OPINO)
falta de equipo para cubrir las demandas de la poblacion. mayor comunicacion institucional entre direcciones
En la eficacia para resolver problemas internos.
1. NO SE TRABAJA EN EQUIPO. 2. EXISTEN PREFERENCIAS EN EL PERSONAL 3. EXISTEN PERSONAS QUE HABLKAN MAL DE OTRA.
POCAS CAPACITACIONES POCO PERSONAL
La falta de ayuda psicológica para el personal.
Hace falta una mejor definición de las metas y del compromiso en lograrlas por parte de cada responsable.
1. seguimiento de procesos
(NO OPINO)
los horarios de trabajo para personal sel ccsem

7 SE REALIZAN DEMASIADAS HORAS
Operadores que se han vuelto apáticos a su trabajo. Operadores que son impuntuales TODO EL TIEMPO y no se presentan a reuniones administrativas (casi siempre tienen una excusa) Falta de intervención del jefe inmediato en resolver algunos conflictos internos Operadores que se quejan que hay favoritismo de parte del jefe inmediato hacia algunos comportamientos de operadores y de médicos coordinadores
1. SE DEBE HACER MAYOR USO DE RECURSO 2. TOMAR ENCUESTA IDEAS ESPECIFICAS 3. LLEVAR A CABO UN ANALISIS DE LO QUE SE HARA, Y LUEGO REALIZARLO
comunicacion entre centro coordinador y ambulancias
Comunicación. Indicaciones claras de Dirección Autoritarismo Irrespeto a al subalternos
1. Pobre interés de la dirección para realizar una adecuada gestión que permita el crecimiento del SEM. 2. Falta de trabajo en equipo. 3. Muy poca comunicación entre las diferentes áreas y coordinaciones.
(NO OPINO)
IEGR31. ¿Tienes alguna recomendación que pueda contribuir a mejorar el servicio al cliente interno y externo?
Seria excelente contar con mas ambulancias para dar un mejor servicio en las calles.
Para el cliente interno que haya capacitación en atención de calidad al usuario y las capacitaciones necesarias para poder brindar una atención sanitaria integral (psicológica, medica, etc.) a la población; y para el cliente externo que haya protocolos de actuación para hacer mas eficiente el servicio de atención prehospitalaria y del paciente critico.
(NO OPINO)
EL PERSONAL DEL 911 DEBERIA ESTAR MAS CAPACITADO EN CUANTO A LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑAN
TENER UNA RAPIDA INTERACCION CON EL CLIENTE
Se han solicitado temas específicos en multiples ocasiones para mejora de salud mental de los empleados y temas academicos para mejorar el desempeño tanto de teleoperadores como medicos, pero no son tomados en cuenta nuestras peticiones.
RECIBIR CAPACITACION DE SERVICIO AL CLIENTE Y MANEJO DEL ESTRES
Integrar personal de cuerpos de socorro en el trabajo de coordinación del CCSEM
(NO OPINO)
mayor comunicacione entre las diferentes areas de la institucion
Ser mas amable.
1. EL TRABAJO EN EQUIPO DEBE HACERSE. 2. DEBE EXISTIR UNA MEJOR NIVEL DE GESTION PARA LOGRAR OBJETIVOS.
CONTRATACIÓN DE MAS PERSONAL
Que se le brinden capacitaciones al personal con respecto a este tema.

<p>Buscar metodologías de mejora de la convivencia entre los empleados y de mejora en la atención a los usuarios, que tenga formas de evidenciar resultados. Espacios de recreación y esparcimiento a los empleados.</p>
capacitaciones
(NO OPINO)
no saturar horarios a personal de turnos rotativos
MAS CAPACITACIONES
Capacitaciones para mejorar conocimientos de atención al cliente de los trabajadores Que la jefatura inmediata superior verifique periódicamente con los coordinadores situaciones que deban resolverse primero con ellos para luego informar a los operadores en el proceder
SE DEBE TOMAR UNA LINEA, QUE SEA EN CAMINADA A IDEAS PUNTUALES, CON MAYOR ANALISIS
reuniones conjuntas actualiacion de protocolos
Respeto a los subalternos
Un verdadero "Trabajo en equipo" Consolidar al SEM a nivel Nacional y la creación de la Ley de Atención Prehospitalaria
(NO OPINO)
IEGR32. ¿De 1 a 10, que nota le pondrías al servicio que la institución brinda al usuario? ¿Por qué le darías esa nota?
9
10, puesto que se brinda la mejor atención prehospitalaria posible que durante mucho tiempo ha hecho falta en nuestro país
9
se trata de dar el servicio adecuado a la poblacion pero en algunas veces se falla por falta de recursos disponibles o por ser zonas de alto riesgo
10 EXELENTE BENEFICIO YA QUE SE EVALUA DESDE LA RESPUESTA PRONTA HASTA EL MOMENTO DE LLEGADA
8
YA QUE AUN SE NECESITAN RECURSOS EN EL AREA OPERATIVA COMO AMBULANCIAS PARA UNA PRONTA Y MEJOR ATENCION
10 (diez). por que se hace todo lo posible con los recursos que tenemos disponibles para solventar la necesidad del usuario.
9 ES NECESARIO CONTAR CON MAS AMBULANCIAS DISPONIBLES
8
porque la institución se ha estancado en sus logros iniciales, no ha crecido en recursos, personal ni en su capacidad de gestión interinstitucional
(NO OPINO)
8, necesidad de aumentar la cobertura con equipo
10, porque se trata de hacer todo lo posible por ayudar a quien lo necesita.
NOTA: 9. LAS PERSONAS ESTAN SATISFECHAS CON EL SERVICIO BRINDADO.
10 POR QUE EL PERSONAL ESTA CAPACITADO PARA ATENDER LAS EMERGENCIA
7, las ambulancias son de mala calidad, a cada rato están fuera de servicio porque se arruinan.

6, porque aún falta poder atender con más calidad (personal, equipo e insumos adecuados y suficientes)a los ciudadanos en todo el territorio nacional.
8 se podría mejorar
(NO OPINO)
10 se trata de ayudar a todo el que nesecita la ayuda
8 FALTA DE PERSONAL
8 del CCSEM se brinda al momento la mejor atención posible basada en protocolos de actuación de la institución pero algunos detalles faltan con respecto al desempeño del personal de las ambulancias y de la cooperación parcial de otras instituciones (911, cuerpos de socorro, etc)
7, ME PARECE QUE SE TRABAJA DE UNA FORMA PERMANENTE, PERO ES NECESARIO INCLUIR MAS ESTRATEGIAS EN BENEFICIO DE CADA UNO
9 falta mejor trato al recibir las lladas tanto de la poblacion al centro coordinador y viceversa
7. Porque es algo diferente.
Nota:6 Damos una atención a medias y con poca cobertura en el área metropolitana y apenas con alguna coordinación de llamadas a nivel nacional
9
IEGR33. ¿De 1 a 10, que nota le pondrías al servicio que tu Departamento/Unidad/Coordinación brinda al cliente interno? ¿Por qué le darías esa nota?
9
8, puesto que todavía hace falta poder brindar atención psicológica y de calidad y calidez a los usuarios que llaman para hacer uso del 132, asi como tambien de hacer uso de los instrumentos técnico-jurídicos que ya se tienen
7 hay algunos topicos que no se resuelven o no se toman encuesta como importantes
8 NO HAY UN LAZO MAS VINCULADO CON EL SERVICIO 911 SE NECESITA UN MEJOR SISTEMA DE COMUNICACIONES
8 POR FALTA DE CAPACITACION AL SERVICIO AL CLIENTE
4 (cuatro). muy poco personal en el area de coordinacion. no toman en cuentas lineamientos de recursos humanos para estabilizarnos las horas a cumplir. ya que nos agregan muchas mas horas sin tomarnos en cuenta que trabajamos horas nocturnas fines de semanas y dias festivos.
8 NO SE TOMA EN CUENTA LA SALUD Y BIENESTAR DEL TRABAJADOR
8 se tiene acceso a toda la información necesaria para la toma de decisiones administrativas
(NO OPINO)
10, buena comunicacion a traves de los respectivos medios
5, porque no se esfuerzan en resolver problemas internos y los van dejando pasar hasta que se hacen demasiado complejos.
NOTA: 8. SE DA LO MEJOR O SE TRATA DE DAR LO MEJOR, MUCHAS VECES LOS INSUMOS SON POCOS.

9 FALTA MAS COORDINACIÓN
7, muchos hemos desarrollado insensibilidad y falta de tacto con las personas y con los pacientes que hacen uso del sistema.
6, el área de atención prehospitalaria debe prever que hay una gran presión laboral y sobre todo psicológica, y hace falta dar esta atención al personal. Además las normas de convivencia deben mejorarse.
8 se podría mejorar
(NO OPINO)
10 siempre se tiene en cuenta salvaguardar la vida del paciente
8 FALTA DE HERRAMIENTAS PARA PODER DAR UN MEJOR SERVICIO
8 Se necesita un poco de más atención de parte de las jefaturas a ciertos detalles y con respecto a jefes inmediatos SUPERIORES (dirección y jefaturas) a veces se nota la inconformidad del personal (tanto operadores como médicos) por la forma poco profesional en que se dirigen o tratan al personal operativo en reuniones a diferencia de como tratan a los administrativos
8 PORQUE SE NECESITA ENFASIS, EN CIERTOS PUNTOS , NO EN GENERAL
8 falta comunicación
7.
Poco tiempo de estar en el cargo.
Nota: 8 el área de capacitación vela por la calidad de los cursos, pero apenas se está capacitando a una parte de la población objetivo, falta extender esta formación al resto de instituciones que brindan atención prehospitalaria.
9

PREGUNTAS ABIERTAS DEL ISC-EXTERNO	
EGR26. ¿Qué aspectos positivos observa en el servicio que el SEM brinda?	
No he tenido esa experiencia	
Se está posicionando bien de manera profesional	
La atención que realiza a las víctimas	
Muy bueno	
Mejor coordinación y respuesta	
Buena unificación de recursos Y una pronta respuesta	
La coordinación del servicio Prehospitalarios	
Integración Institucional	
Mejor despacho de unidades donde está el recurso de ambulancia	
La comunicación con las demás Instituciones a la hora de una emergencia	
Gratuito	
Asistencia telefónica	
Equipo - Unidades - Personal capacitado en atención médica	
Tecnología de primer nivel y recursos	
NO HAY COMENTARIO	
No comentario	

Sin comentario
disponibilidad las 24 horas , tiempo de respuesta por lo general es el esperado
La atención del equipo médico, es oportuna y brindan atención de calidad
Buena iniciativa de trabajo
La coordinacion dd la atencion Un ente regulador de las emergenciaa
Visita domiciliatr ante una emergencia facilitando la estabilizacion si se anda equipo y medicamento previo al traslado aumentando la posibilidad de no agudizar el estado del pt
Personal capacitado para la atenciones médicas y de trauma
Novedoso
Gratuidad del servicio, personal profesional y capacitado
un servicio para las personas con poco re ursos lo veo psitivo
La calidad del servicio por parte del personal de las ambulancias
Su atencion es de calidad hecha por profesionales
es profesional
Atencio prehospitalaria de calidad
Mayor interrelacion con otras instituciones y mayor colaboracion de ello
El personal de las ambulancias esta capacitado ante una emergencia
Pronta atención al usuario que necesita nuestros servicios
un servicio de emergencia sin distinguir raza credo religioso politico o estatus social totalmente gratis
el personal es profesional y con deseo de ayudar.
Se da atención hospitalaria profesional
De parte del personal de ambulancias es excelente
Atención prehospitalaria de calidad en las ambulancias
El servicio es una necesidad de la población
que a pesar que el sistema nuevo trata de brindar una mejor atencion prehospitalaria a los pacientes y descongestionar nuestro hospital de 3 er nivel. y falta por hacer.
Ya se cuenta con un servicio prehospitalario en la zona metropolitana. Depende del medico coordinador asi sera la calidad de asistencia telefonica que se proporcione, hay unos muy buenos, pero otros muy malos.
el servicio técnico del personal de las ambulancias ha pacientes
Atención eficiente personal profesional trabajando
Novedoso y ayuda a dar una atencion inmediata al paciente
personal capacitado
Es un servicio innovador Bueno por su atención a domicilio en el momento que la gente lo quiere con personal capacitado y dispuesto a servir
Desde la llamada que realiza el ciudadano hasta el personal pre hospitalario.
Buena atencion y manejo del paciente.
Personal profesional.

El profesionalismo del personal al momento de atender a un paciente tanto en su vivienda como en La vía pública
Que se puede ayudar a las familias de escasos recursos en lugares donde no había accesibilidad al servicio. El personal es capacitado para emergencia médica.
Se brinda una atención pre hospitalaria de calidad
Accesibilidad al servicio, economía, confianza.
No tengo comentario
ATENCIÓN DIRECTA POR PARTE DE UN MEDICO
Punto positivo son las ambulancias, y en el caso de solo consultas también son una opción.
las personas que andan en las ambulancias están capacitadas para dichos eventos
Evitar la movilización de recursos innecesarios a lugares de alta peligrosidad cuando lo que las personas dicen tener no es de gravedad
se liberan recursos policiales para otras emergencias
en ocasiones si ayuda, pero por teléfono no se puede brindar un buen servicio
unicamente el equipamiento y el manejo de pacientes, el conocimiento tecnico en cuanto a servicio prehospitalario
saben manejar situaciones y evitan enviar recursos cuando no es necesario
EEGR27. ¿Qué fallas usted identifica en el servicio que brinda el SEM?
Falta socializar y articulación con instituciones de P.R.
Unifica el trabajo / Solo deriva urgencias a resto de Instituciones
La coordinación Institucional
Tiene que mejorar la emergencia recibida enviar la instituciones cercana al incidente.
Datos y puntos de ...
Pocos recursos, poca experiencia
Falta de algunos recursos
Solo quieren atender urgencias y emergencias y los traslados comunes los distribuyen en la ...
Ser imparcial del tipo de emergencias como sistema
Pocas unidades y tiempo de respuesta
Pocas ambulancias tarda demasiado en la estabilización
Ninguna
Conocimiento básico en el manejo del trauma
No se tiene transparencia en el trabajo
NO HAY COMENTARIO
No tengo comentario
Sin comentario
Fallas continuas de ambulancias , en muchas ocasiones no responde la llamada el centro coordinador
Falta de unidades, limitación de equipo médico y cobertura limitada
Mala coordinación por El Centro coordinador

<p>Falta de unidades móviles Esa división entre el MINSAL y FOSALUD Todavía no se logra la inclusión de las demás instituciones de socorro Y presupuesto bajo Algunos médicos prepotentes a la hora de coordinar o dar indicaciones y no toman en cuenta la opinión del personal operativo que está in situ.</p>
<p>La coordinación ya que se visitan situaciones que no amerita una asistencia. deficiencia de medicamento e insumos de gran importancia en emergencias. no hay situaciones donde ya se evalúa y se niega traslado o no amerita traslado y hacen regresar y forzar traslado. Se realizan traslados de unidades y centros de asistencia privados limitando dar un servicio a quien amerite. si se es del sistema y se solicita el servicio como usuario y se dice que es parte del SEM se le niega el traslado aun siendo una emergencia. Se envían a asistencia sin solicitar dirección exacta del evento</p>
<p>Falta de equipos para una mejor atención</p>
<p>Ambulancias deterioradas, falta de medicamentos e insumos,</p>
<p>Deficientes canales de comunicación entre personal de ambulancias y personal del CCSEM. Deficiente mantenimiento de ambulancias.</p>
<p>ambulancias en mal estado falta de insumos médicos</p>
<p>No hay publicidad Las ambulancias se encuentran arruinadas y no las quieren reparar Falta de algunos insumos y medicamentos En los hospitales no quieren recibir a los pacientes</p>
<p>El centro coordinador todavía le falta al respecto de las direcciones</p>
<p>las ambulancias</p>
<p>La falta de conocimiento y orientación en la ubicación territorial</p>
<p>En mi caso personal familiares que han tratado de utilizar el servicio siendo emergencia que amerita un traslado oportuno y tratamiento efectivo como lo es un aneurisma y embarazo que podría evitarse ya que nunca se hizo presente el SEM ni otra institución</p>
<p>Falta de coordinación en las llamadas telefónicas</p>
<p>No tenemos equipo y medicamento necesarios para atender una emergencia no hay abastecimiento</p>
<p>no hay cobertura nacional</p>
<p>poco personal en el CC. falta de ambulancias y en buen estado. ausencia de algunos medicamentos claves (Diazepam). FALTA DE MANTENIMIENTO A LAS BOSEM. Falta de equipo oxímetros pediátricos se ocupan unidades para otros programas que NO SON de atención prehospitalaria y eso sumado a la falta de ambulancias disminuye la capacidad de respuesta ante una emergencia. muchas veces las UCSF hacen uso de el sistema de forma inadecuada. Falta mejorar en la selección de la unidad de atención, se ocupan unidades medicalizadas para pacientes que no lo ameritan.</p>
<p>Falta de más ambulancias y equipo biomédico</p>
<p>Las ambulancias no tienen un mantenimiento adecuado ya que a cada momento presentan desperfectos</p>

Pocas unidades y falta de medicamentos
-falta de equipo adecuado y medicamentos -falta de coordinación del radio operador ccsem
hay problemas con las direcciones. y mala coordinación operacional. se debe indagar en los antecedentes médicos del paciente . al auditar un caso debe empezar desde la llamada hasta la atención del paciente. se debe gestionar el mejoramiento de las ambulancias
Falta de coordinación-comunicación interna entre los médicos coordinadores. Falta de experiencia en el campo prehospitalario de médicos coordinadores. Manejo deficiente de situaciones de emergencia. (depende del médico que se encuentre en la coordinación) Falta de priorización en la clasificación de las emergencias. Falta de conocimiento de la nomenclatura de la zona metropolitana. Descuido de las bases operativas. Falta de evaluación y consenso de situaciones atendidas entre el personal operativo y el CCSEM. Falta de protocolos propios de atención prehospitalaria. Falta de equipos y canales de radio comunicación
en la clasificación de emergencias , toma de direcciones
Como cuesta que manden una unidad cuando uno la solicita y se debería de atender los accidentes de tránsito más que todo sólo somos como visitas médicas domiciliarios y hay veces que no tienen nada el paciente
Mala comunicación con el personal operativo de las ambulancias
muy poco personal y pocas ambulancias
Fallas en la divulgación del servicio a la comunidad no se da a conocer las virtudes del servicio falla en el mantenimiento de las unidades mala contratación de talleres inespertos en el conocimiento de la marca de las unidades
El tipo de insumo muy específico como algunos casos, los medicamentos hasta parte del equipo médico
Algunas ambulancias no cuentan con personal suficiente en caso de mover pacientes de zonas o partes complicadas para trasladarlo hacia la ambulancia.
Falta de ambulancias.
Al momento de una emergencia como que no piden todos los datos solo despachan la ambulancia y no piden bien el punto de referencia y las direcciones y que haya una persona esperando cuando llegue la ambulancia
Que las ambulancias son muy pocas y presentan fallas consecutivamente lo que obstaculiza brindar un servicio oportuno al usuario por la falta de ambulancia
Las principales es la falta de información del CCSEM al momento de brindar las direcciones de las atenciones debido a que no solicitan mayor información y por tal motivo se pierde más tiempo en llegar a brindar la atención
Coordinación
El ccsem hace una mala selección de ambulancias para atención, falta de información para ambulancias, como direcciones y datos clínicos de paciente, y la falta de conciencia de las zonas rojas
LA FALTA DE PERSONAL QUE ATIENDA LAS LLAMADAS

La forma de tratar al informante le hablan muy enojados y no muestran empatía con el paciente o informante, exigir hablar con el paciente aún cuando este manifiesta que no puede hablar, no le explican al informante de forma clara por qué no es necesario que vaya a un hospital en el momento en que él o ella lo está solicitando, el tono de voz con el que atienden al informante no es el adecuado.
mayor respuesta para la ciudadanía
el poco personal que tienen y que impide la pronta atención a las emergencias recibidas
muchos lugares donde hay emergencias o las cubren según informan por ser de riesgo.
mala coordinación con los cuerpos de socorro, ya que a un accidente llegan hasta tres entidades y 5 ambulancias...
el hecho de no poder cubrir en gran parte el territorio nacional como sobre todo en los lugares considerados de alto riesgo, ya que siempre plantean esa situación la cual les impide ingresar a esos lugares, y no debería existir ya que durante el conflicto armado los comandos de salvamento, cruz verde y cruz roja apoyaban a la población y se vivía en una situación más grave, tensa y riesgosa que la actual
hacen demasiadas preguntas aun cuando las personas están graves y piden hablar con el paciente aun cuando se le está explicando que está muy grave
EEGR28. ¿De 1 a 10, que nota le pondría al servicio que la institución brinda al usuario? ¿Por qué le daría esa nota?
5 - Por el poco conocimiento que al respecto tengo
8- Hay que cuidar los valores y principios / respeto al trabajo de los demás
8- Por la aplicación a las normas Prehospitalarias que tienen
8- Necesitan mejorar en algunos aspectos como unificación entre las instituciones de socorro
NO HAY COMENTARIO
8-
9- Porque siempre se tiene alguna limitante
NO HAY COMENTARIO
7- Falta coordinación en las Instituciones
7- Muchas emergencias no son cubiertas
8- Falta mejorar en la ubicación de unidades y equipos
10
7- No llega a todo el país y todas las zonas urbanas
5- Mucho que mejorar
NO HAY COMENTARIO
8 a pesar de los contras que se tienen , se intenta brindar un servicio adecuado y el personal tanto del CCSEM como de ambulancias se esfuerza por realizar su trabajo
8
6, no hay ambulancias suficientes ni equipo y hay muy mala coordinación
5 porque todavía le falta cobertura, le falta coordinación

7 porq dentro de la asistencia hay personal con capacidades para resolver situaciones siempre y cuando se tenga equipo e insumo. Pero haci mismo la coordinacion poca experiencia ya que desconoce la situacion y condiciones que se evalua y se da manejo al pte exigiendp situaciones fuera de lugar como trasladar pte q le necesita y no realizar trasldo o al revers
8 por la falta de equipo médico
7.5 podría ser mejor con mejores recursos
8, porque si bien hay deficiencias, es un servicio novedoso brindado por personal con suficiente capacidad técnica para resolver las emergencias prehospititarias ya sea en el lugar del siniestro o vía telefónica.
8 la mayoría de demandas requeridas se cumplen
Sin comentarios
9
7 por que las no se anda los medicamentos adecuados para las atenciones
8.0 porque faltan insumos medicos prehospitarios y la falta de adecuado equipo y su mantenimiento
8 por el manejo de paciente y lo preparado del personal pero se debe mejorar coordinacion y prioridad
8 por la atencion en casa
10 se le brinda de una manera oportuna lo que el paciente necesita en el momento
9, por el personal capacitado y medicamentos y recurso que poseen las ambulancias
8 Me parece que el pesonal tanto en el CC y Bosem tienen capacidad tecnico operativa, claro hay cosas por mejorar pero con lo que se tiene se le brinda la mejor atencion posible a la ciudadanía
6 las instituciones de socorro no cuentan con los recursos de personal y equipo necesario para atender diferentes emergencias
Personal de ambulancias 10 De parte del cc 5
7 por la respuesta de la pregunta anterior
7, por las carencias en equipo y personal operativo, y suministro de medicamentos
un ocho
7 Debido a algunas situaciones que he conocido donde personas han llamado por emergencia y le piden que quieren hablar via telefonica con el paciente, cuando el paciente esta en condicion que le imposibilita.
5 y eses puntaje es para el personal de las ambulancias
7 porque hay mucha gente que miente por teléfono y hacen mal servicio del sistema y más que todoque de las unidades de salud de taxis servimos personas que fácilmente se puede mover por sus medios y cuando uno ha solicitado ambulancia no porque es empleado de sem la envian
9 por que es una atencion inmediata y de calidad al pte
9. el servicio es bueno. pero falta mas cobertura
8.9 la mayoría de la gente que se atiende de. Muestra su agradecimiento

Le pondria un 7.3
9. Buena atencion
8 se hace lo mejor que se puede.
10 porque el personal es capacitado de La mejor forma
9
8, porque es un servicio que beneficia mucho a la poblacion, a la mas vulnerable para ser exacta.
8. Porque la atención se da en un tiempo de respuesta muy corto y es de calidad
8 - DEBEN DE MANEJAR DE MANERA MAS PROFESIONAL EL NO AMERITA, LAS PERSONAS SIEMPRE SE DISGUSTAN ANTE LA NEGACIÓN DE UN SERVICIO.
6 Por todos los puntos mencionados en la pregunta anterior.
7 la persona no sabe si usted tiene o no ambulancia ellos lo que quieren es la atención pero en varias ocasiones no se les brinda
NOTA:6 1.aun les falta mayor desempeño al momento de la entrevista 2.respuestas mas adecuadas para dejarle claro a las personas el motivo de no apoyarles con el traslado y así evitar las dudas que por lo general dejan en ellas, lo que provoca que continúen llamando al sistema
6.5
el servicio es bueno pero hace falta mejorarlo.
6, no coordinan bien, le dejan todo la pnc (911)..
5 por que tienen el equipo adecuado, tienen personal capacitado, tienen herramientas que otras instituciones y estidades no tienen, pero no dan el servicio como debe ser por el temor que le pueda pasar algo al personal en las que tienen catalogadas como zonas rojas, se puede mejorar en todos los aspectos, pero se debe tener valor por el amor a los que se hace y sobre todo a la ciudadanía
-5- por razones explicadas anteriormente
EEGR29. ¿De 1 a 10, que nota le pondría al servicio que el SEM le brinda a la institución que usted representa? ¿Por qué le daría esa nota?
8 - Tenemos buena comunicación
8 -
6- Falta coordinación en el servicio de emergencia
Talvez no tengo nota porque con este firmado mejoraremos mucho más nuestros servicio Unificado
NO HAY COMENTARIO
8-
9- Por la preparación técnica que tienen los bomberos
NO HAY COMENTARIO
8- Regular
8- Hay una buena comunicación a la hora de coordinar un apoyo
7- Solo coordina cuando es peligrosa la zona
10
8- Existe una buena coordinación de trabajo
5- No se coordinan adecuadamente
NO HAY COMENTARIO

8 Es un personal muy capaz e intentan realizar su trabajo en ambulancias a pesar de la violencia social , y deficiencias en el sistema (problemas de equipamiento , medicamentos , etc.) que han aparecido en el transcurso del tiempo	
	8
6, por mala coordinación	
No me parece esa pregunta desde el punto de vista q el SEM no es solo el 132 el SEM es un sistema e incluye las demas instituciones	
7 porq existe deficiencia de insumos y medicamentos. Ambulancias en mal estado e inseguras para personal y usuario. Mala coordinacion ya q se va a la emergencia encontrandose varias instituciones. Muchas personas q se encuentran en otras instituciones principalmente aem que son socorrista al haber un accidente informan a esas instituciones y ocasionando una perdida de recursos. Ya sea x desconocimiento o comodidad hay personal que ha perdido la funcion y rol que le corresponde en dicho sistema.	
6 podría haber mejor comunicación y relación con el personal operativo	
6, falla comunicación	
8	
Sin comentario	
9	
7 no tengo conocimiento como empresa	
5.0 no da respuesta efectiva a las necesidades y responsabilidades adquiridas para el optimo funcionamiento de las bases operativas y ambulancias	
8 por lo antes expuesto hay q mejorar vacios como es coordinacion	
6 falta coordinacion	
	10
7 porque ala institucion de socorro ala cual pertenesco nunca nos han apoyado nosotros apoyamos al sem y en lo personal en tres ocasiones me han negado el apoyo de ambulancia a pesar que yo laboro en el sem	
no tengo opinion	
9 las personas que trabajan en el sem tienen títulos universitarios que los respalden y curso para atender las diferentes emergencias de forma más eficas	
7 por la respuesta de la pregunta anterior.	
7	
por que un sistema novedoso y como todo sistema presenta fallas . pero con el tiempo se mejorara	
7	
No evaluan adecuadamente algunas situaciones de atencion. No hay buena comunicacion institucional. Descuido a las instalaciones bases operativas.	
0 por falta de coordinación con los cuerpos de socorro y mal uso de recursos	

8 Porque también la llamada es contada y la mayoría de gente utiliza al 911 pero ellos nunca dan emergencias a sem porque los doctores piden hasta lo último o muchas veces todo es zona roja para algunas bases y deberían de reforzar las bases de zacamil con otra unidad y tripulación ya que es grande su cobertura pero les da igual
6 mala comunicacion entre ccsem y fosalud
7.5 cuesta en veces lograr una respuesta inmediata aunque se resuelve
7.3 Por el simple hecho de que hay factores internos y externos donde no pueden llegar a tiempo, muchas veces no se tiene el equipo para casos medicos.
9. Es una d las mejores atenciones prehospitalarias q brinda el sistema publico.
8 han habido algunas situaciones...
7 el trato al personal de parte del cc no es el adecuado
Un 7 ya que no hay una buena coordinación para la reparación de las ambulancias lo que evita dar un buen servicio en el tiempo oportuno
8
6 mala clasificación de ambulancias para el servicio, no hay suficiente puntos de referencia, no hay respeto por zonas rojas, poca comunicación para las ambulancias
8 - POR LA DIFICULTAD QUE HAY EN OCASIONES DE ENLAZAR LA LLAMADA DE EMERGENCIA
6 Por que ha costado llegar a un acuerdo, los operadores nunca coordinan con cuerpos de socorro cuando ellos manifiestan que no tienen ambulancia o no cubren la zona por diferentes razones, dejando la responsabilidad nuevamente a la institución policial. Desde mi punto de vista ellos deberían buscar la salida a dichas emergencias.
7 a veces la patrulla pide ambulancia pero la respuesta es que no hay y lo que se necesita es la respuesta es el traslado
6 porque benefician solamente a una parte de la población aun cuando son lugares que ellos cubren,entiendo que los recursos son pocos pero al final quien termina haciendo el trabajo de traslados es la policía ó los cuerpos de socorro
5 en muchas ocasiones nos informan que se coordine recurso 911 aun cuando es necesaria ambulancia.
6, recargan el trabajo al pnc
6 por las razones antes mencionadas.... se puede mejorar
6- ya que por motivos de recursos nos siempre cubren el sem , si no que la policía
EEGR30. Según su opinión, ¿Cómo podría el SEM mejorar su servicio a la ciudadanía y a la institución que usted representa?
(PUNTO DE MEJORA) Integrando sistemáticamente a las demás Instituciones de primera respuesta.
(PUNTO DE MEJORA) Integrar, mejor comunicación y dar valor al desempeño de las Instituciones

(NO OPINO)
(NO OPINO) NO SE NO TENGO OPINION
(PUNTO DE MEJORA) MEJOR PUNTUALIDAD A LAS LABORES
(PUNTO DE MEJORA) Mejorando los recursos y recibiendo capacitaciones
(PUNTO DE MEJORA) Unificando los medios de comunicación con todas las Instituciones
(NO OPINO) NO HAY COMENTARIO
(PUNTO DE MEJORA) Tener mejor coordinación con la emergencia y zonificar los lugares de las emergencias y cuerpos de socorro
(PUNTO DE MEJORA) Capacitaciones, Equipamiento y reuniones entre el personal que anda en ambulancias.
(PUNTO DE MEJORA) Que realmente coordine entre las Instituciones Xq actualmente en una institución más de atención PH
(PUNTO DE MEJORA) Más personal
(PUNTO DE MEJORA) Mejor coordinación y capacitación en conocimientos de emergencias médicas y aplicaciones del SCI
(PUNTO DE MEJORA) Apoyar a las Insti. Para que mejore su presupuesto, equipos, vehiculos, así se tendría menos recelo y mayor comunicación.
(NO OPINO) NO HAY COMENTARIO
(NO OPINO)
(NO OPINO)
(PUNTO DE MEJORA) Considero que se debe tener una mejor coordinación y comunicación como equipo de trabajo entre el personal SEM-FOSALUD.
(PUNTO DE MEJORA) Tener las ambulancia en condiciones adecuadas equipo médico limitado y cobertura nacional
(PUNTO DE MEJORA) El Centro coordinar podría interesarse más por saber sobre los estados de los pacientes a los que se manda a visitar; no averiguan nada del caso
(PUNTO DE MEJORA) El 132 debería de tener en su centro coordinador un representante de todas las 3 instituciones de socorro como telefonita o radio operador para una mejor coordinación y eficaz respuesta
(PUNTO DE MEJORA) Si se le proporcionara diversidad de medicamentos e insumos tanto a equipo a o b ya que ambos tipos de unidades se presentan con el mismo tipo de pte y el equipo b esta limitado en equipo y personal haci mismo. Mejorar la capacidad de toma de datos que se le realiza al usuario.
(PUNTO DE MEJORA) Teniendo mejores equipos médicos Mejor flota de unidades asistenciales
(PUNTO DE MEJORA) Apoyando con mejores recursos e insumos, una real voluntad de las altas autoridades de FOSALUD y SEM para poner a rodar las ambulancias que compraron y no quisieron aceptar en FOSALUD; continua capacitación al personal operativo, actualización
(PUNTO DE MEJORA) A la institución que represento mejorando los canales de comunicación. A la ciudadanía, dando a conocer más el sistema y educando a la población sobre la atención que se brinda: que se trata de extender la atención hospitalaria hasta el lugar del siniestro.

(PUNTO DE MEJORA) darle mantenimiento a las ambulancias que el personal cuide las ambulancias proporcionar mas medicamentos8
(NO OPINO)
(PUNTO DE MEJORA) Mejorando la calidad de las ambulancias y brindando mas insumos medicos
(PUNTO DE MEJORA) tener las ambulancias en buen estado y los medicamentos necesarios
(PUNTO DE MEJORA) A la ciudadanía completando una mejor entrevista al informante para tener datos mas veraces. A la institucion dando mantenimiento a las bases operativas
(PUNTO DE MEJORA) La dotacion de mas ambulacion para cubrir demandas
(PUNTO DE MEJORA) Mejor coordinacion mejor tiempo de toma de datos para enviar una ambulancia
Podría mejorar dando medicamentos controlados como diazepam para las convulsiones y más equipo
que el sem se incorpore a proteccion civil para unir esfuerzos derecursos y tener comunicacion via radio en la misma frecuencia donde estan todas las instituciones de primera respuestay seguridad publica
continuando con su esfuerzo por mejorar cada dia. vamos por un buen camino a veces
Mejorando el equipo, ambulancias y ampliando la zonas atención de emergencias
Que los operadores cambien el tipo de entrevista que hace a los solicitantes del servicio ya que no piden informacion vital para el tiempo de respuesta ala emergencia. Sea direccion exacta puntos de referencia y cuadros clinicos
Abastecimiento de medicamento básico para emergencia medica, más ambulancias
Radiooperadores del CCSEM con conocimientos básicos en salud Monitoreo continuo en la clasificación de preioridades y atenciones despachadas
con una buena comunicacion entre el sem y el sistema operativo. mejoramiento de las ambulancias y brindar algunaa medicamentos controlados y algunos insumos medicos
Creando y validando protocolos prehospitalarios de atencion. Los medicos coordinadores que conozcan y experimenten el trabajo en una ambulancia y en campo. Mejorando las ambulancias de emergencia. Teniendo una mejor comunicacion y coordinacion, interna y extena. Priorizando y evaluando las asistencias. Capacitando constantemente todo el personal de manera mas intensa. Coordinandose entre los hospitales y que los protocolos asistenciales, sean creados junto a los profesionales de nivel hospitalario.
Que en realidad conocieran la palabra SEM ya que eso no es una institución mas sino que es la alianza y un esfuerzo en conjunto cosa que no lo hacen
Dándose a conocer más que todo no por traslados de casas a hospitales sino que por ser los primeros en accidentes de tránsitos es como la gente te reconoce
De ser posible cambiar las ambulancias.
El encargado del area hospitalaria haga las gestiones precisas para q nos regresen los medicamentos controlados q se le cumplen al paciente durante la atencion.

con una mayor cobertura y aumentando el numero de unidades y/o dandoles el mantenimiento adecuado y oportuno a las que ya posee
Dar a conocer de forma masiva las virtudes del servicio a la población corregir falla en el mantenimiento de las unidades y mejorar contratación de talleres
Bueno realizar un mapa en conjunto con el cc y fosalud. Pero tenerlos ambos personal para llegar a un mismo fin en llegar en la asistencia medicos. Me gustaria, que realizaran un ejercicio de que hacer o ejecutar un plan de como reaccionar, ejecutar un proceso de tipo raptó, o bajo agresión. Por la situación social en nuestro país.
Mejor mantenimiento de ambulancias y dotar de los insumos necesarios para brindar la atención prehospitalarias!
Más recursos y que sea a nivel nacional.
Creo que tendría que tener las ambulancias en perfecto estado para poder cubrir más emergencias sin dejar descubiertas algunas zonas
Equipando más las ambulancias o proporcionando más ambulancias al área metropolitana para así evitar no llegar a una emergencia porque no hay vehículo y poder llegar hasta él
Mayor comunicación
Cambiando la flota de ambulancias, equipando y capacitando a su personal continuamente.
Dando más atención a los detalles, en el sentido de recolectar más datos y compartirlos con las ambulancias
AUMENTANDO EL PERSONAL DE TELEFONÍA Y AMPLIANDO LAS ZONAS DE COBERTURA, MANEJANDO DE UNA MEJOR MANERA LOS CASOS DE NO AMERITA
Ser empáticos con los pacientes o informantes, darle una solución a la solicitud cualquiera que sea.
poder tener números telefónicos de unidades de salud hospitales y tener la coordinación directa hacia dichas instituciones y para la pronta atención y así mismo ambulancias disponibles
tener mayores recursos ya sea de ambulancia ó de personal en el call center para que pueda haber una pronta respuesta con respecto a los servicios médicos
apoyando al ciudadano en cualquier lugar y utilizando las ambulancias que están en el parqueo del 911 desde hace más de un año.
que la llamada hacia el s.e.m sea gratuita, y más operadores para atender, por que se pierde tiempo llamando primero al 911...
utilizando todo el recurso y equipo que tienen asignado, como las ambulancias que están estacionadas en el parqueo de la subdirección de tránsito y revisando el mapa de zonas de alto riesgo y ver que les impide en realidad llegar a esos lugares por que hasta donde se sabe nada tienen que ver con la pnc el sem, y siendo más valientes en cuanto a si en realidad se debe llegar o no a esas zonas consideradas peligrosas y de que forma se puede llegar por que sino el sem solo sería un callcenter de coordinación de emergencias y no una institución de emergencias medicas
valorando la gravedad de la emergencia sin tanta pregunta así cumplir el objetivo que es salvar vidas, y en cuanto a las doctoras que escuchan las llamadas ser un poco más amables con las personas

Anexo 6. Presupuesto SEM para el 2017

PRESUPUESTO SEM 2017

No.	Específico de Gasto (1)		Presupuesto votado 2015 (3)	PRESUPUESTO ESTIMADO 2016	
				Recursos Adicionales (4)	Presupuesto total (3+4)
	51 Remuneraciones				
	51	Remuneraciones	\$ 610,853.62	\$ 1,028,604.92	\$ 1,639,458.54
	Total Remuneraciones		\$ 610,853.62	\$ 1,028,604.92	\$ 1,639,458.54
	54 Adquisiciones de bienes y servicios				-
	54104	Productos textiles y vestuarios	\$ -	\$ 88,100.00	\$ 88,100.00
	54109	Llantas y neumáticos	\$ -	\$ 2,160.00	\$ 2,160.00
	54110	Combustibles y lubricantes	\$ -	\$ 35,400.00	\$ 35,400.00
	54114	Materiales de oficina	\$ -	\$ 40,000.00	\$ 40,000.00
	54115	Materiales informáticos	\$ -	\$ 2,500.00	\$ 2,500.00
	54116	Libros, textos, útiles de enseñanza y publicaciones	\$ -	\$ 2,000.00	\$ 2,000.00
	54199	Bienes de uso y consumo diversos	\$ -	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00
	54201	Servicios de energía eléctrica	\$ -	\$ 52,140.00	\$ 52,140.00
	54202	Servicios de agua	\$ -	\$ 1,320.00	\$ 1,320.00
	54203	Servicios de telecomunicaciones	\$ -	\$ 15,480.00	\$ 15,480.00
	54301	Mantenimientos y reparaciones de bienes muebles	\$ -	\$ 23,000.00	\$ 23,000.00
	54302	Mantenimientos y reparaciones de vehículos	\$ -	\$ 36,600.00	\$ 36,600.00
	54303	Mantenimientos y reparaciones de bienes muebles	\$ -	\$ 27,000.00	\$ 27,000.00
	54305	Servicios de publicidad	\$ -	\$ 275,036.00	\$ 275,036.00
	54310	Servicios de alimentación	\$ -	\$ 47,500.00	\$ 47,500.00
	54313	Impresiones, publicaciones y reproducciones	\$ -	\$ 25,000.00	\$ 25,000.00
	54317	Arrendamiento de bienes inmuebles	\$ -	\$ 14,400.00	\$ 32,700.00
	Total adquisiciones de Bienes y Servicios:		\$ -	\$ 688,636.00	\$ 706,936.00
	55 Gastos Financieros, Impuestos y Tasas				-
	55602	Primas y gastos de seguros de bienes	\$ -	\$ 49,060.00	\$ 49,060.00
	Total Gastos Financieros, Impuestos y Tasas:		\$ -	\$ 49,060.00	\$ 49,060.00
	61 Inversión de Activos Fijos				-
	61103	Equipos médicos y de laboratorios	\$ -	\$ 375,000.00	\$ 375,000.00
	61104	Equipos informáticos	\$ -	\$ 3,500.00	\$ 3,500.00
	61105	Vehículos de transporte	\$ -	\$ 560,000.00	\$ 560,000.00
	61606	Eléctricas y comunicaciones	\$ -	\$ 142,400.00	\$ 142,400.00
	Total Inversiones Activos Fijos:		\$ -	\$ 1,080,900.00	\$ 1,080,900.00
			\$ 610,853.62	\$ 2,847,200.92	\$ 3,476,354.54

Anexo 7. Presupuesto de Proyecto.

PRESUPUESTO DE PROYECTO
EJE ESTRATÉGICO: Acercádonos al Usuario
AÑO: 2017

Cant.	Item	Precion Unitario	Subtotal
2	Laptop	\$ 750.00	\$ 1,500.00
2	Módulo Estación de Trabajo	\$ 150.00	\$ 300.00
2	Silla Ergonómica	\$ 75.00	\$ 150.00
2	Punto de Red/Telefónico	\$ 15.00	\$ 30.00
2	Terminal Telefónica	\$ 80.00	\$ 160.00
1	Artículos de Oficina	\$ 30.00	\$ 30.00
2	Costo Admin. por Plaza (Anual)	\$ 4,800.00	\$ 9,600.00
2	Entrenamientos en Redes Sociales	\$ 600.00	\$ 1,200.00
	<i>Total</i>		\$ 12,970.00

Anexo 8: Manual de la Calidad

Anexo 9: Manual de Procedimientos